



## CARTELES CIENTÍFICOS

### CADERA - (CC 001 - CC 082)

#### CC 001

##### UTILIDAD DE LA TÉCNICA DE SLOOF ANTE DEFECTO CAVITARIO IIIA DE PAPROSKY

Jiménez Martín, A.; Piñero Gálvez, A.; Najarro Cid, F.J.; Pérez Hidalgo, S. y García Díaz, J.  
*Hospital FREMAP Sevilla.*

**Introducción y objetivos.** Un reto en cirugía de cadera es solucionar defectos acetabulares intraoperatorios inesperados. La utilización de injerto esponjoso impactado según Slooff resolvería estos defectos óseos severos. Nuestro objetivo es presentar un caso al respecto.

**Material y método.** Varón, 35 años, que sufre fractura femoral diafisaria tratada mediante clavo endomedular en 2006, y retirada 14 meses después. A los 24 meses manifiesta coxalgia incapacitante. RNM: foco de necrosis ósea avascular en margen anterosuperior cefálico con discreto hundimiento. Signos degenerativos grado III de Ficat, tipo III de Sugioka o IV de Steinberg.

**Resultados.** Optamos por artroplastia total de cadera con cotilo de tantalio. Intraoperatoriamente se desprende medio cotilo anquilosado a la cabeza femoral, originándose un defecto IIIA de Paprosky, con 30-50% del cotilo destruido, ascenso femoral, línea de Kohler conservada y 40% del lecho intacto, que tratamos mediante malla de titanio, injerto esponjoso y cotilo cementado. Tras 3 meses sin carga, el paciente inicia la marcha favorablemente.

**Comentarios y conclusiones.** Los cotilos de tantalio permiten una fijación biológica, (porosidad volumétrica del 80%, bajo módulo elástico y coeficiente friccional 75% superior a superficies porosas tradicionales). Aunque cuando surgen intraoperatoriamente defectos acetabulares, las alternativas serían mallas de titanio con injerto y cotilo cementado (supervivencia a 20 años del 80%), cotilo de revisión BatCup, cotilos anti-protusión (supervivencia del 91.3% a 10 años), injerto esponjoso impactado (Sloof) o aloinjertos acetabulares masivos (revisiones del 29% en 16.5 años). Se han descrito infecciones (5.3% cotilos oblongos), osteolisis o rotura de pestañas (6.8% de Bat Cup).

#### CC 002

##### ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA EN LA LUXACIÓN CONGÉNITA ALTA DE CADERA EN EL ADULTO

Gorostiola Vidaurrázaga, L.; Sáez de Ugarte Sobrón, O.; Cruchaga Celada, A.; Uriarte Llano, I.; Moreta Suárez, J. y Sánchez Sobrino, A.  
*Hospital de Galdakao (Bizkaia).*

**Introducción y objetivos.** En una cadera displásica, luxada alta, que se va a protetizar, el cotilo protésico debe ser pequeño y colocarse en el neocotilo, y suele ser necesaria una osteotomía de acortamiento femoral. Las prótesis más usadas son aquellas que permiten estabilizar la osteotomía y realizar pruebas con diferentes grados de anteversión,

con cierta modularidad. No obstante, creemos que también es posible la fijación estable de la osteotomía con vástagos troncocónicos estándar.

**Material y método.** Mujer de 73 años con luxación congénita alta izquierda dolorosa. El alargamiento necesario calculado fue de 8 centímetros, por lo que se planificó una resección-acortamiento de 5 centímetros, dado que no se aconseja resear más longitud de hueso. Realizamos una vía de Hardinge. Marcamos la situación del neocotilo con control TV, y se coloca un cotilo roscado de tamaño "-1" especial para caderas displásicas. A continuación se fresa el fémur hasta el 0, y se procede a la osteotomía de resección femoral sobre lo planeado preoperatoriamente. Se abocan ambos fragmentos y se completa la preparación femoral hasta nº 1 (vástago troncocónico de anclaje metafiso-diafisario). Finalmente se comprueba la estabilidad tanto de la prótesis como de la osteotomía.

**Resultados.** En el posoperatorio no existen complicaciones, y la osteotomía consolidó a los dos meses.

**Comentarios y conclusiones.** Con una correcta planificación es posible realizar y fijar una osteotomía de acortamiento en un fémur displásico con vástagos de prótesis primaria.

#### CC 003

##### LUXACIÓN BILATERAL DE CADERA TRAUMÁTICA

García Hermosa, A.; García Regal, J.; Hueso Macías, A.; Díaz Jaraquemada, D.; Mariscal Peralta, J.M. y Pinto Muñoz, C.  
*Hospital General de Mérida.*

**Introducción y objetivos.** Entidad excepcional, pocas referencias bibliográficas. Etiología accidentes de tráfico (alta energía).

**Material y método.** Caso clínico de varón 17 años de edad sin antecedentes personales de interés. Exploración: Inspección ambas caderas en flexión y adducción. Impotencia funcional activa de ambas caderas, intensamente dolorosas a la movilización pasiva. Herida inciso-contusa de 5 cm lesión del tendón del cuádriceps y alerón rotuliano externo con fx conminuta de la rótula. Sin alteraciones vasculo nerviosas distales: Rx a-p de pelvis: Luxación posterior de ambas caderas, Rx a-p de rodilla izquierda: Fractura rótula conminuta, TAC: fractura ceja posterior cotilo izquierdo. Diagnóstico: Luxación posterior bilateral traumática de cadera, Fractura conminuta abierta de rótula izquierda, Fractura ceja posterior cotilo izquierdo. Tratamiento: Se procede a traslado a quirófano para realizar reducción cerrada de ambas caderas, control radioscópico intraoperatorio. Tracciones transesqueléticas, Lavado intrarticular, extracción de fragmentos, reconstrucción de la lesión del tendón del cuádriceps y reconstrucción del alerón externo afecto. Tratamiento antibiótico amplio espectro. Para la fractura de cotilo tratamiento conservador.

**Resultados.** Favorable en el postoperatorio inmediato, se sustituyen las tracciones transesqueléticas por tracciones blandas tras siete días. Evolución satisfactoria de la herida quirúrgica no presentando complicaciones. A las tres semanas se inicia la sedestación. Bipedestación con carga parcial, marcha en cuatro puntos (2 meses).

**Comentarios y conclusiones.** La reducción precoz antes de las seis horas y la comprobación de la estabilidad es crucial. Es importante completar

el estudio de imagen con TAC para descartar fracturas del cotilo y fragmentos intraarticulares que supondrían un cambio en el tratamiento y en el pronóstico. Las complicaciones necrosis de la cabeza femoral y la artrosis posttraumática.

## CC 004

### ABORDAJE LATERAL MÍNIMAMENTE INVASIVO EN ATC

Varela Egocheaga, J.R.\*; Suárez Suárez, M.A.\*\*; Fernández Villán, F.\*\*; González Sastre, V.\*\*; Varela Gómez, J.R.\*\*\* y Murcia Mazón, A.\*\*  
\*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital de Navarra \*\*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital de Cabueñes \*\*\*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Álvarez-Buylla.

**Introducción y objetivos.** El objetivo de este estudio es comparar los resultados de la cirugía MIS realizada mediante abordaje lateral con los de la técnica convencional.

**Material y método.** Ensayo clínico prospectivo y aleatorizado. Se seleccionaron 50 pacientes divididos, aleatoriamente, en dos grupos en función del abordaje (lateral MIS vs lateral convencional). Un año de seguimiento. Evaluación de sangrado perioperatorio, dolor postoperatorio, velocidad de recuperación, resultado estético, orientación de los componentes, tasa de complicaciones, resultado funcional global e impacto económico.

**Resultados.** No diferencias significativas en cuanto a sangrado perioperatorio, dolor postoperatorio, orientación de los componentes, tasa de complicaciones ni resultado funcional. El grupo de pacientes intervenido mediante abordaje MIS presentó mayor velocidad de recuperación y un impacto económico favorable para la cirugía MIS con un ahorro del 5% del total económico del proceso.

**Comentarios y conclusiones.** A pesar de que el abordaje lateral mínimamente invasivo no ha demostrado ser superior al abordaje convencional en cuanto a: sangrado perioperatorio o dolor postoperatorio, ha conseguido acelerar la recuperación del paciente sin comprometer la orientación de los componentes, la tasa de complicaciones, ni el resultado funcional, consiguiendo un ahorro económico del 5% del proceso de ATC.

## CC 005

### ABORDAJE POSTERIOR MÍNIMAMENTE INVASIVO EN ATC

Varela Egocheaga, J.R.\*; Suárez Suárez, M.A.\*\*; Fernández Villán, F.\*\*; González Sastre, V.\*\*; Varela Gómez, J.R.\*\*\* y Murcia Mazón, A.\*\*  
\*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital de Navarra. \*\*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital de Cabueñes. \*\*\*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Álvarez-Buylla.

**Introducción y objetivos.** El objetivo de este estudio es comparar los resultados de la cirugía MIS realizada mediante abordaje posterior mínimamente invasivo con los de la técnica convencional.

**Material y método.** Ensayo clínico prospectivo y aleatorizado. Se seleccionaron 50 pacientes divididos, aleatoriamente, en dos grupos en función del abordaje (posterior MIS vs posterior convencional). Un año de seguimiento. Evaluación de sangrado perioperatorio, dolor postoperatorio, velocidad de recuperación, resultado estético, orientación de los componentes, tasa de complicaciones, resultado funcional global e impacto económico. Estadística: Comprobación de normalidad y homogeneidad de varianzas: t de student o U de Mann Whitney en función de test de normalidad.

**Resultados.** No diferencias significativas en cuanto a sangrado perioperatorio, orientación de los componentes, tasa de complicaciones ni resultado funcional. El grupo de pacientes intervenido mediante abordaje MIS presentó menos dolor postoperatorio, mayor velocidad de recuperación y un impacto económico favorable para la cirugía MIS con un ahorro del 6% del total económico del proceso.

**Comentarios y conclusiones.** A pesar de que el abordaje posterior mínimamente invasivo no ha demostrado ser superior al abordaje convencional en cuanto al sangrado perioperatorio, ha conseguido disminuir el dolor postoperatorio y acelerar la recuperación del paciente sin comprometer la orientación de los componentes, la tasa de complicaciones, ni el resultado funcional, consiguiendo un ahorro económico del 6% del proceso de ATC.

## CC 006

### ¿EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE LOS ABORDAJES MIS EN ATC?

Varela Egocheaga, J.R.\*; Suárez Suárez, M.A.\*\*; Fernández Villán, F.\*\*; González Sastre, V.\*\*; Varela Gómez, J.R.\*\*\* y Murcia Mazón, A.\*\*  
\*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital de Navarra. \*\*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital de Cabueñes \*\*\*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Álvarez-Buylla.

**Introducción y objetivos.** El objetivo de nuestro estudio fue comparar los resultados del abordaje lateral y posterior mínimamente invasivos.

**Material y método.** Ensayo clínico prospectivo y aleatorizado. Se seleccionaron 50 pacientes divididos, aleatoriamente, en dos grupos en función del abordaje (posterior MIS vs lateral MIS). Un año de seguimiento. Evaluación de sangrado perioperatorio, dolor postoperatorio, velocidad de recuperación, resultado estético, orientación de los componentes, tasa de complicaciones, resultado funcional global e impacto económico. Estadística: Comprobación de normalidad y homogeneidad de varianzas: t de student o U de Mann Whitney en función de test de normalidad.

**Resultados.** No diferencias significativas en cuanto a sangrado perioperatorio, dolor postoperatorio, velocidad de recuperación, tasa de complicaciones, orientación de los componentes, resultado funcional ni impacto económico.

**Comentarios y conclusiones.** En nuestro trabajo los abordajes lateral y posterior mínimamente invasivos no han demostrado diferencias significativas en ninguno de los parámetros evaluados

## CC 007

### EVOLUCIÓN DEL HARRIS HIP SCORE EN FUNCIÓN DEL ABORDAJE UTILIZADO

Varela Egocheaga, J.R.\*; Suárez Suárez, M.A.\*\*; Fernández Villán, F.\*\*; González Sastre, V.\*\*; Varela Gómez, J.R.\*\*\* y Murcia Mazón, A.\*\*  
\*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital de Navarra. \*\*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital de Cabueñes. \*\*\*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Álvarez-Buylla.

**Introducción y objetivos.** El objetivo de este estudio fue comparar la evolución del Harris Hip Score a lo largo de 1 año entre cuatro grupos de abordaje diferentes: posterior convencional, posterior MIS, lateral convencional y lateral MIS.

**Material y método.** Ensayo clínico prospectivo aleatorizado. Se seleccionaron 100 pacientes que fueron divididos, aleatoriamente, en cuatro grupos en función del abordaje quirúrgico utilizado (posterior MIS, posterior convencional, lateral MIS y lateral convencional). Se valoró el resultado funcional mediante el HHS preoperatorio, a los 3 y a los 12 meses. Se comparó el resultado funcional bruto mediante la T de Student y la evolución en diferentes momentos temporales mediante un ANOVA de medidas repetidas.

**Resultados.** No se detectaron diferencias significativas en el HHS preoperatorio, ni tampoco a los tres ni a los 12 meses. En cuanto a la evolución del HHS a lo largo del proceso en los cuatro grupos se produjo un aumento significativo desde los valores preoperatorios hasta los valores de los tres meses y posteriormente un estancamiento de los mismos hasta los 12 meses.

**Comentarios y conclusiones.** En nuestro estudio no se han detectado diferencias significativas entre las cuatro vías estudiadas en cuanto al resultado funcional. En cuanto a la evolución del resultado funcional, en las cuatro vías de abordaje utilizadas se produjo una mejoría significativa en los tres primeros meses que no cambió significativamente de los tres hasta los 12 meses

## CC 008

### SÍNDROME DE EDEMA DE MÉDULA ÓSEA Y ATRAPAMIENTO FEMOROACETABULAR. ¿CONSECUENCIA O COINCIDENCIA?

Andrés Martínez, M.; Del Río Arteaga, M.; Lázaro González, A.; López Pliego, M.; Chacón Cartaya, S.; Moreno Domínguez, R. y Ribera Zabalbeascoa, J.  
Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción y objetivos.** El Síndrome de Edema de Médula Ósea (SEMO) en la cabeza y cuello femoral es un patrón de resonancia magnética nu-

clear (RMN) que puede ser identificado en distintas entidades patológicas. Presentamos tres pacientes con el patrón clásico de SEMO asociado a un atrapamiento femoroacetabular (AFA) tipo Cam en dos de ellos y un tipo Pincer en el otro. Discutiremos si existe alguna relación causal entre ambas entidades o se trata de una coincidencia.

**Material y método.** Describimos tres pacientes de nuestra serie de 32 casos de SEMO estudiados en nuestro centro entre 1998 y 2007. Presentamos la clínica, parámetros analíticos, pruebas de imagen complementarias y biopsia (dos casos), para establecer un diagnóstico y un seguimiento.

**Resultados.** Los tres casos (dos hombres y una mujer) comenzaron con coxalgia unilateral atraumática. En los dos hombres, la radiología mostró lesiones tipo Cam. La mujer presentaba un exceso de pared anterior. La RMN mostraba un patrón clásico de edema de médula ósea, que se extendía por cabeza y cuello femoral hasta región intertrocanterea así como derrame articular. Esto coincidía con una hipercaptación difusa en la gammagrafía. Un varón fue tratado de forma conservadora con resolución de síntomas y normalización de RMN en tres meses. Los otros dos casos necesitaron tratamiento con forage-biopsia debida a la mala evolución. La clínica y el edema en la RMN se resolvieron en 6 semanas. A pesar de esta mejora, en los tres casos ha persistido una coxalgia crónica en relación al AFA que en la mujer precisó una osteocondroplastia según técnica de Ganz.

**Comentarios y conclusiones.** Según los parámetros analizados pensamos que, a pesar de que el SEMO es un patrón de RMN que puede producirse debido a un choque mecánico secundario a un AFA, estos tres casos representan una coincidencia temporal entre SEMO y AFA. Esta conclusión se basa en la resolución de la clínica aguda mediante pauta de tratamiento de SEMO así como la persistencia de clínica propia de AFA posteriormente.

## CC 009

### UN CASO DE DISPLASIA BILATERAL DE CADERA: SOLUCIONES Y COMPLICACIONES

Carrera Fernández, I.; Valera Pertegas, M.; Sancho Navarro, R. y Crusi Sererols, X.

*Hospital De Santa Creu I Sant Pau.*

**Introducción y objetivos.** La artroplastia total de cadera es el tratamiento de elección de los pacientes con coxartrosis secundaria a la displasia de cadera. Las alteraciones anatómicas como las disimetrías, el deficiente stock óseo y la anómala versión de la cadera dificultan este procedimiento y aumentan sus complicaciones. Presentamos un caso que ilustra estas consideraciones.

**Material y método.** Paciente mujer, 48 años con antecedente de displasia bilateral de cadera consulta por dolor bilateral. Se realiza Artroplastia Total Cadera (ATC) izda con un vástago no cementado con recubrimiento de hidroxiapatita tipo Morfoline R y cótilo hemiesférico no cementado con buena evolución clínico radiológica hasta la actualidad. 14 meses post intervención quirúrgica se realiza ATC contralateral con implante modular con recubrimiento de hidroxiapatita y osteotomía subtrocantérea de acortamiento para corregir la disimetría existente.

Siete años después la paciente presenta dolor e impotencia funcional en cadera dcha, presentando una ruptura del implante femoral a nivel metafiso-diafisario. Se realiza recambio del componente femoral dificultado por el escaso stock óseo y la firme incorporación diafisaria. Se coloca nuevo implante modular, con evolución correcta a los seis meses.

**Resultados. Comentarios y conclusiones.** El caso expone las dificultades de la artroplastia en caderas displásicas y posibles soluciones: implantes modulares, tectoplastias acetabulares, osteotomías para corregir disimetrías. El uso de prótesis modular es, como expone este caso, una solución que, simultáneamente, proporciona estabilidad primaria y respeta el stock óseo pero presenta complicaciones inherentes.

## CC 010

### REVISIÓN ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA EN EL SÍNDROME DE KLIPPEL-TRENAUNAY

Carrera Fernández, I.; Moya Gómez, E.; Valera Pertegas, M.; Sancho Navarro, R. y Crusi Sererols, X.

*Hospital De La Santa Creu I Sant Pau.*

**Introducción y objetivos.** El Síndrome de Klippel Trenaunay se caracteriza por la presencia de malformaciones venosas, hipertrofia de partes

blandas y osteohipertrofia, predominantemente en extremidades inferiores. A nivel osteoarticular produce una degeneración articular precoz con hemartros recurrentes.

**Material y método.** Mujer de 32 años diagnosticada de Síndrome de Klippel Trenaunay que consulta por dolor en cadera derecha de 6 meses de evolución. Había estado sometida a una Artroplastia Total de Cadera (ATC) hace seis años en otro centro. La paciente presentaba movilidad pasiva completa pero dolorosa. La radiología mostraba aflojamiento de componente acetabular con un defecto superomedial secundario. En la cirugía se observa aflojamiento del vástago por lo que se implanta un vástago de revisión Furlongâ no cementado y un sistema de revisión acetabular tipo Procotyl\_Èâ más homoinjerto.

**Resultados.** En el postoperatorio, la paciente requirió transfusión de 7 concentrados de hematies y Aprotinina por Coagulación\_Intravascular\_Diseminada. A los cinco años de la paciente está asintomática, deambula sin bastones con movilidad completa e indolora de la cadera.

**Comentarios y conclusiones.** De manera similar a lo los hemofílicos, la implantación de artroplastias totales de cadera en pacientes afectados del Sd. de Klippel Trenaunay es controvertida, tanto por el riesgo de complicaciones perioperatorias, como por el elevado índice de aflojamiento precoz. El caso presentado ejemplifica estos dos aspectos. La literatura relacionada con revisiones protésicas en estos pacientes es inexistente. La evolución en este caso es muy satisfactoria a medio pl

## CC 011

### TRATAMIENTO DE PTC INESTABLE MEDIANTE REVISIÓN A COTILO TRIPOLAR

Eguileta Sáenz, D.; Azurmendi Rico, L.; Carrillo Beloso, I.; Pámpano Pérez, G.

*Hospital de Zumárraga (Guipúzcoa).*

**Introducción y objetivos.** La luxación en PTC primaria tiene una incidencia del 1% (precoz) al 7% (tardía), llegando al 28% en recambios de PTC; más frecuente en mujeres jóvenes. El tratamiento habitual es conservador, precisándose en ocasiones cirugía para la corrección de malposición en componentes o en luxaciones tardías multifactoriales. Se revisan varias series publicadas y cuatro casos propios de tratamiento quirúrgico en luxación recidivante de PTC mediante revisión a cótilo tripolar.

**Material y método.** Revisión retrospectiva de cuatro luxaciones de PTC, intervenidas en nuestro Servicio tras fracaso de tratamiento conservador, mediante recambio a cótilo tripolar cementado: cuatro mujeres de 82 años de edad media (80-87), tres PTC primarias y una de revisión; tres luxaciones intermedias (6 meses a 5 años de la intervención) y una tardía (posterior a 5 años), sin objetivarse malposición de los componentes implantados. Seguimiento medio de 18 meses (12-26).

**Resultados.** Valoración mediante escala de Merle-D'Aubigne con puntuación media de 16,8 puntos a los 12 meses en los cuatro casos, y a los 24 meses en tres. Buena valoración subjetiva de todas las pacientes, recuperando el nivel uncial previo a la luxación en todos los casos. No reluxación de la PTC en ningún caso hasta el final del seguimiento. El tratamiento en luxaciones de PTC sólo es quirúrgico tras fracaso del tratamiento conservador.

**Comentarios y conclusiones.** La cirugía puede ser necesaria en casos de luxación tardía, malposición de los componentes de la PTC y luxaciones idiopáticas multifactoriales (desequilibrio muscular, neuropatías). Los cótilos bipolares y tripolares son una buena opción terapéutica en luxaciones sin respuesta a tratamiento conservador de causa multifactorial.

## CC 012

### RESCATE FUNCIONAL EN UNA PACIENTE CANDIDATA A PRÓTESIS BILATERAL DE RODILLA PORTADORA DE ARTRODESIS DE CADERA BILATERAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Aparicio García, P.; Abarca Vegas, J.; Torrededia del Rio, L.; Cassart Masnou, E. y Asencio Santotomás, J.

*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.*

**Introducción y objetivos.** La artrodesis de cadera causa dolor en las articulaciones vecinas (espalda, rodilla ipsilateral y cadera contralateral) y es ésta la indicación principal de rescate.

**Material y método.** Mujer de 66 años que acude a consulta externas por gonalgia bilateral de predominio derecho, como antecedentes des-

taca una artrodesis practicada a los 18 años, de causa desconocida. La paciente era capaz de deambular con muletas por su domicilio y usaba una silla de ruedas para desplazarse por la calle. El BA inicial: Caderas: derecha: abducción 20°, flexión 25°, izquierda: adducción 30°, flexión 20°. Y de las rodillas: derecha, flexo-extensión: 50/-25°, izquierda: flexo-extensión 70/-10°. Dismetría de 6 cm. Se practicó un EMG preoperatorio que descartó la denervación de los glúteos. Se siguió la siguiente secuencia operatoria: 1) PTC derecha; 2) PTR derecha; 3) PTC izquierda; 4) PTR izquierda.

**Resultados.** BA actual: Caderas: derecha: Flexo-extensión: 70-0°; Abducción-adducción: 20-20°; Rotación interna-rotación externa: 10-20°. Izquierda: Flexo-extensión: 80-0°; abducción-adducción: 20-30°; rotación interna-rotación externa: 0-20°. Rodillas: derecha: flexo-extensión: 80-0°. Izquierda: 80-0°. No se objetivó ninguna complicación perioperatoria a excepción de la luxación de la PTC derecha. La paciente deambula sin ayudas técnicas.

**Comentarios y conclusiones.** El rescate de la artrodesis de cadera es una intervención técnicamente difícil, siendo el rescate de una artrodesis bilateral mucho más complicada que la unilateral, y siendo sus resultados peores que en las artroplastias primarias. Las complicaciones más frecuentes son: paresia del ciático, infecciones, luxaciones, fracturas periprotésicas, aflojamiento. En conclusión: existe poca bibliografía sobre artroplastias de rodilla asociadas a artrodesis de cadera bilateral. Se recomienda el rescate de la artrodesis de cadera previa a la PTR.

## CC 013

### CONDROMATOSIS SINOVIAL DE CADERA

Morales Muñoz, P.; Cano Egea, J.M.; García Rodríguez, R.; Gutiérrez Narvarte, B.; García Fernández, D. y Guerra Vélez, P.  
*Hospital 12 de Octubre. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** La condromatosis sinovial es una metaplasia benigna de la membrana sinovial que produce cuerpos libres intraarticulares con degeneración progresiva de la articulación afecta. La cadera es la segunda localización más frecuente. El diagnóstico es tardío ya que las pruebas de imagen iniciales suelen ser negativas o inespecíficas.

**Material y método.** Se presenta el caso de una mujer de cuarenta años con coxalgia derecha atraumática de tres años de evolución y estudio de radiología simple normal.

**Resultados.** Solicitamos resonancia magnética nuclear apreciándose sinovitis inespecífica de cadera derecha. Realizamos cirugía artroscópica en la que se aprecia proliferación de la sinovial y multitud de cuerpos libres intraarticulares de aspecto coralino. Se procede a la exéresis de los mismos asociada a sinovectomía. Tras dos años asintomática la paciente vuelve a presentar el mismo cuadro clínico de dolor y limitación funcional con imágenes en la resonancia similares a la previa pero de mayor extensión. En este caso se realiza la misma intervención quirúrgica pero mediante cirugía abierta usando un abordaje transtrocanterico y luxación anterior de la cadera. La paciente presentó mejoría clínica sin nueva recidiva en los tres años posteriores.

**Comentarios y conclusiones.** El tratamiento de la condromatosis sinovial es la exéresis de los cuerpos libres y la realización de una sinovectomía tan extensa como sea posible. La artroscopia es una buena alternativa en casos poco extensos pero en recidivas o condromatosis importantes es preferible la cirugía abierta convencional.

## CC 014

### SÍNDROME DE EDEMA DE LA MÉDULA ÓSEA EN MUJERES EMBARAZADAS: NUESTRA SERIE ENTRE 1995-2008

Lázaro González, A.; Del Río Arteaga, M.; Andrés Martínez, M.; Chacón Cartaya, S.; López Pliego, M. y Ribera Zabalbeascoa, J.  
*HUUU Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Introducción y objetivos.** El síndrome de edema de médula ósea (SEMO) es una entidad clínica poco frecuente, de etiología desconocida y autolimitada. Planteando la hipótesis que el parto pudiera suponer un punto de inflexión en la evolución de la enfermedad igual que ocurre con el forage-biopsia, realizamos un estudio comparativo entre el grupo de

pacientes embarazadas y el grupo de pacientes intervenidos quirúrgicamente en nuestra serie.

**Material y método.** Se presenta un estudio retrospectivo realizado sobre una serie de 6 mujeres embarazadas que pertenecen a un total de 32 casos de SEMO estudiados en nuestro centro entre 1995 y 2008. Se revisaron las historias clínicas de cada paciente tomando en cuenta las características demográficas y la sintomatología.

**Resultados.** Se presenta un estudio descriptivo exhaustivo del grupo de pacientes embarazadas

**Comentarios y conclusiones.** No hemos podido demostrar que el parto suponga un punto de inflexión en la evolución de la enfermedad.

## CC 015

### USO DEL PLASMA RICO EN PLAQUETAS EN PRÓTESIS NO CEMENTADAS DE CADERA: RESULTADOS CLÍNICOS

Navarro Navarro, R.; Navarro García, R.; Martín García, F.; Santana Suárez, R.; Romero Pérez, B. y López-Madrado Hernández, M.J.  
*Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.*

**Introducción y objetivos.** Pretendemos describir los resultados clínicos de la aplicación del Plasma Rico en Plaquetas sobre de los componentes no cementados de una artroplastia total de cadera.

**Material y método.** Se practicó una artroplastia total de cadera no cementada modelo Zweymüller en 29 pacientes de manera consecutiva, aplicando Plasma Rico en Plaquetas sobre el cotilo protésico y el vástago femoral, así como sobre el músculo y la piel al cerrar la herida. La edad media de la muestra fue de 52 años, un 53% fueron mujeres. Se puntuó el estado clínico de los pacientes mediante la escala de Merle, D'Aubigné y Postel en el preoperatorio, a los 3 meses, a los 6 meses, al año y a los 2 años.

**Resultados.** No hubo ningún caso de dolor en el muslo ni aflojamiento. Las puntuaciones medias de fueron las siguientes en el preoperatorio, a los 3 meses, 6 meses, 1 año y 2 años respectivamente: Dolor: 2.5, 5.5, 5.7, 5.8, 5.8; Marcha: 2.7, 5.3, 5.4, 5.6, 5.7; Movilidad: 3.1, 5, 5.2, 5.4, 5.6.

**Comentarios y conclusiones.** En los pacientes en los que se aplicó Plasma Rico en Plaquetas sobre los componentes de prótesis no cementadas de cadera se observaron resultados clínicos óptimos, sobre todo precozmente. Esta mejoría clínica puede atribuirse a una potencial mayor osteointegración de los componentes y a la aceleración de la curación de las partes blandas y la herida.

## CC 016

### PSEUDOARTOSIS EN FRACTURA DE CADERA. ASOCIACIÓN TERAPÉUTICA CON TERIPARATIDA. CASO CLÍNICO

Hernaiz Alzamora, A.; Gorostiaga Mendia, I. y Gabiola Urriticoechea, R.  
*Hospital de Basurto.*

**Introducción y objetivos.** Mujer, 71 años, obesa, histerectomizada, tratamiento con Ideos. Tras atropello en 2005: fractura subtrocanterea derecha tratada mediante clavo gamma 3 largo sin enclavado distal y 2 cerclajes DHAL, fractura diafisaria tercio distal tibia izquierda tratada mediante clavo grosse y fractura húmero derecho en 2 fragmentos con tratamiento conservador. En 2006 tras caída presenta fractura pertrocanterea derecha, extrayéndose el clavo gamma y colocándose nuevo gamma 3 largo con bloqueo distal. En 5 meses se retira enclavado permitiendo apoyo.

**Material y método.** En 2007, sin traumatismo, presenta dolor en pierna derecha, diagnosticándose fractura por sobrecarga en fémur con rotura de material. Se retira clavo y cerclajes, colocándose placa DHS con prolongación. Se recomienda no apoyo 5 meses, con carga posterior. En 2008, un TAC evidencia pseudoartrosis en callo de fractura, aunque está asintomática. 1 mes después, sin traumatismo, ingresa con gonalgia derecha por ruptura de material. Se extrae material, limpieza de foco, autoinjerto peroneal y osteosíntesis mediante placa Judet. Se asoció teriparatida 20 µg/d y calcio-vitaminaD, rehabilitación y reposo.

**Resultados.** En radiologías seriadas, se observa integración del injerto con callo de fractura a las 8 semanas. Se inició carga parcial con muletas, tolerando actualmente carga y deambulación con bastón.

**Comentarios y conclusiones.** El fracaso de osteosíntesis en fracturas de cadera incrementa con osteoporosis, favorecido por obesidad, fármacos

o enfermedades que influyen la formación del callo de fractura. El uso de aloinjertos, y asociación de fármacos neoformadores de hueso, han posibilitado una excelente respuesta con incremento de la resistencia ósea en esta paciente

## CC 017

### EVALUACIÓN RADIOLÓGICA A CORTO PLAZO TRAS LA APLICACIÓN DEL PLASMA RICO EN PLAQUETAS EN PRÓTESIS NO CEMENTADAS DE CADERA

Navarro Navarro, R.; Navarro García, R.; Santana Suárez, R.; Romero Pérez, B.; Barroso Rosa, S. y López-Madrado Hernández, M.J.  
*Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.*

**Introducción y objetivos.** Pretendemos describir los resultados radiológicos a corto plazo tras la aplicación del Plasma Rico en Plaquetas sobre los componentes no cementados de una artroplastia total de cadera.

**Material y método.** Se practicó una artroplastia total de cadera no cementada Zweymüller en 29 pacientes consecutivos, aplicando Plasma Rico en Plaquetas sobre los componentes. La edad media de la muestra fue de 52 años, un 53% fueron mujeres. Se cumplimentó la tabla CART (Clinical and Radiological Terminology) para cada paciente en el preoperatorio, a los 3 meses, a los 6 meses, al año y a los 2 años.

**Resultados.** No hubo aflojamiento de los componentes. En el cotilo se observaron migraciones en el 16,7% de los casos, 3 casos de osteólisis, y líneas escleróticas en 26,7%. En el vástago femoral se observó neoformación endostal en un 90%. No se observaron líneas escleróticas proximales, pero sí distales en 13% de los casos.

**Comentarios y conclusiones.** En los pacientes en los que se aplicó Plasma Rico en Plaquetas sobre los componentes de prótesis no cementadas de cadera se observaron un mayor número de hallazgos radiológicos en el acetábulo que lo descrito en la literatura. En el vástago femoral los hallazgos sí se correspondieron con lo expuesto en otros estudios. Se requerirán estudios a largo plazo de la muestra para dilucidar si existe correlación entre los hallazgos radiológicos y una mayor supervivencia de los implantes.

## CC 018

### COXA VARA Y RETRASO DEL CRECIMIENTO FEMORAL PROXIMAL RELACIONADO A OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA NEONATAL

Pretell Mazzini, J.; Rodríguez Martín, J. y Marti Ciruelos, R.  
*Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Coxa vara es una alteración del fémur proximal caracterizada por un ángulo cérvico-diafisario disminuido lo que trae como consecuencia una discrepancia en la longitud de los miembros inferiores. Se ha asociado a condiciones como la coxa vara congénita, traumatismo, sepsis, lesión vascular, desórdenes metabólicos y raquitismo; sin embargo su posible asociación a la oxigenación por membrana extracorpórea neonatal (OMEC) ha sido reportado recientemente.

**Material y método.** Niña de 6 años 7 meses nacida con drenaje venoso pulmonar anómalo total infradiaphragmático, sometida a anastomosis del tronco venoso pulmonar a la AI + cierre de CIA, recibiendo OMEC por 104 min. Buena evolución cardiológica. A los 3 años 10 meses presentaba cojera, disimetría de 2 cm, rotación interna 5°, abducción de 20°, trendelenburg positivo, limitación de las actividades recreacionales, no dolor. Rx caderas /RMN caderas se veía acortamiento del cuello, rarefacción metafisaria, coxa vara (115°) y trocánter mayor ascendido. A los 6 años tras persistencia de cuadro clínico se realiza: Epifisiodesis del trocánter mayor + osteotomía valguizante de fémur derecho con placa de 130°.

**Resultados.** La evolución postoperatoria fue satisfactoria lográndose retorno a las actividades recreacionales con normalidad, mejoría de la disimetría de miembros inferiores, además de la completa consolidación de la osteotomía.

**Comentarios y conclusiones.** Se han descrito otros cuatro casos con signos y síntomas similares al nuestro, todos ellos habían recibido OMEC. En estos pacientes la intervención quirúrgica se realizó cuando había una deformidad progresiva y pérdida de la función, realizándose una osteotomía valguizante. Se recomiendan pruebas de imagen de las caderas en pacientes con dicho antecedente y cojera, discrepancia de longitud de miembros inferiores o rango articular anormal.

## CC 019

### EFECTO VOSS EN LAS LUXACIONES DE PRÓTESIS DE CADERA

Moreta Suárez, J.; Sáez de Ugarte Sobrón, O.; Uriarte Llano, I.; Cruchaga Celada, A.; García Sánchez, I. y Astobiza Bretones, I.  
*Hospital de Galdakao (Bizkaia).*

**Introducción y objetivos.** La luxación es una de las posibles complicaciones tras la cirugía de una prótesis de cadera. Existen diversos factores causales implicados entre los que se encuentran la mala orientación de los componentes y la falta de tensión muscular o desbalance de los tejidos blandos. El efecto Voss es un parámetro radiográfico que permite objetivar la tensión glútea midiendo la relación del trocánter mayor respecto al centro de la cabeza femoral.

**Material y método.** Presentamos 2 casos de luxaciones protésicas de cadera. El primero de ellos es una paciente con una fractura subcapital de cadera que se trató con una prótesis total que presentaba un claro efecto Voss positivo. El segundo es una paciente con un desplazamiento de osteosíntesis previa por fractura de cadera, que se reconvirtió a una prótesis bipolar donde se observa un efecto Voss negativo.

**Resultados.** Posteriormente, la primera paciente sufrió un episodio de luxación anterior que se trató mediante reducción ortopédica y férula antiluxación. La segunda paciente, un mes después, tuvo un episodio de luxación posterior que no se consiguió reducir de forma cerrada, por lo que se realizó reducción abierta con colocación de cotilo anti-luxante.

**Comentarios y conclusiones.** La medición del efecto Voss nos permite analizar, de una forma sencilla, la causa de las luxaciones protésicas de cadera.

## CC 020

### CAPTACIÓN GAMMAGRÁFICA TRAS ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA NO CEMENTADA CON PLASMA RICO EN PLAQUETAS

Navarro Navarro, R.; Navarro García, R.; Barroso Rosa, S.; Martín García, F.; Santana Suárez, R. y López-Madrado Hernández, M.J.  
*Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.*

**Introducción y objetivos.** El Plasma Rico en Plaquetas (PRP) se ha sugerido como potencial estimulador de la osteointegración de implantes de titanio. Pretendemos describir la evolución en la captación gammagráfica tras la aplicación del PRP sobre los componentes no cementados de una artroplastia total de cadera.

**Material y método.** Se practicó una artroplastia total de cadera no cementada Zweymüller en 29 pacientes de manera consecutiva, aplicando PRP sobre el cotilo protésico y el vástago femoral. Se realizaron gammagrafías a los 3 meses, 6 meses, 1 año y 2 años, y se describió el tipo de captación.

**Resultados.** La normocaptación se observó en el acetábulo a los 3 meses en 73% de los pacientes, a los 6 meses en 83%, al año en 86% y a los 2 años en 80%. En el fémur se observó normocaptación del 63% a los 3 meses, 83% a los 6 meses, 80% al año y 70% a los 2 años. La hipercaptación no se relacionó de manera significativa con la edad, sexo o causa de la degeneración de la cadera.

**Comentarios y conclusiones.** En los pacientes en los que se aplicó PRP sobre los componentes de prótesis no cementadas de cadera se observó un descenso de la captación en los estadios precoces tras la artroplastia, lo que podemos interpretar como un signo de rápida osteointegración de los implantes.

## CC 021

### RESORTE DE ARTRODESIS DE CADERA MEDIANTE ARTROPLASTIA NO CEMENTADA

Ibor Ureña, I.; Merino Pérez, J.; Larrea Ruiz, A.; Zorita Urricelqui, L.; Hernández González, N. y Rabanal Fernández, E.  
*Hospital de Cruces.*

**Introducción y objetivos.** Se presenta el caso de una mujer de 69 años que es remitida a consultas por un dolor en cadera. La paciente había sido sometida a una artrodesis de cadera a los 14 años por una secuela de artritis tuberculosa.

**Material y método.** La paciente presentaba una movilidad de 40° de flexión y 0° de extensión. En la radiografía se observaba un fracaso de la artrodesis asociado a protrusión acetabular.

**Resultados.** Se decide realizar artroplastia con prótesis no cementada, realizando un abordaje con osteotomía V-gástrica de trocánter mayor y

resección de la barra de artrodesis. La paciente consigue una movilidad postoperatoria de 80° no dolorosa.

**Comentarios y conclusiones.** El rescate de artrodesis de cadera es una solución adecuada para los fracasos de artrodesis, siendo posible obtener unos rangos de movilidad satisfactorios a pesar de la atrofia muscular existente.

## CC 022

### REEMPLANTE DE PRÓTESIS DE CADERA TRAS ARTROPLASTIA RESECCIÓN

Roche Alberó, A.; Panisello Sebastián, J.J.; Iglesias Aparicio, D.A.; Garrido Santamaría, I.; Bejarano Lasunción, C. y Herrera Rodríguez, A.  
*Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción y objetivos.** En la actualidad, la mayoría de artroplastias de resección tipo Girdlestone son procedimientos de rescate a fracasos de artroplastias primarias o de revisión, con resultados funcionales en la literatura insatisfactorios. Cuando desaparece la causa por la que se ha retirado la prótesis, el cirujano ortopédico debe decidir si reimplantar una prótesis o aceptar la artroplastia resección

**Material y método.** Se presenta un paciente de 63 años intervenido en 1996 de necrosis de cadera derecha secundaria a artritis tuberculosa en la infancia, realizándose artroplastia resección de cadera derecha (Girdlestone). Como consecuencia de la dismetría y la báscula pélvica residual, el paciente refiere episodios de lumbalgia y dolor en la cadera desde entonces. Planificación preoperatoria: Dismetría de 6 cm. no recuperable, Hipoplasia femoral, Paleocotilo rudimentario, atrofia de la musculatura glútea. Semejante a una luxación alta (Crowde IV).

**Resultados.** Intervención: osteotomía subtrocantérica con sustracción de 23 mm. de hueso diafisario proximal y se implanta un vástago modular S-Rom con componente diafisario 135 x 11 mm, metáfisis 21 mm, cervical -5, off-set reducido y cabeza 28 mm. A los catorce meses de evolución el paciente ha tenido un episodio de luxación tratado conservadoramente. La osteotomía femoral ha consolidado. No tiene dolor en la cadera, el dolor lumbar ha disminuido y precisa la ayuda de un bastón solo para paseos largos.

**Comentarios y conclusiones.** La reimplantación de una prótesis tras una artroplastia resección de larga evolución es técnicamente difícil y los pacientes se deben seleccionar cuidadosamente. Las indicaciones son dolor y gran limitación funcional.

## CC 023

### MIGRACIÓN ACETABULAR DE ARTROPLASTIA BIPOLAR DE CADERA SOLUCIONADA CON RECAMBIO POR ARTROPLASTIA TOTAL MÁS ALOINJERTO

Cortés Muriel, L.; Álvarez, P.; Sanz, A.; Ayerbe, F. y Barandiarán, F.  
*Servicio C.O.T. del Hospital San Eloy, Barakaldo (Bizkaia).*

**Introducción y objetivos.** A propósito de un caso de migración acetabular de artroplastia bipolar de cadera solucionada con recambio protésico por artroplastia total más aloinjerto de banco.

**Material y método.** Se presenta el caso de una paciente de 88 años que en 2003 sufrió fractura de cadera derecha y fue intervenida en otro centro, se realizó artroplastia bipolar. En 2007 sufre fractura de cadera izquierda, implantándose artroplastia total en nuestro centro, por realizar vida activa. En enero de 2009 es reintervenida de la cadera derecha por presentar migración acetabular de la artroplastia bipolar con formación de un neocotilo. Se coloca aloinjerto de cabeza de banco en el neocotilo atornillado al ilion, que cubre el defecto y suple la pared y el techo. Se procede al fresado del cotilo verdadero para dar forma esférica y continente al cotilo y al injerto. Se coloca un componente acetabular cementado y se recambia el vástago que se encuentra aflojado.

**Resultados.** Por el momento el resultado clínico y radiológico es excelente. Se ha conseguido alivio del dolor y la paciente presenta buena movilidad, permaneciendo todavía en descarga a la espera de la consolidación del injerto.

**Comentarios y conclusiones.** Este tipo de cirugía precisa una planificación preoperatoria cautelosa, debiendo tener disponible el día de la intervención no sólo injerto óseo, sino también anillos de soporte acetabulares. La elección de artroplastia parcial o total ante una fractura de cadera no debería basarse en la edad de la paciente sino en el estilo de vida que realice.

## CC 024

### DOLOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL EN CADERA DERECHA TRAS TRAUMATISMO BANAL EN PACIENTE JOVEN

Royo Naranjo, A.M.; Villadeamigo, J.M. y Villanueva Pareja, F.  
*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, H.R.U.*  
*Carlos Haya, Málaga.*

**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 contienen trabéculas de tejido osteoide y células gigantes de tipo osteoclasto. Desde el punto de vista clínico se caracteriza por la aparición de dolor de meses de evolución que en ocasiones se puede acompañar de gran inflamación del hueso circundante y la aparición de fracturas patológicas, como es el caso que describimos.

**Material y método.** Paciente varón de 14 años de edad, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que acude al Servicio de Urgencias por referir dolor e impotencia funcional en cadera izquierda, tras caída accidental al suelo mientras practicaba deporte, con resultado de traumatismo directo sobre cadera izquierda. A la Exploración Física se objetiva un miembro inferior izquierdo en actitud de acortamiento y rotación externa con dolor espontáneo y a la palpación inguino-trocantérica izquierda. Neurovascular distal miembro inferior izquierdo conservado.

En la Rx Simple AP de ambas Caderas se aprecia una Fractura patológica intertrocantérica cadera izquierda, sobre lesión osteolítica metafisaria, de bordes bien definidos y sin reacción perióstica circundante. Paciente varón de 14 años de edad, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que acude al Servicio de Urgencias por referir dolor e impotencia funcional en cadera izquierda, tras caída accidental al suelo mientras practicaba deporte, con resultado de traumatismo directo sobre cadera izquierda. A la Exploración Física se objetiva un miembro inferior izquierdo en actitud de acortamiento y rotación externa con dolor espontáneo y a la palpación inguino-trocantérica izquierda. Neurovascular distal miembro inferior izquierdo conservado. En la Rx Simple AP de ambas Caderas se aprecia una Fractura patológica intertrocantérica cadera izquierda, sobre lesión osteolítica metafisaria, de bordes bien definidos y sin reacción perióstica circundante. Ante estas imágenes radiológicas y el cuadro clínico se establece el diagnóstico diferencial con las siguientes entidades tumorales: Quiste Óseo Aneurismático, Displasia Fibrosa monostótica, Quiste Óseo Esencial, Tumor de Células Gigantes, Angiosarcoma y Osteosarcoma. Tratamiento: Para llegar a un diagnóstico definitivo se practicó una primera intervención quirúrgica donde bajo anestesia general se realizó una toma de muestra mediante biopsia incisional con trócar de aspiración, enviándose el tejido así obtenido al Servicio de Anatomía Patológica, que informa de un tejido maduro constituido por amplias lagunas o espacios vasculares con hematomas extravasados, rodeada de tabiques fibrosos donde se objetivaba además la presencia de tejido osteoide y células gigantes multinucleadas. Por todo ello se llegó al diagnóstico de Quiste Óseo Aneurismático. Ante el riesgo de sangrado se practica Angiografía de cadera y miembro inferior, procediéndose a la embolización selectiva de las arteriolas metafisarias nutrientes del tumor. Se proceden un segundo tiempo a intervenir al paciente, bajo anestesia general y decúbito supino sobre mesa de Maquet, previa reducción fractuaria mediante tracción y control de escopia, practicándose el curetaje amplio y metuculoso de la lesión ósea, relleno con sustituto óseo (cemento de apatita carbonatada) y estabilización con tornillo-placa deslizante de cadera de 150° de angulación cervico-diafisaria y respetando la fisis al tratarse de un adolescente con un potencial de crecimiento (Grado de Risser de 2).

**Resultados.** El paciente pasa a planta tras la intervención, con buena evolución clínica y hemodinámica en el postoperatorio inmediato. Se objetiva buen control radiológico a los 2, 10 y 14 meses de la intervención, objetivándose la adecuada consolidación fractuaria, así como la integración del sustituto óseo mediante un proceso de remodelado. En la actualidad, año y medio después de la intervención, deambula de manera independiente sin dolor, el arco de movimiento de la cadera izquierda es completo, habiéndose reincorporado a su vida diaria de manera plena y satisfactoria, incluida la actividad deportiva.

**Comentarios y conclusiones.** El Quiste Óseo Aneurismático es una lesión más frecuente en mujeres con una edad de presentación en la segunda década de la vida y una localización típicamente metafisaria en huesos largos (Fémur y Tibia), aunque también puede asentar en las vértebras (arco posterior). Radiológicamente se trata de una lesión osteolítica, excéntrica, de bordes bien definidos y con una trabeculización interna (aspecto de "panal de abeja"). En el Scanner podemos objetivar niveles líquido-líquido prominentes. El tratamiento indicado es el curetaje

amplio con la ayuda de adyuvantes locales en ocasiones, tales como la congelación con nitrógeno líquido o la aplicación de fenol, seguido de la aposición de injerto o algún tipo de sustituto óseo. En el caso que presentamos se trata de una lesión amplia en región metafisaria femoral, que ha ocasionado una debilidad del hueso y consiguientemente una fractura patológica. Al tratarse de una zona importante de transmisión de cargas, el objetivo del tratamiento fue, no sólo la resección tumoral sino el proporcionar sostén adecuado y para ello empleamos un sustituto óseo como el cemento de apatita carbonatada, cuya microarquitectura la hace muy similar al tejido óseo y que además termina por transformarse en éste mediante un proceso de remodelación ósea, junto con un dispositivo de osteosíntesis como el tornillo deslizante o dinámico de cadera, dispuesto de manera que no afectase al cartílago de crecimiento fisario.

## CC 025

### CLAVO GAMMA TROCANTÉRICO VS CLAVO GAMMA 3, ESTUDIO COMPARATIVO

Gómez Palacio, V.E.; López de Di Castillo Roldan, L.; Gay-Pobes Vitoria, J.J.; Martí Puente, M. y Arias Nieto, C.

*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital San Pedro de Logroño, La Rioja.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas de la región trocantérica de fémur, representan un grave problema sanitario, su importancia radica en el aumento en el número de estas (aumento esperanza de vida) y su elevada morbi-mortalidad. El objetivo ante este tipo de fracturas consiste en una osteosíntesis estable con una cirugía lo menos agresiva para movilización precoz, con retorno a nivel funcional próximo al previo.

**Material y método.** Realizamos un estudio retrospectivo aleatorio de 100 pacientes (50 con osteosíntesis mediante clavo gamma trocantérico y 50 clavo gamma3), de edad  $\geq 65$  años intervenidas entre octubre 2005 y enero 2007, con seguimiento mínimo de 12 meses. El objetivo del trabajo es comparar el clavo gamma trocantérico y gamma 3, valorando las diferencias en las complicaciones intraoperatorias y postoperatorias.

**Resultados.** Respecto a las complicaciones intraquirúrgicas (fracturas diafisarias, trocánter mayor, cortical lateral o fractura a nivel de tornillo distal) y complicaciones posquirúrgicas (necesidad de transfusión sanguínea, infecciones, *cut-out*, rotura de material, dolor en muslo) no se obtiene diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0,05$ ) al comparar ambos grupos.

**Comentarios y conclusiones.** El clavo gamma ha aumentado su indicación, ya que permite reducir el stress sometido el implante por disminución del brazo de palanca y del fenómeno de medialización. Hay estudios que comparan diferentes modelos tanto intramedulares como extramedulares, pero no se encuentran casi estudios que comparen el clavo gamma trocantérico, con su versión más reciente gamma3. En nuestro estudio no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos.

## CC 026

### LUXACIÓN DE PROTESIS DE CADERA RESURFACING; COMPLICACIÓN POCO HABITUAL

Gómez Palacio, V.E.; López de Di Castillo, L.; Gay-Pobes Vitoria, J.J.; Azcaray Anta, M. y García Puente, J.

*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatológica, Hospital San Pedro de Logroño, La Rioja.*

**Introducción y objetivos.** La prótesis de cadera resurfacing ha sido pensada para gente joven y activa, disminuyendo al mínimo la agresividad de los reemplazos protésicos. Conserva mejor la biomecánica, anatomía, la estabilidad y evita disimetrías. No está indicada en todos los pacientes solo el 10-20%.

**Material y método.** Se presenta el caso clínico de un paciente de 47 años diagnosticado de necrosis de la cabeza femoral derecha al que se propone tratamiento de su patología mediante prótesis de cadera resurfacing. El paciente hacia 2 años se le había tratado de la cadera contralateral con prótesis resurfacing con buena evolución. El paciente a los 42 días posquirúrgicos, presenta luxación de prótesis derecha.

**Resultados.** El paciente es llevado al quirófano de forma urgente, en el que se procede a la reducción de su prótesis de cadera de forma cerrada y colocación de cesta pelvi-pedica. El paciente permaneció con cesta pelvi-pedica 6 semanas y se procedió a su retirada. En la última revisión a los 8 meses no presenta ningún síntoma en dicha cadera.

**Comentarios y conclusiones.** Diferentes artículos destacan desventajas de la prótesis resurfacing respecto a otras como mayor número de fracturas del cuello, mayor concentración de iones en sangre...por el contrario una de las ventajas que destacan es, menor índice de luxación respecto a las prótesis totales (5%). En el caso de nuestro paciente presenta una complicación como la luxación muy poco habitual, no recogida en la literatura, con abordaje lateral de Hardinge, como en nuestro caso.

## CC 027

### RESULTADOS PRELIMINARES DE 15 PACIENTES INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA MEDIANTE VÁSTAGO FEMORAL CORTO ANATÓMICO

Fernández Sánchez, J.R.; Sánchez Archidona, J.; Lamata Iturria, M.; Cano Gea, R.; García Paños, J.P. y Valcarcel Díaz, A.

*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

**Introducción y objetivos.** Presentamos los resultados preliminares de 15 pacientes intervenidos de artroplastia total de cadera, con vástago femoral corto, anatómico, modelo "Proxima"(TM) de DePuy.

**Material y método.** 15 pacientes comprendidos entre los 35 y los 55 años, con seguimiento variable entre 6 y 24 meses. Se evalúa el tiempo de recuperación postcirugía, resultado radiológico, recuperación funcional y satisfacción del paciente.

**Resultados.** Los resultados han sido muy satisfactorios desde los primeros instantes tras la intervención, y durante el período de seguimiento.

**Comentarios y conclusiones.** El sistema de cadera Proxima(TM) de DePuy está indicado para la artroplastia de cadera primaria cuando el cirujano quiere conservar hueso y proporcionar carga fisiológica al fémur proximal. La metafisis femoral debe tener apoyo óseo proximal de buena calidad, medial y lateralmente. El uso de una técnica mínimamente invasiva para su implante permitirá al cirujano maximizar la conservación de tejido blando.

## CC 028

### RECONSTRUCCIÓN ACETABULAR CEMENTADA MEDIANTE INJERTO TRITURADO Y COMPACTADO. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS

Fernández Sánchez, J.R.; Sánchez Archidona, J.; Lamata Iturria, M.; López Martínez, J.J.; Rodríguez Martínez, R. y Parrilla Riera, J.J.

*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

**Introducción y objetivos.** Existen diferentes formas de reconstrucción acetabular que utilizan injertos óseos. Estos pueden ser autoinjertos o aloinjertos; la elección de cada técnica depende del número de intervenciones previas, expectativas y demandas que el paciente solicita, posibilidades técnicas y familiarización con estas.

**Material y método.** Presentamos 3 casos de cirugía de revisión que presentan defecto acetabular o protusión acetabular, para cuya reconstrucción se ha utilizado aloinjerto de cadáver.

**Resultados.** Los resultados han sido satisfactorios en los 3 casos, con régimen postoperatorio de levantarse, sentarse y comenzar deambulación con dos bastones en la primera semana. El estudio radiográfico igualmente resultó satisfactorio en los controles realizados, y el seguimiento en los meses iniciales no refleja complicaciones.

**Comentarios y conclusiones.** La principal ventaja del injerto triturado y compactado (impaction grafting) es su perfecta adaptación a las irregularidades de la superficie del hueso receptor, facilitando su incorporación, así como que al triturarlo se libera al injerto de gran cantidad de médula grasa que podría interferir con su incorporación.

## CC 029

### OSTEOLÍISIS QUÍSTICA DISTAL A PUNTA DE VÁSTAGO FEMORAL CANULADO EN ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA

De Frías González, M.; Galeote Rivas, A.; Herrera Mera, P.; Ocete Guzmán, G.; Garagorri Esnoz, E. y Sánchez Del Campo Arriola, I.

*Hospital Ramón y Cajal, Madrid.*

**Introducción y objetivos.** La osteolisis es el proceso de destrucción progresiva del hueso que rodea a la prótesis, en radiología se aprecian líneas de radiolucencia progresivas o áreas quísticas en la interfase implante-hueso o cemento-hueso, pueden conducir a aflojamiento o a

fractura periprotésica. Presentamos un caso clínico con osteólisis de localización no común.

**Material y método.** Varón de 44 años con artroplastia total de sustitución de ambas caderas por coxartrosis severa. En el lado derecho a los 8 años de la cirugía de revisión del componente femoral, por aflojamiento aséptico del implante primario, se descubre en la radiología una lesión osteolítica expansiva distal a la punta del vástago, con osteointegración metafisaria y signos radiológicos de desgaste del polietileno. El recubrimiento poroso circunferencial de los vástagos femorales no cementados proporciona, tras la osteointegración, un sellado eficaz contra la migración distal de restos y líquido articular, no habiéndose descrito osteólisis distales a la punta del vástago por enfermedad de partículas.

**Resultados.** El vástago utilizado en la revisión era canulado lo que permite el incremento del espacio articular efectivo a la práctica totalidad de la cavidad medular femoral lo que explica el desarrollo de la osteólisis distal a la punta del vástago.

**Comentarios y conclusiones.** Se planea la aptitud terapéutica desde sólo el recambio del polietileno, a técnicas más agresivas de recambio por un vástago femoral más largo, aporte de injerto, osteosíntesis profiláctica con placa-tornillos-cerclaje. Se recomienda el desarrollo de tapones de bloqueo del canal de los vástagos femorales canulados.

## CC 030

### ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA COMO TRATAMIENTO DE RESCATE EN LOS FRACASOS DE OSTEOSÍNTESIS EN FRACTURAS PERTROCANTÉREAS

Cortés Muriel, L.; Álvarez, P.; Ayerbe, F.; Pérez, I. y Charcán, A.  
*Servicio C.O.T. del Hospital San Eloy, Barakaldo (Bizkaia).*

**Introducción y objetivos.** Artroplastia total de cadera como tratamiento de rescate en los fracasos de osteosíntesis en fracturas pertrocantéreas

**Material y método.** Una paciente de 81 años fue intervenida por fractura pertrocantérea de cadera izquierda (DHS, consola, segundo tornillo cefálico). Se variza la fractura en la 3ª semana, decidiendo dejar en descarga. Al cabo de una semana se produce cut-out del material. Es reintervenida, se extrae todo el material, se colocan dos cerclajes subtrocantéreos preventivos, vástago largo de revisión cementado y cotilo roscado.

**Resultados.** Con la conversión a artroplastia, se permite la carga inmediata, consiguiendo una deambulación y balance articular excelente e indoloro.

**Comentarios y conclusiones.** Se realizó una revisión bibliográfica a la hora de decidir el tratamiento más adecuado para nuestra paciente, concluyendo que: La mejor opción en pacientes mayores con fracasos de osteosíntesis en fracturas pertrocantéreas es la conversión a artroplastia. La reconstrucción de osteosíntesis con la pobre calidad ósea sumada a los defectos por la extracción del material sería muy complicada y el tiempo requerido en descarga causaría gran incapacidad y complicaciones. Lo más aconsejado es colocar un vástago cementado. El 50% requerirán un vástago con sustitución de cálcico. El 50% requerirán un vástago largo. La decisión de prótesis total o bipolar, así como la cementación o no del cotilo dependerá de la edad, actividad del paciente y estado del acetábulo. Estas cirugías en comparación con las artroplastias de rutina, van a ser más dificultosas y con más complicaciones.

## CC 031

### FRACTURA DE CUELLO FEMORAL ASOCIADO ARTROPLASTIA RESURFACING

Fernández Bautista, A.; Azorin Zafrilla, L.M.; Hernández Martínez, A.; Llata Salles, J. y Aguilar García, M.  
*H. Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** En la última década la artroplastia de superficie ha vuelto a recobrar importancia como método de elección en el paciente activo y joven con alteraciones origen osteonecrótico o displásico. Con mejoras técnicas, material y la introducción del par de fricción metal-metal se han descrito supervivencias a los 3 años > 97% (McMinn and Cormet et al.). No obstante persisten una serie de complicaciones asociadas (Frac. Cuello femoral (+%), Necrosis avascular, elevación concentración iones). Nuestro objetivo es presentar un caso fractura cuello femoral en contexto de A. resurfacing en paciente con ON cabeza femoral.

**Material y método.** Varón 29 años diagnosticado de LMA y tratado con glucocorticoides a altas dosis que inicia con coxalgia izquierda de caract. Insidiosas. Se diagnostica de NAV y se le realiza artroplastia tipo resurfacing. Al año siguiente a raíz de caída sobre dicha cadera inicia cuadro de impotencia funcional y dolor, objetivándose fractura subcapital a y enclavamiento de la prótesis en valgo.

**Resultados.** Se decidió re intervención situándose prótesis total de cadera. Las posibles razones del fallo prematuro del implante se atribuyeron posiblemente a la indicación (ON evolucionada), varización del componente o un notching superior.

**Comentarios y conclusiones.** La fractura de cuello femoral es la complicación más frecuente de la artroplastia de superficie a nivel de la cadera (1,46% según grupo Birmingham hip Resurfacing). Los factores causales los podemos dividir en 3 grupos. En primer lugar factores paciente (edad y calidad de hueso), factores quirúrgicos (notching superior, posición vara, alineación) y factores post operatorios (protección carga ponderal). En nuestro caso la asociación de factores (osteonecrosis que debilitó el cuello, posicionamiento en varo y un notching superior) pudieron ser la causa del fallo prematuro del implante. En conclusión en la artroplastia de superficie es vital realizar una indicación ajustada y técnica quirúrgica precisa (experiencia) para garantizar buenos resultados.

## CC 032

### PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO RADIOLÓGICO PARA CIRUGÍA DE REVISIÓN DE CADERA EMPLEADO EN NUESTRO CENTRO

García Ibáñez, P.; Gómez Cancio, M.J.; Cendrero Cendrero, P.; Gray Laymon, P. y Nieto Carrizosa, J.M.  
*Hospital de Móstoles. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** En el estudio y seguimiento radiológico de la cirugía de revisión de cadera se hace necesaria un metódico protocolo de mediciones y observaciones. Este debe ser útil, sencillo y reproducible. Presentamos el protocolo de seguimiento radiológico empleado por nosotros para cirugía de revisión de cadera.

**Material y método.** Realizamos observaciones y mediciones preQx, postQx inmediatas y postQx evolutivas (al mes, 3 meses, 6 meses y anual). Se valoran y clasifican tanto en acetábulo como en vástago parámetros de estado óseo, defectos óseos, posición de los componentes, migración, signos indirectos y directos de aflojamiento y osificaciones heterotópicas.

**Resultados.** Nuestro protocolo de revisión radiológica fue desarrollado con el objetivo de que fuera reproducible, sencillo y útil en el contexto de un estudio tanto retrospectivo como prospectivo de cirugía de recambio protésico de cadera. Los resultados obtenidos cumplían este objetivo tras comprobarlo en la puesta en común de los datos.

**Comentarios y conclusiones.** En toda metodología de revisión de cualquier cirugía en COT se hace necesaria una protocolización. Esto facilita la coincidencia interobservador, convirtiéndose, si este protocolo está bien desarrollado, en un lenguaje común que simplifica tanto el trabajo en la práctica diaria como en el caso de querer hacer algún tipo de estudio.

## CC 033

### BURSITIS TROCANTÉREA DE CADERA TRATADA POR TÉCNICA ARTROSCÓPICA

Esnal Baza, E.; Etxebarria Fornda, I.; Herreros Ugarte, I.; García Puertas, C.; Espinazo Arce, O. y Galarza Arrazola, J.R.  
*Hospital Alto Deba.*

**Introducción y objetivos.** La trocanteritis es la patología periarticular de cadera más frecuente. Su principal causa son los microtraumatismos. Su diagnóstico se realiza fundamentalmente en atención primaria y su tratamiento es muchas veces conservador. Pero algunos casos son refractarios al tratamiento conservador y precisan tratamiento quirúrgico.

**Material y método.** Presentamos una técnica bastante reciente que permite tratar estos casos por cirugía poco agresiva (cirugía artroscópica) con buenos resultados. Además realizamos una revisión bibliográfica del tratamiento de la bursitis de cadera. Se realiza una descripción detallada de la técnica incluyendo imágenes. La intervención dura un tiempo medio de 50 minutos. El paciente está ingresado 1 día permitiendo la carga parcial con muletas desde el inicio. A las 3 semanas abandonan las muletas y el tiempo medio de recuperación completa dura aproximadamente unos 3 meses.



**Resultados.** 5 e lleva a cabo el tratamiento de una bursitis de cadera en 4 pacientes con un tiempo de seguimiento menor al año. El tiempo de seguimiento y el número de pacientes es escaso como para sacar conclusiones claras, aunque la evolución de estos pacientes resulta satisfactoria.

**Comentarios y conclusiones.** Se trata de una técnica novedosa con buenos resultados y que apoyándonos en la literatura consigue tratar esta patología con resultados igual de buenos que la cirugía abierta pero con un postoperatorio y evolución mucho más cómoda y satisfactoria para el paciente.

## CC 034

### FRACTURA SUBTROCANTÉREA DE FÉMUR EN EL CONTEXTO DE COXARTROSIS SEVERA

Bartolomé García, S.; Moreno Velasco, A.; Jañez Moral, F.; Torrijos Garrido, P.; Zurrón Lobato, M. y Ortega Briones, A.

*Hospital Universitario Puerta De Hierro-Majadahonda, Majadahonda, Madrid.*

**Introducción y objetivos.** La existencia previa de una coxartrosis severa actúa como factor protector para la aparición de fracturas intracapsulares de fémur, siendo más frecuentes en estos pacientes las fracturas extracapsulares. Ante esta situación se plantea el dilema de tratar exclusivamente la fractura o resolver en un solo acto quirúrgico ambos problemas.

**Material y método.** Presentamos el caso de una mujer de 69 años diagnosticada de coxartrosis derecha pendiente de cirugía en nuestro centro, que acude por dolor e impotencia funcional en cadera derecha tras caída casual. Se diagnosticó de fractura subtrocantérea en paciente con intensa coxartrosis, y tras presentarse el caso en sesión clínica, se decide intervención en un solo tiempo. Se implanta artroplastia total de cadera no cementada con vástago largo que supere la zona de fractura, y estabilización de la misma mediante 2 tablas óseas de aloinjerto femoral y 4 cerclajes de alambre. El postoperatorio inmediato cursó sin complicaciones.

**Resultados.** Se prohibió el apoyo durante las primeras seis semanas, iniciando la deambulación con muletas a partir de las 48 horas. Se permitió la carga completa a partir de las 12 semanas. En la actualidad, 2 años después de la intervención, los controles radiográficos son satisfactorios, presentando la paciente dolor ocasional.

**Comentarios y conclusiones.** La intervención consistente en estabilización de la fractura y reemplazo articular permite resolver el problema de la paciente en un solo acto, evitando el exceso de cargas en el foco fractura propio de la osteosíntesis aislada.

## CC 035

### "CUT-OUT" DEL ENCLAVADO FEMORAL

Lobo-Escolar, A.; Iglesias-Aparicio, D.; Joven-Aliaga, E.; Rebollo, S.; Ripalda Marín, J. y Peguero-Bona, A.

*Unidad de Traumatología. Servicio de COT. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción y objetivos.** En nuestro medio más del 50% de las fracturas osteoporóticas de cadera son de trazo trocantérico, siendo su tratamiento de elección la osteosíntesis (mediante enclavado endomedular o sistemas clavo-placa). La extrusión del tornillo cefálico ("cut-out") supone una de las más temibles complicaciones en estos casos. El objetivo de este estudio es el de analizar los factores predisponentes de esta complicación en los pacientes con fractura de cadera.

**Material y método.** Estudio longitudinal retrospectivo de todos los pacientes que sufrieron una extrusión ("cut-out") de la osteosíntesis por fractura osteoporótica de cadera en nuestro Servicio en el período 2005-2008. Muestra (N = 35). Criterios de exclusión: edad < 65 a, traumatismos de alta energía y fracturas patológicas no osteoporóticas (Enfermedad de Paget, patología tumoral...).

**Resultados.** Se pudo recoger información fiable acerca de 35 pacientes. La media de edad de la muestra fue de 82,6 años y la distribución por sexos fue de 19,4% varones - 80,6% mujeres. Los parámetros que más se relacionaron con "cut out" fueron el lado derecho, tipo de fractura inestable, la distancia punta- cúpula ("tip-apex") del enclavado, la calidad de la osteosíntesis no satisfactoria y la osteoporosis severa (> 4 en la escala de Singh).

**Comentarios y conclusiones.** La mayoría de los "cut-out" de osteosíntesis por fractura osteoporótica de cadera están relacionados con factores técnicos de la cirugía, pero también con una osteoporosis severa concomitante en estos pacientes. Es posible una detección de pacientes "en riesgo de fracaso" de osteosíntesis, con el fin de depurar la técnica quirúrgica, instaurar un tratamiento precoz de la osteoporosis y modificar el protocolo de rehabilitación en estos casos.

## CC 036

### LUXACIÓN DE PRÓTESIS TOTAL DE CADERA CON GRAN PROTRUSIÓN ACETABULAR RESUELTA CON BURCH-SCHNEIDER

Cortés Muriel, L.; Álvarez, P.; Ayerbe, F.; Iglesias, J.J. y Barandiarán, F. *Servicio C.O.T. del Hospital San Eloy, Barakaldo (Bizkaia).*

**Introducción y objetivos.** A propósito de un caso de luxación de prótesis total de cadera en paciente de edad avanzada con movilización de cotilo y gran protrusión acetabular, resuelta con aloinjerto de banco y anillo Burch-Schneider.

**Material y método.** Un varón de 88 años en 2000 fue intervenido de recambio de prótesis de cadera izquierda, colocándose componente acetabular roscado y vástago largo de revisión. Ha ido evolucionando hacia una gran protrusión acetabular con verticalización del cotilo, asintomático hasta hacerse inestable y luxarse la prótesis, momento en el que se reinterviene. Se extrae el cotilo movilizado, se rellena la gran cavidad acetabular con aloinjerto de banco y se coloca un anillo Burch-Schneider atornillado al iliaco que se fija al injerto estructural. Se cementa el componente acetabular y se recambia la cabeza protésica. Se comprueba la no movilización del vástago. Previa a la cirugía se realiza angioTAC y se comprueba que no existe compromiso vascular.

**Resultados.** Durante los 3 meses en descarga realiza rehabilitación, presenta un balance articular aceptable, sin dolor y deambulando.

**Comentarios y conclusiones.** Dada la edad del paciente y la ausencia de sintomatología hasta el momento de la luxación, se decidió mantener una postura expectante y vigilancia periódica. La cirugía de la protrusión debe ser cuidadosamente planificada, siendo obligatoria la realización de angioTAC o angiografía para descartar compromiso vascular, ya que si existe, podría producirse una lesión arterial con la extracción del componente acetabular, y lo más conveniente en estos casos, sería realizar la intervención con ayuda de un cirujano vascular.

## CC 037

### BURSITIS DEL MÚSCULO DE ILIO-PSOAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Mariscal Peralta, J.M.; García Regal, J.; Hueso Macías, A.; García Hermosa, A. y Centeno Ruano, A.J.

*Hospital General de Mérida.*

**Introducción y objetivos.** Se muestra el hallazgo casual de una bursitis del músculo ilio-psyas en un paciente de 69 años.

**Material y método.** Paciente enviado desde el servicio de digestivo para estudio de tumoración en cadera dcha descubierto como hallazgo casual mientras se realizaba estudio de colecistitis aguda. El paciente no refiere traumatismos previos y a la exploración se encontraba asintomático con respecto a la cadera dcha. Presentaba un balance articular completo e indoloro. Se plantean los diagnósticos de absceso, hematoma encapsulado, quiste sinovial y bursitis de ilio-psyas y se continúa el estudio. Pruebas complementarias: TAC: colección líquida en relación con aumento de la bursa del ilio-psyas. RMN: colección líquida a nivel del músculo psyas iliaco dcho, inmediatamente por delante de la articulación coxofemoral. Esta colección mide unos 40x75 mm en sentido longitudinal por 20 mm en sentido transversal y no se modifica tras la inyección de gadolinio endovenoso, lo cual sugiere en primer lugar una bursitis del ilio-psyas. Anatomía patológica de punción aspiración: macrófagos y material mucoide compatible con líquido sinovial.

**Resultados.** Se realiza el diagnóstico de bursitis del músculo ilio-psyas. Dada la ausencia de síntomas se decide abstinencia terapéutica y actitud expectante.

**Comentarios y conclusiones.** La relevancia de este caso radica en la potencial trascendencia de los diagnósticos barajados, los cuales requieren realización de pruebas complementarias, algunas de ellas invasivas y en la escasez de bibliografía publicada al respecto.

## CC 038

### RECAMBIO EN 2 TIEMPOS DE ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA INFECTADA: DIFICULTADES TÉCNICAS DERIVADAS DEL USO DE ESPACIADOR DE CEMENTO

Buezo Rivero, O.; Colomina Morales, J.; Oller Torruella, B.; Valera i Pertegas, M. Crusi Sererols, X. y Sancho Navarro, R.  
*Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** La infección es una grave complicación de las artroplastias de cadera, que puede presentar un gran reto para el cirujano ortopédico. En los recambios en dos tiempos, se aconseja utilizar espaciadores de cemento, aunque no están exentos de complicaciones. Presentamos un caso de dificultades técnicas debidas al uso del espaciador.

**Material y método.** Nos ocupa el caso de una paciente con un aflojamiento de artroplastia total de cadera derecha. Las pruebas complementarias evidenciaron infección por *E. coli*. Decidimos realizar recambio protésico en 2 tiempos. Durante el primer tiempo se evidenció falta de stock óseo en el fondo acetabular que presagiaba problemas con el espaciador. En los controles radiológicos observamos una protrusión intrapélvica. Durante el segundo tiempo, nos encontramos ante la imposibilidad de luxar el espaciador, por lo que nos vimos obligados a romper el cemento con un osteotomo y cortar el alma metálica con una sierra de diamantes.

**Resultados.** En el resto de la cirugía no surgieron imprevistos, por lo que realizamos una reconstrucción satisfactoria clínica y radiológicamente.

**Comentarios y conclusiones.** La cirugía de recambio protésico es de gran exigencia, especialmente cuando existe una infección subyacente. Múltiples estudios recomiendan el uso de espaciadores de cemento ya que mejoran el estado de las partes blandas de cara al segundo tiempo. Pero estos no están exentos de complicaciones: protrusiones intrapélvicas, luxaciones, fracturas periprotésicas.

## CC 039

### PSEUDOARTROSIS DE FRACTURA PERIPRÓTESICA DE FÉMUR SOBRE ARTROPLASTIA DE CADERA: SOLUCIÓN TÉCNICA

Buezo Rivero, O.; Moya Gómez, E.; Abat González, F.; Valera i Pertegas, M.; Crusi Sererols, X. y Sancho, R.  
*Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** La cirugía de revisión protésica es muy compleja, especialmente si debemos enfrentarnos a una fractura periprotésica, y más aún si esta halla en pseudoartrosis.

Presentamos un caso de tratamiento de fallo de material de osetosíntesis tras fractura periprotésica.

**Material y método.** Paciente de 64 años, sufrió fractura de fémur proximal hace 40 años tratada mediante osteosíntesis. Un año después requirió reintervención por fallo de material. Hace 30 años se realizó artroplastia total de cadera cementada. Hace 9 años presentó fractura de fémur periprotésica Vancouver B que fue tratada con placa + cerclajes. Acude a nuestro por fallo del material y pseudoartrosis de la fractura de fémur. Decidimos realizar recambio protésico y aporte de 2 injertos estructurales de cortical anclados con cerclajes.

**Resultados.** Al año postoperatorio el paciente deambula sin bastón ni dolor. En la radiología se observa integración del injerto y consolidación de la fractura.

**Comentarios y conclusiones.** Existen múltiples artículos en relación al tratamiento de las fracturas periprotésicas y sus complicaciones, pero pocos autores abordan el problema de la pseudoartrosis. En el caso que nos ocupa, creímos que una nueva osteosíntesis estaba abocada al fracaso por lo que se realizó una artroplastia de revisión y aporte de injerto estructural, con resultado satisfactorio al año postoperatorio.

## CC 040

### A PROPÓSITO DE UN CASO DE DISPLASIA DE CADERA CON OSTEONECROSIS DE CABEZA FEMORAL EN PACIENTE DE EDAD AVANZADA

Cortés Muriel, L.; Sanz, A.; Álvarez, P.; Ayerbe, F. y Rodríguez Lucas, J.C.  
*Servicio C.O.T. del Hospital San Eloy, Barakaldo (Bizkaia).*

**Introducción y objetivos.** Planificación preoperatoria para artroplastia total de cadera displásica con osteonecrosis de cabeza femoral en paciente de edad avanzada.

**Material y método.** Mujer de 82 años valorada en nuestra consulta, por gonalgia y coxalgia de dos años de evolución. Remitida de Unidad del dolor. A la exploración la articulación más dolorosa es la cadera izquierda: flexión 80°, abducción 15°, rotaciones casi nulas, acortamiento de 2 cm. Radiografía: cadera displásica con formación de neocotilo y necrosis de tercio superior de cabeza femoral. Se planifica la intervención suponiendo que será necesario el aporte de injerto atornillado al iliaco para cubrir el defecto que ha provocado el neocotilo. Se tiene preparado un anillo de soporte acetabular por si la pared del cotilo es defectuosa. Por suerte, el defecto intraoperatoriamente no es tanto como lo esperado. Permite fresado y regularización del cotilo verdadero sin necesidad de aportar injerto. Las paredes son continentes, y sin debilidad, no es necesario utilizar el anillo. Se coloca un cotilo cementado en el paleocotilo.

**Resultados.** La paciente precisaba analgesia con opiáceos y deambulación muy limitada que le había impedido salir de casa el último año, tras rehabilitación conveniente se encuentra sin dolor y deambulando.

**Comentarios y conclusiones.** No debe ser un inconveniente la edad de la paciente para plantearnos una cirugía cuando la precisa para llevar una vida autónoma. Ante una displasia de cadera siempre se debe hacer una muy buena planificación preoperatoria para poder disponer el día de la cirugía de materiales en caso de defectos esperados e inesperados.

## CC 041

### FRACTURAS POR ESTRÉS EN AMBAS CADERAS EN PACIENTE CON ANOREXIA NERVIOSA

López Sorroche, E.; Morales Sánchez, R.; Peces Gonjar, D.; de Prado López, A.; Rodríguez Echegaray, Ch. y Carpintero Benítez, P.  
*Hospital Reina Sofía. Córdoba.*

**Introducción y objetivos.** La Anorexia Nerviosa puede predisponer a la osteoporosis mediante una disfunción hipotalámica. Esta osteoporosis afecta tanto al hueso cortical como trabecular, por lo que predispone a sufrir fracturas por insuficiencia. Se presenta un caso de paciente varón afecto de Anorexia Nerviosa, y fractura de ambos cuellos femorales.

**Material y método.** Paciente varón de 27 años, afecto de Anorexia Nerviosa de varios años de evolución, que consulta por padecer dolor en ambas ingles, y claudicación en la marcha. Radiográficamente se apreciaba fractura en ambos cuellos femorales, completa en el derecho, e incompleta en el izquierdo.

**Resultados.** Fue intervenido quirúrgicamente realizándole osteosíntesis en ambas fracturas. En la revisión un año después se apreció necrosis de ambas cabezas femorales, siendo intervenido (artroplastia total de cadera).

**Comentarios y conclusiones.** Aunque la Anorexia Nerviosa es relativamente frecuente (1% de la población adolescente), existen pocas fracturas por insuficiencia descritas en pacientes que la padecen, y no hemos ninguna descrita que afecte a ambos cuellos femorales de forma simultánea. El ejercicio físico moderado puede mejorar la calidad ósea de los pacientes con trastornos alimentarios, pero hay que tener en cuenta la posibilidad de que presenten fracturas por insuficiencia

## CC 042

### AFECTACIÓN DE LA CADERA EN LA ENFERMEDAD DE ERDHEIM CHESTER

Serrano Trenas, J.A.; Rodríguez Echegaray, C.; Del Fresno Molina, J.A.; Rodríguez De Tembleque Aguilar, F.; Muñoz Reyes, F. y Carpintero Benítez, P.  
*Hospital Reina Sofía. Córdoba.*

**Introducción y objetivos.** La enfermedad de Erdheim Chester es una enfermedad muy poco frecuente, y es una Xantogranulomatosis lipoidea que tiene una afectación sistémica, y que al tejido óseo sólo suele afectarlo mediante una infiltración medular en las metafisis. Presentamos el caso de una paciente con afectación y destrucción parcial de la cabeza femoral derecha.

**Material y método.** Paciente de 29 años, diagnosticada desde hace cinco de una enfermedad de Erdheim Chester, con afectación encefálica y alteración del eje hipotálamo-hipofisario. Desde hace tres meses se queja de dolor en ingle derecha, que le impide caminar con normalidad.

**Resultados.** En la radiografía se apreció imágenes líticas con zonas de en la cabeza femoral derecha. En la gammagrafía ósea se apreció hiperca-

tación en cabeza femoral, y en las metáfisis de los miembros superiores e inferiores.

**Comentarios y conclusiones.** La enfermedad de Erdheim Chester es extremadamente rara, y su afectación ósea suele consistir en depósitos histiocitarios en la metáfisis, no obstante en casos raros la afectación puede ser lítica, parecida a la histiocitosis de Langherham.

## CC 043

### NECROSIS AVASCULAR BILATERAL SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON CORTICOIDES

López Ruiz de Salazar, A.; López Alameda, S.; Alonso Benavente, A.; Marín Guijarro, D. y Matesanz Velasco, J.  
*Hospital General de Segovia.*

**Introducción y objetivos.** La Necrosis Avascular o Necrosis Aséptica es la necrosis epifisaria más frecuente de todas y la más grave. Afecta sobre todo a varones entre 40 y 60 años, con una bilateralidad del 60%. Entre las causas más frecuentes están la fractura cervical, la luxación, la anemia falciforme, el alcoholismo y, como en este caso, la corticoterapia a dosis elevadas.

**Material y método.** Varón de 35 años con antecedentes de mielitis aguda transversa de causa viral, tratada con corticoides a dosis altas. Durante su estudio evolutivo con RMN se descubre de manera casual una alteración de la señal de la medula ósea en ambas caderas femorales, compatibles con necrosis avascular bilateral en estadio I, motivo por el que es remitido a consulta para valoración. En la exploración se observa dolor en región cadera derecha, con leve cojera. Presenta una flexo-extensión de 90°/0° y una limitación dolorosa a las rotaciones. Signos de Thomas y Trendelenburg negativos. Se interviene quirúrgicamente realizándose perforaciones percutáneas de ambas caderas, seguido de reposo en descarga de ambas extremidades durante un período aproximado de 6 meses.

**Resultados.** El paciente ha evolucionado favorablemente, consiguiendo un balance articular completo y una deambulación independiente asintomática. Radiológicamente ambas caderas mantienen la esfericidad, sin signos de colapso.

**Comentarios y conclusiones.** El diagnóstico precoz en la NAV es fundamental, siendo la RMN la prueba de elección tanto para el diagnóstico como para el pronóstico. La estrategia terapéutica varía desde el tratamiento sintomático en descarga, hasta la sustitución protésica de la articulación.

## CC 044

### APLICACIÓN DE TAC HELICOIDAL CON SUPRESIÓN METÁLICA EN CIRUGÍA DE REVISIÓN PROTÉSICA DE CADERA

Muñoz García, N.; Alonso Domínguez, S.; Cibantos Martínez, R.; Gómez Bermejo, M.A.; Polo Simón, F. y Parrón Cambero, R.  
*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.*

**Introducción y objetivos.** La planificación preoperatoria es esencial en la cirugía de revisión protésica. El incremento en la realización de las mismas ha provocado el desarrollo de técnicas para su estudio, tanto para la extensión y localización de defectos acetabulares como para valorar complicaciones protésicas. Consideramos el uso de estas técnicas necesario para obtener unos buenos resultados.

**Material y método.** Presentamos distintos casos clínicos en los que la radiología y tomografía axial computarizada (TAC) tradicional no nos aportaba toda la información necesaria para la realización de una cirugía de revisión, y utilizamos el TAC helicoidal con supresión metálica como herramienta en la planificación preoperatoria. Esta técnica ayuda a la valoración de malposiciones de implantes, estudio de osteolisis, rotura de materiales y fracturas periprotésicas.

**Resultados.** Las reconstrucciones tridimensionales con supresión metálica aportan una visión más precisa de la orientación protésica y de la osteolisis acetabular facilitando la indicación y realización del recambio protésico.

**Comentarios y conclusiones.** Las radiografías proporcionan información limitada e infraestiman las lesiones. Para determinar la extensión, localización y naturaleza de la lesión, se han buscado alternativas como el TAC, cuyo valor es limitado para analizar hueso adyacente al implante metálico. El TAC helicoidal con supresión metálica es un método accesi-

ble y preciso para determinar la extensión de osteolisis. Su utilidad puede ampliarse para el estudio de complicaciones protésicas facilitando la indicación y planificación quirúrgica.

## CC 045

### ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA EN PACIENTE CON AMPUTACIÓN SUPRAGENIANA IPSILATERAL

Faour Martí, O.; González Salvador, M.; Barrio Sanz, P.; Yagüe Solís, F.; Palencia Ercilla, J. y Zancajo Pernía, M.A.  
*Servicio De Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

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

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

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

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

## CC 046

### NECROSIS AVASCULAR BILATERAL DE CADERA. TRATAMIENTO CON DESCOMPRESIÓN Y PLASMA RICO EN PLAQUETAS.

#### A PROPÓSITO DE UN CASO

Barrio Sanz, P.; Faour Martín, O.; García Virto, V.; León Andino, A.; Hernández Ramajo, R. y Vega Castrillo, A.  
*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Introducción y objetivos.** La necrosis avascular de la cabeza femoral es frecuente en pacientes sometidos a corticoterapia. En fases iniciales, la descompresión con aporte de factores de crecimiento puede ser un tratamiento efectivo.

**Material y método.** Varón de 35 años, con sarcoidosis en tratamiento con corticoides a altas dosis. Acude a consulta por coxalgia derecha de varios meses de evolución, presentando limitación de la rotación interna. En la Rx se aprecia un patrón de osteolisis, esclerosis y quistes. La RMN muestra una necrosis avascular de ambas caderas, de predominio derecho. El diagnóstico es de necrosis avascular, estadio IIa de Ficat en cadera izquierda y IIb en la derecha. Se realiza tratamiento quirúrgico mediante perforaciones percutáneas y aporte de factores de crecimiento plaquetarios, primero en cadera derecha y después en la izquierda.

**Resultados.** Actualmente, el paciente se encuentra bien, y con mejoría en la rotación interna de la cadera derecha, que era la más afectada antes de la cirugía. En la RMN postcirugía se aprecia una disminución del área necrótica.

**Comentarios y conclusiones.** La necrosis avascular de cadera es frecuente en varones jóvenes. Se asocia a corticoterapia, relacionándose con la dosis máxima diaria. La RMN es la prueba más fiable inicialmente. La Rx es útil en fases más tardías. La descompresión de la cabeza femoral asociada o no a injerto óseo, factores de crecimiento o electroestimulación, es eficaz en fases I y II de Ficat, pero no en fases avanzadas, con extensa necrosis.

## CC 047

### INDICACIÓN LÍMITE DE PRÓTESIS DE CADERA DE RESUPERFICIALIZACIÓN

Fernández Doral, F.J.\*; Trell Lesmes, F.\*; Martínez Maside, M.\*\*; Alfaro Molero, R.\*; Merino Carretero, P.\* y García Lazaro, F.J.\*

\*Hospital de Fuenlabrada, \*\*Hospital Infanta Leonor.

**Introducción y objetivos.** Tras un primer período de fracaso en gran medida debido al uso de materiales inapropiados ha resurgido con fuerza el concepto de prótesis de resuperficialización en diversas articulaciones de las que la más habitual es la cadera. Con una adecuada selección de pacientes: buen stock óseo, no grandes deformidades, no obesidad mórbida etc, y una minuciosa técnica se consigue una resección mínima de una articulación funcional excelente y unas supervivencias a 10 ó más años tan buenas como las de prótesis convencionales. Los buenos resultados animan a potenciar su empleo.

**Material y método.** Presentamos un caso en que un varón joven que acude a Nuestra Consulta con el diagnóstico de Coxartrosis y con una severa deformidad del fémur proximal que demanda una solución. Dado lo avanzado de su artrosis se opta por un tratamiento quirúrgico, consideramos dos posibilidades: una artroplastia asociada a una osteotomía femoral o una artroplastia de superficie. Decidimos esta última por su menor agresividad y porque en caso de fracaso no compromete cirugías previas.

**Resultados.** La cirugía se llevó cabo con una prótesis tipo Durom con un componente acetabular nº 56 y uno femoral del 50. Usamos la vía posterolateral y el resultado funcional a los 2 años fue excelente.

**Comentarios y conclusiones.** La artroplastia de resuperficialización es una técnica útil en deformidades femorales que complican la inserción de vastagos convencionales.

## CC 048

### DESARTRODESIS DE CADERA, APROXIMACIONES TERAPÉUTICAS EN DIFERENTES SITUACIONES

Touza Fernández, A.; Escribano Rueda, L.; Gómez García, A.; Bau González, A.; Barthe Fernández, C. y Usoz Iraola, I. H.U. Getafe. Madrid.

**Introducción y objetivos.** En la planificación preoperatoria de la reconversión de una artrodesis de cadera a una prótesis total es importante, entre otros muchos factores, comprender la diferencia entre una anquilosis quirúrgica respecto a una anquilosis espontánea secundaria a una infección.

**Material y método.** Se presentan dos casos de desartrodesis, el primero sobre una cadera no intervenida y el segundo sobre una cadera intervenida en múltiples ocasiones. El primer caso se trata de una paciente de 59 años con anquilosis de cadera izQUIERDA secundaria a artritis séptica por *Brucella mellitensis* en la infancia en la que se realiza una PTC. El segundo caso es un varón de 71 años, con secuelas displasia del desarrollo de la cadera por tectoplastia y osteotomía de Milch, que presenta una artrodesis sobre la que se realiza artroplastia total de cadera.

**Resultados.** La primera paciente, dos años después, permanece asintomática, camina sin bastón y sin marcha en Trendelenburg. El segundo paciente, catorce meses después, presenta pseudoartrosis dolorosa de la región subtrocantérica. Treintatréis meses después de la primera intervención se realiza oteosíntesis con placa, aloinjerto estructural y cerclajes de Dall-Milles. Doce meses después se encuentra asintomático, camina con un bastón y se ha producido la incorporación parcial del injerto.

**Comentarios y conclusiones.** La desartrodesis presenta morbilidad potencial para pacientes que cuando consultan suelen tener sintomatología moderada y con frecuencia en lugar diferente a la cadera. Las indicaciones deben sentarse pensando en la situación actual, pero sobre todo, en el futuro a medio plazo.

## CC 049

### TÉCNICA DE SLOOF COMO RECAMBIO DE CADERA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Laredo Rivero, R.\*; Polo Simon, F.\*\*; Menéndez Martínez, P.\*\*; Cibantos Martínez, R.\*\*; Pajares Cabanillas, S.\*\*\* y Parrón Cambero, R.\*\*

\*Hospital Virgen De La Salud de Toledo, \*\*Hospital Virgen de La Salud, \*\*\*Hospital de Aranjuez.

**Introducción y objetivos.** La cirugía de revisión de prótesis total de cadera supone del 15% al 20% del total de la cirugía reconstructiva de la ca-

dera. En los pacientes jóvenes esto supone un reto mayor puesto que es necesario restaurar la biomecánica articular conservando el mayor stock óseo. La técnica de sloof supone una posible solución a este problema.

**Material y método.** Presentamos un caso de mujer de 32 años, intervenido de prótesis total cadera bilateral que acude a consulta por dolor en cadera izquierda. Se le realiza estudio radiográfico, TAC Y RMN, diagnosticándose como lisis acetabular tipo 3 de Paprosky. Se realiza limpieza intensa, colocación malla en el defecto acetabular, injerto triturado autólogo y cementación para colocar un nuevo cotilo.

**Resultados.** La paciente se recupera, desapareciendo el dolor y la biomecánica de la cadera.

**Comentarios y conclusiones.** La técnica de Sloof supone una alternativa interesante puesto que en los casos de gran pérdida ósea (defectos acetabulares tipo 3) en paciente joven podemos recuperar parte de esta estructura ósea, con gran estabilidad y reconstruyendo el centro de rotación de la cadera, por lo que podemos integrarla como una de las soluciones en estos casos.

## CC 050

### A PROPÓSITO DE UN CASO DE ENFERMEDAD RÁPIDAMENTE DESTRUCTIVA DE LA CADERA

Cortés Muriel, L.; Iglesias, J.J.; Álvarez, P.; Rodríguez Lucas, J.C. y Barandiarán, F.

Servicio C.O.T. del Hospital San Eloy, Barakaldo (Bizkaia).

**Introducción y objetivos.** Osteolisis masiva aguda de fémur proximal, diagnóstico diferencial.

**Material y método.** Una paciente de 81 años con antecedentes de miocardiopatía hipertensiva, insuficiencia cardíaca, edema agudo de pulmón, ACV isquémico en 2005, síndrome confusional multifactorial; es trasladada desde un centro de rehabilitación a nuestro Hospital por coxalgia izquierda, tras apreciar en la radiografía desaparición de cabeza y cuello femoral. En 2002 había sido estudiada por coxalgia izquierda, presentando radiográficamente coxartrosis incipiente. En un primer momento se pensó en la enfermedad de Gorham (Osteolisis por angiomas ósea). La TAC revela destrucción total de la cabeza femoral con ocupación de espacio articular por restos fibróticos, trocánter mayor indemne. La RMN es informada como: no identificación de cabeza femoral, subluxación secundaria femoral, no tumoraciones asociadas. Trocánter mayor, menor, isquion, ilion y rama pubiana normales. Derrame sin artritis séptica. Fémur sin morfología en pico que sugiera enfermedad de Gorham, ni evidencia de hemangioma o linfangioma.

**Resultados.** Los hallazgos radiológicos son altamente sugestivos de enfermedad rápidamente destructiva de la cadera, descartándose la enfermedad de Gorham. La paciente sufre nuevo ACV y fallece al cabo de pocos días del ingreso, no permitiendo realizar un estudio más completo. Las serologías son negativas.

**Comentarios y conclusiones.** El diagnóstico diferencial en la etiología de la enfermedad rápidamente destructiva de la cadera incluye: necrosis isquémica de cabeza femoral, enfermedades metabólicas y por depósito de cristales, enfermedad neurológica, enfermedad infecciosa, patología tumoral y proceso inflamatorio-reumático. Ante los antecedentes de nuestra paciente concluimos que la etiología más probable es el cuadro clínico neurológico.

## CC 051

### ARTROPLASTIA BILATERAL DE CADERA EN UN MISMO ACTO QUIRÚRGICO. NUESTRA EXPERIENCIA

López Pliego, E.M.; Chacón Cartaya, S.; Moreno Domínguez, R.; Ribera Zabalbeascoa, J.; Lázaro González, A. y del Río Arteaga, M.

Hospital de Rehabilitación y Traumatología. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío (Sevilla).

**Introducción y objetivos.** La realización en un mismo acto quirúrgico de una Artroplastia Bilateral de Cadera (ABC) ha supuesto un gesto sometido a polémica en la literatura. Sin embargo, con indicaciones precisas, en pacientes bien controlados, muestra una serie de ventajas significativas.

**Material y método.** Se desarrolla un protocolo de revisión aplicado a 5 pacientes (3 mujeres y 2 hombres) con una edad media de 31 años (17-38), y un seguimiento medio de 25 meses (6-72 meses), operados por el mismo cirujano de nuestra Unidad de Cadera. Se realiza un estu-

dio descriptivo epidemiológico (antecedentes personales, tratamientos, ASA, etc.), un análisis intraoperatorio (orden de intervención, uso de dos instrumentales, tiempos totales, tiempo por cadera y entre ambas, complicaciones, etc.), así como una revisión postoperatoria inmediata (necesidad o no de transfusión, complicaciones de las heridas quirúrgicas, estancia hospitalaria, inicio de la carga, pauta de la misma, etc.), y de las sucesivas consultas (necesidad o no de rehabilitación, independencia de material ortopédico, Harris sucesivos, nivel de satisfacción, complicaciones tardías, etc.).

**Resultados.** Favorables en todos los casos.

**Comentarios y conclusiones.** Consideramos que pese a tener una casuística mínima, el nivel de satisfacción y la calidad funcional conseguida en este grupo escogido de pacientes hace de la ABC en un mismo acto quirúrgico un gesto seguro con ventajas significativas para estos enfermos.

## CC 052

### ANILLOS ANTIPROTUSIO + ALOINJERTOS ESTRUCTURALES EN DEFECTOS TIPO III PAPROSKY. PRESENTACIÓN DE 11 CASOS

Chacón Cartaya, S.; López Pliego, M.; Moreno Domínguez, R.; Del Río Arteaga, M.; Moleón Camacho, M. y Andrés Martínez, M.  
*Hospital Virgen Del Rocío, Sevilla.*

**Introducción y objetivos.** El gran desafío de la cirugía de rescate acetabular lo constituyen el tratamiento de los defectos óseos. La supervivencia actual de los implantes se ve limitada fundamentalmente por el fracaso de fijación del componente acetabular provocado por la osteólisis. La clasificación del defecto acetabular puede ayudar en la evaluación preoperatoria de pérdida de hueso, no sólo como valoración de la localización y la severidad de la pérdida ósea sino también como guía para la elección del tratamiento quirúrgico.

**Material y método.** Se presentan 11 casos con defectos tipo III Paprosky (defecto 30-50% cotilo) tratados mediante aloinjerto estructural de condilo femoral tallado + anillos antiprotusio.

**Resultados.** Tras un seguimiento medio de 32 meses (6-72 meses), el 73% están asintomáticos y con cojera moderada. No ha existido ningún caso de revisión del implante.

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

## CC 053

### LUXACIÓN BILATERAL ASIMÉTRICA DE CADERA

Rodríguez Paz, S.; Fernández Noguera, N.; Vañó Pujol, A.; Noriego Muñoz, D.; González, R. y Fonseca Malloll, F.  
*Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta.*

**Introducción y objetivos.** Las luxaciones traumáticas de cadera representan el 2-5% de todas las luxaciones, siendo la posterior la más frecuente (9:1). Se producen en accidentes de alta energía con mecanismos de producción bien conocidos: la luxación posterior por impacto directo en la rodilla con la cadera en flexión, y la luxación anterior con la cadera en abducción y extensión.

**Material y método.** Paciente varón de 55 años atropellado, que refiere únicamente dolor intenso a nivel de pelvis y raíces de los miembros. Presenta impotencia funcional de las dos extremidades inferiores con deformidad de las dos caderas: flexión aducción y rotación interna de la pierna izquierda y flexión, abducción y rotación externa de la derecha. Perfusion distal correcta sin déficit neurológico aparente. El TAC abdominopélvico realizado de urgencia evidencia luxación bilateral asimétrica de las articulaciones coxofemorales: luxación anteroinferior de la cadera derecha (posición obturatriz) y luxación posterior de la cadera izquierda (posición retrocotiloidea). Se practica reducción cerrada de las luxaciones bajo control escópico antes de las 6 horas, siendo las caderas estables. Se colocan tracciones transequeléticas bilaterales con 6 Kg de peso. La radiografía de control confirma la reducción concéntrica de ambas caderas y la inexistencia de fragmentos intrarticulares.

**Resultados.** Al tercer día de evolución inicia intolerancia a la tracción transequelética derecha que se acaba retirando a los 3 días. Una sema-

na más tarde inicia intolerancia a la otra tracción siendo también retirada. Tras 2 semanas de reposo se inicia rehabilitación con movilizaciones pasivas, tolerando a la tercera semana la bipedestación y iniciando la deambulacion asistida y a la sexta semana la carga total. A los 18 meses postraumatismo se encuentran sin signos de necrosis avascular de las cabezas femorales.

**Comentarios y conclusiones.** Las luxaciones de cadera representan una urgencia traumatológica debido a que la reducción de forma precoz disminuye la tasa de aparición de necrosis avascular de la cabeza femoral (0-10% si retardo inferior a 6 horas, 50-60% si más de 12 horas). No hay estudios que demuestren que largos períodos de reposos o colocación de tracciones postreducción reporten una tasa inferior de necrosis avascular ni la aparición de coxartrosis (complicación tardía más frecuente).

## CC 054

### DESCRIPCIÓN DE LAS 25 PRIMERAS ARTROSCOPIAS DE CADERA DE NUESTRA UNIDAD

Moreno Domínguez, R.; Chacón Cartaya, S.; López Pliego, E.M.; Andrés Martínez, M.; Barrena Sánchez, P. y Ribera Zabalbeascoa, J.  
*Hospitales Universitarios Virgen del Rocío.*

**Introducción y objetivos.** En los últimos años se ha producido un gran avance tanto en el conocimiento, como en el manejo de la patología intra y periarticular de cadera. Ello ha propiciado que la artroscopia de cadera asuma un rol cada vez más importante como método diagnóstico y terapéutico en esta patología, consiguiendo resultados óptimos con un escaso índice de complicaciones.

**Material y método.** Aportamos un protocolo de recogida de datos, realizado por nuestra propia unidad de cadera, que aplicamos a los 25 primeros pacientes sometidos a artroscopia de cadera en nuestro servicio. En él recogemos datos de carácter epidemiológico, la indicación con la que se sometió a la misma, datos intraoperatorios y hallazgos casuales de interés.

**Resultados.** Los resultados obtenidos muestran el beneficio de la técnica en cuanto a reducción de tiempo de hospitalización y complicaciones postquirúrgicas, con un resultado funcional óptimo.

**Comentarios y conclusiones.** La artroscopia de cadera está llamada a convertirse en una técnica de, cada vez, mayor relevancia para la patología periarticular de cadera y su campo de intervención irá progresivamente en aumento. Futuros estudios tendrán que ser desarrollados, tanto para determinar la evolución, como para aumentar la serie de individuos estudiados.

## CC 055

### NECROSIS AVASCULAR EN PACIENTE QUE SUFRIÓ UNA FRACTURA DE ACETÁBULO

Fernández González, T.\*; Zabala Llerandi, J.\*; González Bedía, M.\*\*; Aguado Hernández, H.\*\* y Arias Martín, F.\*  
*\*Hospital de León, \*\*Hospital de Palencia.*

**Introducción y objetivos.** : La necrosis avascular (NAV) es un proceso patológico provocado por el déficit de aporte sanguíneo adecuado a la cabeza femoral. Afecta principalmente a hombres entre 20-50 años. Las causas se pueden dividir en traumáticas y no traumáticas. Clínicamente suele presentarse como dolor inguinal con limitación progresiva de la movilidad.

**Material y método.** Presentamos el caso de un paciente de 39 años que sufrió un accidente de tráfico con el resultado de fractura de la columna posterior del acetábulo y con antecedente de obesidad. Se intervino quirúrgicamente procediéndose a síntesis de la fractura mediante placa de reconstrucción. En el postoperatorio inmediato se produjo una pérdida de la reducción, precisando nueva intervención quirúrgica. A los pocos meses se observa colapso de la cabeza femoral, estableciéndose en el primer año una necrosis de toda la cabeza femoral muy sintomática que precisó de la implantación de una artroplastia total de cadera.

**Resultados.** Cuatro meses después el paciente deambula sin bastones, sin precisar tratamiento analgésico.

**Comentarios y conclusiones.** La NAV quizás sea la complicación más frecuente y grave. La magnitud del daño de partes blandas peri-articulares (cápsula, ligamentos, etc.), la falta de una adecuada inmovilización prolongada post-reducción, intervenciones quirúrgicas para practicar osteosíntesis de fractura cotiloidea, son otros tantos factores de riesgo de necrosis avascular de la cabeza femoral.

## CC 056

### PRÓTESIS DE SUPERFICIE COMO ALTERNATIVA A LA PRÓTESIS TOTAL DE CADERA EN DEFORMIDADES METAFISODIAFIARIAS DE FÉMUR PROXIMAL

Aguilar García, M.; Azorín Zafrilla, L.; Hernández Martínez, A.; Llata Salles, J.; Fernández Bautista, A. y Nardi Vilardaga, J.  
*Hospital de Traumatología Vall d'hebron. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** Las deformidades extra-articulares en fémur proximal constituyen una dificultad técnica importante a la hora de realizar una prótesis total de cadera con vástago endomedular. La prótesis de superficie se presenta como una alternativa que evita la realización de osteotomías femorales para realinear el canal femoral.

**Material y método.** Se presenta el caso de un varón de 42 años con Coxartrosis Izquierda con antecedente de Osteotomía Valguizante. El estudio radiológico muestra un ángulo cervico-diafisario de 130° con desestructuración de la parte metafisaria. Debido a las posibles dificultades en el asentamiento metafisario de una Prótesis Total de Cadera, se opta por implantar una Prótesis de Superficie.

**Resultados.** El paciente es dado de alta 8 días tras la intervención, no refiere dolor y deambula correctamente con 2 bastones. Es seguido en CCEE durante 15 meses, se muestra asintomático y presenta un balance articular con escasas limitaciones.

**Comentarios y conclusiones.** La Prótesis de Superficie resulta una opción muy beneficiosa para pacientes con deformidades en fémur proximal por su menor agresión a nivel óseo y la ausencia de fresado Metafiso-Diafisario. Esta opción es más cómoda y asequible que otras como realizar prótesis a medida o prótesis que precisen osteotomías asociadas.

## CC 057

### ARTROPLASTIA EN LA CADERA DISPLÁSICA

Benito Castillo, D.; Palau Sanz, E.; García Portabella, M.; Massons Albareda, J.; Matellanes Higuera, J.; Pedemonte Jansana, J.; Nardi Vilardaga, J.; Casero, J. y Olay, M.J.  
*Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas del húmero proximal son las segundas en frecuencia en la extremidad superior, y las terceras tras el radio distal y la cadera en los mayores de 65 años. Aunque la gran mayoría se tratan de forma conservadora, aproximadamente un 20% se pueden beneficiar de un tratamiento quirúrgico. Múltiples técnicas están descritas, suturas transóseas, agujas percutáneas, enclavado endomedular, placas, hemiartroplastia. Desde la aparición de las placas de estabilidad angular su uso ha ido creciendo; el propósito de este estudio es revisar sus resultados.

**Material y método.** Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo de las fracturas de húmero proximal sintetizadas mediante placa Philos (Synthes®) desde 2002 a 2008 en nuestro hospital. Se ha usado en todos los casos un abordaje deltopectoral. Pauta de rehabilitación postoperatoria precoz.

**Resultados.** Hemos valorado en todos los casos el resultado radiológico al final del seguimiento, obteniendo una correcta reducción y congruencia gleno-humeral en la gran mayoría de los casos. Asimismo, hemos valorado el resultado funcional mediante la escala de Constant.

**Comentarios y conclusiones.** Las placas de estabilidad angular nos permiten obtener una reducción anatómica con una fijación estable e iniciar una rehabilitación precoz. Los resultados son comparables con las series publicadas, pero es importante una buena indicación, los resultados difieren en función del tipo de fractura y de la edad y calidad ósea del paciente. Es importante no desperdiciar en exceso y preservar la rama ascendente de la arteria circunfleja humeral anterior.

## CC 058

### REVISIÓN RETROSPECTIVA DE ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA CON PAR CERÁMICA-CERÁMICA EN PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS

Martí Cabré, X.; De La Calle Martínez, C.; Calafat Sard, J. y Del Río Mangada, A.  
*Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca.*

**Introducción y objetivos.** Los recambios articulares en pacientes jóvenes deben ser capaces de soportar una vida más activa y tener una vida más

larga que en pacientes más ancianos. Por estos motivos se han desarrollado pares de fricción orientados a disminuir el desgaste en la artroplastia total de cadera

**Material y método.** Presentamos una serie retrospectiva de 30 pacientes intervenidos de PTC en nuestro hospital con la prótesis Cerafit-Multico-ne/HAC no cementada y de par cerámica-cerámica.

**Resultados.** La supervivencia global de los implantes ha sido del 90%, siendo la supervivencia de los vástagos del 100% (ninguna revisión por aflojamiento), y la de los cotilos del 97% (1 revisión por aflojamiento aséptico). Como complicaciones hemos tenido 6,7% de infecciones (2 casos que precisaron recambio en dos tiempos); 3,3% de luxaciones (1 caso que no requirió reintervención), 0% de chirrido (squeaking) y 0% de fracturas del inserto.

**Comentarios y conclusiones.** La artroplastia total de cadera con par cerámica-cerámica en personas menores de 50 años ofrece buenos resultados a corto plazo.

## CC 059

### ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA EN ENANISMO ACONDROPLÁSICO

Valdazo Rojo, M.; Flores Mut, J.A.; Flores D'Alessandro, G.; García De León, A. y Sanz Hernández, J.  
*Hospital General de Villarrobledo.*

**Introducción y objetivos.** Paciente diagnosticada clínicamente de enanismo acondroplásico que consulta por coxalgia derecha incapacitante. Se plantea artroplastia total de cadera para aliviar el dolor y ayudar a la deambulación, teniendo en cuenta las limitaciones ocasionadas por el resto de las articulaciones de sus miembros inferiores.

**Material y método.** Paciente de 50 años, 144 cm y 82 kg (IMC 39,5). Morfotipo ortopédico no correspondiente con el habitual en la acondroplasia, ya que presenta subluxación bilateral de caderas en estadio I de Crowe, antetorsión femoral bilateral con luxación externa inveterada de ambas rótulas y pies zambos equinovaros intervenidos en 1976 y 1981; con apoyo exclusivo en antepié en el momento actual. No revisiones ortopédicas desde 1981.

**Resultados.** Se realiza una vía pósterolateral, colocando un suplemento súperolateral cementado y un cotilo de doble movilidad con técnica de medialización e injerto óseo en trasfondo. No se coloca injerto estructural súper-lateral. El componente femoral es también dificultoso, dado que la paciente presenta una importante antetorsión femoral además de obesidad; con el consiguiente aumento de riesgo de perforación de la cortical. Se utilizó un vástago no cementado con offset lateralizado. Se obtuvieron radiografías AP y laterales postoperatorias. Se consigue un alivio inmediato del dolor (EAV 2) con capacidad para la bipedestación.

**Comentarios y conclusiones.** Los diagnósticos clínicos sobre síndromes poco frecuentes han de hacerse con cautela en la consulta. La precisión diagnóstica tiene como finalidad un planteamiento terapéutico global con una adecuada secuencia; así como poder proporcionar un seguimiento y pronóstico para cada paciente.

## CC 060

### ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LOS IMPLANTES DE METAL TRABECULAR EN RECAMBIOS DE COTILO

De La Calle Martínez, C.; Martí Cabré, X.; Calafat Sard, J. y Martínez Muñoz, M.  
*Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca.*

**Introducción y objetivos.** Los componentes acetabulares no cementados se asocian con una incidencia no despreciable de desgaste del polietileno y osteolisis secundaria. Los factores más importantes para la supervivencia a largo plazo de las prótesis no cementadas es la fijación inicial del implante, sus propiedades osteoconductoras y la respuesta ósea. Los compuestos acetabulares de tantalio pueden mejorar la durabilidad y estabilidad de las artroplastias de cadera

**Material y método.** Presentamos una serie retrospectiva de 35 pacientes intervenidos de cirugía de revisión de cadera en nuestro hospital con implantes acetabular de metal trabecular.

**Resultados.** La edad media de los pacientes es de 65 años (rango, 39-83 años). El seguimiento medio es de 2 años (rango, 1-4 años). La supervivencia global de los implantes ha sido del 100%. Como complicaciones hemos tenido 2,8% de infecciones (1 caso que precisó recambio en dos

tiempos); 2,8% de luxaciones (1 caso que no requirió reintervención), 5,6% de fracturas peroprotésicas (2 casos que precisaron osteosíntesis) y 2,8% de pseudoartrosis de trocánter mayor

**Comentarios y conclusiones.** La cirugía de revisión de cadera con componente acetabular de trabecular metal ofrece buenos resultados a corto plazo

## CC 061

### COXALGIA CRÓNICA REAGUDIZADA. LA IMPORTANCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

Riñón Giraldo, R.A.; Fernández Barriales, J.R.; Ibáñez Martín, L.I. y García Quevedo, L.A.

*Médicos adjuntos de Hospital Xeral-Calde Lugo. Hospital Xeral-Calde Lugo.*

**Introducción y objetivos.** La Enfermedad Metastásica de Cadera es más frecuente en el sexo femenino. El origen pulmonar es el segundo en frecuencia, produciendo lesiones osteolíticas y siendo metástasis únicas. La forma de presentación más frecuente es el dolor seguido de fractura patológica.

**Material y método.** Presentamos una paciente con un cuadro de coxalgia izquierda de larga evolución etiquetada como degenerativa recibiendo tratamiento con infiltraciones con triamcinolona acetónido. Se presenta en nuestro centro con un cuadro de coxalgia izquierda reagudizada y cuadro respiratorio con tos y expectoración acompañados de síndrome tóxico. En el estudio de su patología se filia masa pulmonar con metástasis única supraacetabular izquierda. Tras valorar el caso se decide intervención quirúrgica paliativa con exéresis de masa, curetage de cavidad, lavado y secado de la misma y cementación cavitaria apoyada de osteosíntesis con agujas.

**Resultados.** Traumatológicamente la paciente presenta evolución favorable con control de su clínica álgica y carga progresiva correctamente tolerada a partir de las 5 semanas, completa e indolora a las 10. El pronóstico vital continúa siendo desfavorable bajo control del Servicio de Oncología.

**Comentarios y conclusiones.** El tratamiento más efectivo es la Cirugía asociada a Quimioterapia y/o Radioterapia aunque se debe individualizar cada caso atendiendo al pronóstico vital, evitando procedimientos agresivos y/o de postoperatorio prolongado en casos de expectativa de vida más baja. Es importante discernir la necesidad de realizar Cirugía (Parrish y Muria-1981), y el riesgo de fractura patológica (Mirels-1989). Es necesaria la valoración y seguimiento por Servicio de Oncología y valorar QT y/o RT concomitante.

## CC 062

### EMPLEO DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL MASIVO EN DEFECTOS TIPO III DE PAPROSKY: TÉCNICA DE PREPARACIÓN Y RESULTADOS

López Pliego, E.M.; Chacón Cartaya, S.; Moreno Domínguez, R.; Moleón Camacho, M.A.; del Río Arteaga, M. y Lázaro González, A.

*Hospital de Rehabilitación y Traumatología. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío (Sevilla).*

**Introducción y objetivos.** Presentamos la técnica de preparación de aloinjertos estructurales masivos usada por en nuestra Unidad de Cadera, considerándola original. El fundamento de la misma, es facilitar el tallado de un injerto estructurado masivo, a partir de condílos femorales o tibia proximal, en caso de defectos óseos acetabulares (Tumores, Prótesis totales movilizadas, etc.). Se describe la técnica quirúrgica y la casuística en 11 pacientes portadores de pérdida ósea severa.

**Material y método.** Para la ejecución de la técnica es preciso disponer de un Aloinjerto de una pieza (condílos femorales o tibia proximal) tratado con Vancomicina, tornillo de carpintero, Pie de Rey y rotulador para dibujar el defecto. Describimos detalladamente los distintos pasos a seguir, desde la extracción del condilo movilizado, pasando por la medición del defecto, y el tallado y colocación del aloinjerto.

**Resultados.** Presentamos los resultados en 11 pacientes, con defectos acetabulares graves (9 IIIA/IIIB Paprosky, 2 discontinuidad pélvica), usándose la técnica descrita en el 72,7% de los casos. Tras un seguimiento medio de 31,45 meses, en 10/11 casos el implante aparece estable y en 9/10 el injerto está integrado, sin signos de migración, sin radiolucencias continuas, ni rotura o suelta de ningún tornillo.

**Comentarios y conclusiones.** Las pérdidas óseas acetabulares tipo III son de difícil solución. Al ser el soporte óseo deficitario, las soluciones que

prescinden de aporte óseo no son recomendables. La técnica descrita, de moderada dificultad, mejora el contacto Hueso Receptor – Aloinjerto, consiguiendo una excelente fijación primaria y aumentando la posibilidad de incorporación de estos aloinjertos.

## CC 063

### ESTUDIO DEL REMODELADO ÓSEO FEMORAL EN LA ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA CON VÁSTAGO ANATÓMICO

Roche Albergo, A.; Joven Aliaga, E.; Iglesias Aparicio, D.A.; Lobo Escolar, A.; Rebollo González, S. y Herrera Rodríguez, A.  
*Hospital Universitario Miguel Servet.*

**Introducción y objetivos.** La artroplastia de cadera supone una nueva situación biomecánica que condiciona unos cambios remodelativos en el fémur de acuerdo a la ley de Wolff. El hueso reacciona ante esta nueva situación y así surge el concepto de "remodelado periprotésico adaptativo", actualmente estudiado mediante técnicas densitométricas.

**Material y método.** Estudio prospectivo de seguimiento de una cohorte de 70 pacientes intervenidos entre enero de 2005 y julio de 2007, a los que se implantó una prótesis total de cadera cementada ABG de vástago anatómico, tomando como cohorte control la cadera contralateral de cada paciente. Además de diferentes parámetros clínicos, se realizó un estudio densitométrico de las 7 regiones descritas por Gruen de forma preoperatoria, a los 3, 6 y 12 meses postoperatorios.

**Resultados.** A los 3 meses, se apreció un descenso en todas las áreas que iba del 16% en el área 2 al 7,5% en el área 4 A los 6 meses, se apreció una recuperación progresiva en todas las áreas excepto en el área 7, que acumulaba una pérdida del 26,3%. A los 12 meses, todas las áreas presentaban descensos respecto de la densitometría preoperatoria pero, salvo en el área 7 que tenía una pérdida del 23,8%, el resto de los descensos eran poco acusados.

**Comentarios y conclusiones.** La densidad de masa ósea de los pacientes está condicionada fundamentalmente por el género. En el sexo femenino la DMO media es significativamente menor en las dos caderas analizadas. Sin embargo, es en el varón donde se observó un descenso más significativo de la DMO al comparar ambas caderas.

## CC 064

### PROTOCOLO PREOPERATORIO DE RECOGIDA DE DATOS PARA PATOLOGÍA DISPLÁSICA COXOFEMORAL NO ARTRÓSICA

López Pliego, E.M.; Moreno Domínguez, R.; Chacón Cartaya, S.; Lázaro González, A.; Andrés Martínez, M. y Ribera Zabalbeascoa, J.  
*Hospital de Rehabilitación y Traumatología. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío (Sevilla).*

**Introducción y objetivos.** El objetivo de la presente comunicación es mostrar el protocolo de recogida de datos desarrollado en nuestra Unidad para procurar conseguir la mejor orientación posible, tanto diagnóstica como terapéutica, en aquellos pacientes que vayan a ser intervenidos por un proceso displásico coxofemoral no artrósico (atrapamiento femoroacetabular, displasia femoral o acetabular).

**Material y método.** El protocolo consta de los siguientes puntos: 1- Clínica del paciente: Escala de Cadera no Artrósica (NAHS) y de Harris. 2- Análisis descriptivo exhaustivo de la exploración: puntos de dolor, maniobras de impingement anterior, posterior, maniobra de Pace, de resalte de psaos, etc. 3- Análisis descriptivo exhaustivo radiológico. 4- Aportaciones al diagnóstico o tratamiento de la TAC. 5- Aportaciones al diagnóstico o tratamiento de la RNM. 6- Existe un espacio para establecer la conclusión diagnóstica y cuáles deben ser las actitudes a desarrollar durante la cirugía. 7- Hoja de resultados operatoria: desarrollada en detalle para técnica abierta o artroscópica en caso de impingement. Se aporta Hoja con Método Geográfico de descripción de lesiones.

**Resultados.** En todos los casos hemos obtenido una orientación diagnóstica satisfactoria, facilitando la planificación del tratamiento más adecuado individualizado para cada paciente.

**Comentarios y conclusiones.** Pensamos que el Protocolo desarrollado permite orientar de forma exhaustiva de cada caso de esta patología, con la intención de conseguir el mejor resultado clínico posible, y que su análisis posterior permita extraer datos significativos que nos ayuden a evolucionar en este campo de la cirugía coxofemoral.

## CC 065

### EVALUACIÓN CLINICORRADIOLÓGICA DEL COTILO MONOBLOQUE DE TANTALIO

Espina Flores, I.; Neira Borrajo, I.; Pérez Moro, O. y Llopis Miró, R.  
*Hospital Universitario Santa Cristina, Madrid.*

**Introducción y objetivos.** La osteolisis periprotésica es la principal complicación a largo plazo de la artroplastia total de cadera. La osteolisis, que puede generar grandes defectos periprotésicos, suele cursar sin síntomas clínicos, de ahí la importancia de las revisiones periódicas. El objetivo de este estudio es la evaluación clinicorradiológica de los cotilos elípticos monobloque de tantalio operados en nuestro hospital

**Material y método.** Presentamos nuestra experiencia desde 2000 hasta 2008. Se analizaron: modelo y tipo de cotilo, diámetros de la última fresa y del implante definitivo, tiempo de hospitalización, complicaciones, evolución posterior, necesidad de cirugía de revisión y grado de satisfacción del paciente. En radiología se valoraron: líneas radiolucidas u osteolisis, osificación heterotópica y orientación, cobertura y migración del cotilo. La valoración clínica se hizo utilizando el Harris Hip Score.

**Resultados.** Se han intervenido 521 ATC. En todos los pacientes se utilizó un cotilo elíptico monobloque de tantalio. Las indicaciones quirúrgicas fueron la artrosis, la displasia y la necrosis avascular. El abordaje en todos los casos ha sido el posterior. Durante el ingreso todos los pacientes siguieron la vía clínica establecida en nuestro hospital para ATC. Todos los pacientes fueron revisados a las 2 semanas, al mes, a los tres, a los seis y al año de la cirugía. Posteriormente revisiones anuales hasta la actualidad.

**Comentarios y conclusiones.** La utilización de este tipo de cotilos consigue buenos resultados tanto clínicos como radiológicos a medio plazo, siendo una opción a considerar en la artroplastia primaria de cadera.

## CC 066

### ALOINJERTO HTH EN LAS LUXACIONES RECURRENTES DE ARTROPLASTIA DE CADERA

Pérez González, J.L.\*; González González, D.\*\*; Rizo De Álvaro, B.\*\*; Luque Pérez, R.\*\*; Muiña Rullan, R.\*\* y Puente Lozano, A.\*\*  
*\*Hospital Clínico San Carlos de Madrid, \*\*HCSC.*

**Introducción y objetivos.** Existen variedad de tratamientos para las luxaciones recurrentes de cadera después de la artroplastia primaria, suponiendo un reto para el cirujano. Dentro de ellos se presenta un caso tratado con aloinjerto HTH con la finalidad de limitar la rotación interna y la inestabilidad posterior después de fallidas reintervenciones.

**Material y método.** Mujer intervenida en 2004 de artroplastia primaria de cadera por coxartrosis. Desde entonces sufre episodios repetidos de inestabilidad posterior de cadera, por lo que es intervenida en múltiples ocasiones, la última en 2007, momento en el que se implanta un anillo press-fit recubierto de Tantalio con polietileno constreñido. En Diciembre 2008, ante un nuevo episodio de luxación se procede a la revisión quirúrgica utilizando aloinjerto HTH de Banco de huesos implantándolo entre la tuberosidad isquiática y el macizo trocántereo para conferir estabilidad.

**Resultados.** La paciente comenzó la deambulación con dos apoyos a las 72 horas, desde entonces se han seguido revisiones periódicas en la Unidad de Prótesis sin incidencia alguna. La paciente realiza las actividades de la vida diaria de manera independiente.

**Comentarios y conclusiones.** Se presenta un caso de luxación posterior recurrente de artroplastia de cadera en la que se muestra la utilidad que puede tener la técnica con aloinjerto HTH en la cirugía de inestabilidad de cadera.

## CC 067

### FRACTURA PERI-PROTÉSICA EN PACIENTE CON HEMIARTROPLASTIA DE CADERA Y REPTR IPSI-LATERAL

Aguilar García, M.; Barastegui Fernández, D.; Casaccia DiStefano, M.; Batalla Gurra, Ll.; Teixidor Serra, J. y Nardi Villardaga, J.  
*Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** Se expone un caso tratado recientemente en el servicio de Traumatología. Se trata de un caso singular por su dificultad quirúrgica al ser un paciente con múltiples intervenciones previas en la extremidad afectada.

**Material y método.** Paciente de 85 años (con antecedentes de Hemiartroplastia de A. Moore y RePTR en pierna izquierda) que sufre caída casual. Acude a Urgencias con dolor e impotencia funcional en la pierna. Por estudio radiológico se diagnostica de fractura peri-protésica A. Moore tipo Vancouver B1. Ingresa para tratamiento quirúrgico (según algoritmo de Duncan). Pasados 8 días (antecedente de ACxFA en tratamiento con Sintrom) se lleva a cabo IQ con abordaje lateral al fémur y osteosíntesis con placa Dall-Milles y cerclajes.

**Resultados.** A los 10 días de estancia post-quirúrgica el paciente es dado de Alta después de iniciar movilización pasiva en tratamiento con fisioterapia y buena tolerancia de sedestación. Se pauta descarga total de la extremidad. Algias bien controladas.

**Comentarios y conclusiones.** Una fractura peri-protésica en presencia de Prótesis de Cadera y Prótesis de Rodilla es de tratamiento complejo. Precisa valoración individualizada de cada paciente, con atención a la estabilidad de los componentes y de la calidad del hueso remanente para decidir el tratamiento definitivo más apropiado.

#### Bibliografía.

Sandhu R, Avramidis K, Johnson-Nurse C. Dall-Miles cable and plate fixation system in the treatment of periprosthetic femoral fractures: a review of 20 cases. *Journal of Orthopedic Surgery* 2005;13(3):259-266.  
Tadross TS, Nanu AM, Buchanan MJ, Checketts RG. Dall-Miles plating for periprosthetic B1 fractures of the femur. *J Arthroplasty*. 2000 Jan;15(1):47-51.  
Urch SE, Moskal JT. Simultaneous ipsilateral revision total hip arthroplasty and revision total knee arthroplasty with entire femoral allograft. *J Arthroplasty* 1998;13(7):833-836.  
Courpied JP, Watin-Augouard L, Postel M. Fractures du femur chez les sujets porteurs de prothèses de hanche ou de genou. *Int Orthop* 1987; 11:109-115.

## CC 068

### PSEUDOARTROSIS EN FRACTURA DE CADERA TRAS ENCLAVADO ENDER

Peralta Molero, J.V.; García De León, M.A.; Vergara Ferrer, A.; Martínez Melian, I.; Escobar Antón, D. y Guijarro Galiano, J.M.  
*Hospital Severo Ochoa.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas de cadera pertrocantéreas requieren en la mayoría de los casos reducción y síntesis, y los clavos elásticos no migratorios de ENDER, pese a ser un tipo de síntesis denostado por muchos, ofrecen resultados funcionales aceptables en algunas indicaciones.

**Material y método.** Presentamos el caso de una paciente de 78 años que acude a la Urgencia por fractura de cadera derecha. Al realizar las pruebas radiológicas de rigor, encontramos una pseudoartrosis de la cadera contralateral operada de otra fractura pertrocantérea tiempo atrás.

**Resultados.** Al ser la pseudoartrosis totalmente asintomática, y la paciente presentar una buena calidad de vida previa a la nueva fractura, se decide tratamiento conservador de la pseudoartrosis, y centrar el tratamiento en la reducción y síntesis de la fractura reciente.

**Comentarios y conclusiones.** Por un lado el enclavado Ender es una alternativa real, que ofrece, a día de hoy una buena alternativa económico-funcional en determinados pacientes, por otro lado la pseudoartrosis de cadera cuando se presenta asintomática y funcionalmente estable, no requiere un tratamiento específico, salvo el seguimiento correspondiente.

## CC 069

### LA INFILTRACIÓN PERIARTICULAR EN PTC. ¿MEJORA LO RESULTADOS?

García Benítez, B.\*; Cintado Avilés, M.\*\* y Baquero Garces, F.\*\*  
*\*H. San Juan De Dios Del Aljarafe, \*\*Hsjd Del Aljarafe.*

**Introducción y objetivos.** Uno de los factores en la recuperación tras una artroplastia total de cadera es el mejor control de la analgesia en el postoperatorio. La introducción de nuevas técnicas analgésicas ha permitido una movilización y carga precoz. Dentro de estas técnicas se encuentra la infiltración de un combinado analgésico antes del cierre de la intervención.

**Material y método.** Realizamos estudio retrospectivo comparando 65 PTC intervenidas una vez instaurado el protocolo de infiltración peri articular con 65 PTC intervenidas antes de la instauración de dicho protocolo. Se evaluó el dolor con escala analógico-visual en los días de post-



peratorio, la movilidad postoperatoria, el inicio de carga, la estancia media, las complicaciones intrahospitalarias y la tasa de infección.

**Resultados.** La estancia media quirúrgica pasó de 5.48 a 4,62 días. Hubo una reducción estadísticamente significativa en la evaluación del dolor postoperatorio, una mejora en la movilidad inicial (que se iguala a los tres meses de la intervención), inicio de carga más precoz con la infiltración, no hubo aumento de las complicaciones de la herida quirúrgica ni aumento en la tasa de infecciones.

**Comentarios y conclusiones.** Creemos que la utilización de infiltración periarticular mejora el control del dolor tras una artroplastia total de cadera con mejora de la estancia media

## CC 070

### FRACTURA PERIPROTÉSICA DE CADERA TRAS ARTROPLASTIA PARCIAL POR FRACTURA TRANSCERVICAL

López Ruiz de Salazar, A.; Alonso Benavente, A.; López Alameda, S.; Cermeño Pedrosa, R.; Marín Guijarro, D. y Casal Grau, R.  
*Hospital General de Segovia.*

**Introducción y objetivos.** La fractura periprotésica es una de las complicaciones más temibles de la artroplastia de cadera. Existen numerosos factores de riesgo tanto intraoperatorio (osteoporosis, AR, falsa vía,...) como en el postoperatorio (edad avanzada, mujeres, inestabilidad de la marcha, demencia,...).

**Material y método.** Mujer de 88 años que ingresa procedente de Urgencias tras caída accidental, con dolor e impotencia funcional de cadera derecha. En la exploración se observa leve acortamiento y actitud en rotación interna. En RX: fractura transcervical de fémur derecho. Se interviene quirúrgicamente realizándose una artroplastia parcial de cadera tipo Thompson por vía anterolateral. Durante la intervención se comprueba la estabilidad de la prótesis y su correcta colocación bajo Rx. En la radiografía de control al segundo día postoperatorio, se descubre una fractura periprotésica tipo B1 de Vancouver, por lo que se reinterviene a la paciente. Intraoperatoriamente se objetiva la inestabilidad de la fractura con dicha prótesis, por lo que es recambiada por una prótesis tipo bipolar, asociando una osteosíntesis mediante placa atornillada y cerclajes.

**Resultados.** La paciente evoluciona favorablemente, por lo que es dada de alta hospitalaria al 5º día postoperatorio. Actualmente la paciente se encuentra asintomática y presenta una deambulación independiente sin bastones.

**Comentarios y conclusiones.** Se trata de una complicación infrecuente y que supone un amplio espectro de lesiones de mayor o menor gravedad. La complejidad de la intervención y la gran diversidad de procedimientos existentes hacen que sea uno de los temas de mayor interés en la Traumatología.

## CC 071

### SACOILEITIS SÉPTICA EN EL POSTPARTO. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

Elias Payan, M.I.; Marsol Puig, A.; Provinciale Fatsini, E.J.; Arroyo Dorado, A.; Iftimie, P. y Giné Gomà, J.  
*Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona.*

**Introducción y objetivos.** La sacroileitis piógena es relativamente infrecuente. En la mayoría de los casos se trata de una artritis inespecífica favorecida por la distensión de los ligamentos sacroilíacos, pero en pacientes con bacteriemia puede desencadenar un proceso piógeno. Antecedentes de endocarditis, infección urinaria, endometritis, usuarios de drogas parenterales o parto complicado pueden ser factores de riesgo.

**Material y método.** Se analizan dos casos. El primero, es una paciente de 26 años que como antecedentes presenta un aborto espontáneo a las 25 semanas asociada a una infección urinaria y el segundo, una paciente de 39 años que después de un parto eutócico requiere un legrado obstétrico evacuador. A la exploración inicial ambas presentan maniobras sacroilíacas positivas, fiebre y analíticamente leucocitosis con desviación, VSG y PCR elevadas. Como exploraciones complementarias se realiza en el primer caso una TAC, RM y gammagrafía compatibles con sacroileitis y en el segundo una gammagrafía, ecografía abdominal y RM donde destaca una colección líquida yuxtaarticular. En ambos casos el cultivo de la punción articular es negativo.

**Resultados.** Las dos pacientes son diagnosticadas de sacroileitis séptica derecha. El primer caso se trata con amoxicilina-clavulánico 4 semanas

e.v. y 4 semanas v.o. y el segundo caso con cloxacilina y ciprofloxacino 4 semanas e.v. y ciprofloxacino 4 semanas v.o. La evolución es satisfactoria y son dadas de alta a los 28 días asintomáticas.

**Comentarios y conclusiones.** La sacroileitis piógena debe de ser considerada en pacientes púerperas con dolor localizado y fiebre. El tratamiento antibiótico suele ser eficaz y resolutorio.

## CC 072

### ANÁLISIS CLÍNICO Y RADIOLÓGICO DE PRÓTESIS DE RECUBRIMIENTO EN CADERA

López Martínez, J.J.; Parrilla Riera, J.J.; Vela Pardo, S.; Fernández Sánchez, R.; Cano Gea, R. y Martínez Victorio, P.  
*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.*

**Introducción y objetivos.** El objetivo de este trabajo es evaluar clínica y radiológicamente una serie de pacientes tratados en nuestro servicio a los que se ha implantado una prótesis de cadera de recubrimiento.

**Material y método.** Se analizan 13 artroplastias de este tipo (ASR, Depuy, Johnson&Johnson) en 8 varones y 5 mujeres con edad media de 35 años. El diagnóstico preoperatorio fue de necrosis en 6 casos, postraumática en 3, coxartrosis idiopática en 2 y secuela de patología previa en otros 2 (Perthes y epifisiolisis en la infancia). El seguimiento mínimo fue de 12 meses. Se utiliza la escala de Harris para la valoración clínica y 6 parámetros radiológicos que determinan la posición de cada uno de los componentes.

**Resultados.** Se obtienen buenos resultados clínicos en más del 90% de los casos con una media de 88 puntos en la escala de Harris. Un paciente tuvo que ser re-intervenido por dolor persistente y movilización del componente femoral con necrosis subyacente. Radiológicamente existen 3 casos con alteraciones sobre parámetros preestablecidos de normalidad, sin relación con la situación clínica.

**Comentarios y conclusiones.** Las prótesis de revestimiento femoral están especialmente indicadas en pacientes jóvenes por la escasa resección ósea y el buen resultado clínico y funcional obtenido. La dificultad técnica para su implante puede conllevar la mala colocación de los componentes que haga empeorar el resultado clínico o merme su supervivencia.

## CC 073

### DISCONTINUIDAD PÉLVICA EN PACIENTE CON PTC

Valcárcel Díaz, A.; Rodríguez Martínez, R.; Sánchez Archidona, J.; Lamata Iturria, M.; López Martínez, J.J. y Clavel Sainz-Nolla, M.  
*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.*

**Introducción y objetivos.** La discontinuidad pélvica es una patología poco frecuente, en relación con una PTC, en la que la pelvis superior está separada de la pelvis inferior por una pérdida ósea o una fractura del acetábulo.

**Material y método.** Se presenta el caso de un varón de 40 años con discontinuidad pélvica tras PTC derecha hace 8 años por necrosis avascular de la cabeza femoral. En este caso se discute la epidemiología (incidencia y factores de riesgo), el diagnóstico clínico y radiológico y las opciones de tratamiento quirúrgico

**Resultados.** En este paciente se llevó a cabo una estabilización del defecto con caja antiprotrusión, cotilo cementado atornillado e injerto de hueso esponjoso.

**Comentarios y conclusiones.** Los defectos óseos en pelvis requieren de una cirugía exigente no exenta de complicaciones que precisa de una planificación preoperatoria para resolver el problema

## CC 074

### IMPORTANCIA DE LAS RADIOGRAFIAS AXIALES EN EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON EPIFISIOLISIS DE FEMUR PROXIMAL

Abellan Guillen, J.F.\*; Sánchez Alegre, M.L.\*\*; González López, J.L.\*\*; Cervera, P.\*\*; Riquelme, O.\*\* y Martínez Serrano, A.\*\*  
*\*Hospital Morales Meseguer, \*\*Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** La epifisiolisis proximal de femur (EPF) es una patología juvenil con una incidencia del 0.2-10/100000. Esta entidad crea

una deformidad residual en varo entre la epifisis y la metafisis femoral en la mayoría de los pacientes. El varo residual condiciona la aparición de un choque femoroacetabular (CFA), que en la actualidad parece ser uno de los principales mecanismos que llevan a la aparición de coxartrosis precoz en estos pacientes.

**Material y método.** Presentamos un varón de 26 años dolor inguinal izquierdo de dos años de evolución. En la actualidad el dolor es continuo y refractario al tratamiento farmacológico. Antecedentes de interés: EPF bilateral a los 13 años. Exploración clínica: disminución del balance articular de ambas caderas, bloqueo de la rotación interna en la izquierda. Test de atrapamiento anterior positivo en la cadera izquierda. Aportaba radiografías anteroposteriores informadas como normales, la proyección axial (frog-leg lateral view) demostró la existencia de un gran defecto óseo en la transición cuello-cabeza anterior.

**Resultados.** El gran defecto óseo presente es compatible con un linear indentation sign secundario a un CFA, por existir un conflicto de espacio femoroacetabular como secuela de la EPF.

**Comentarios y conclusiones.** Actualmente la EPF está reconocida como causa de CFA, provocando un contacto anormal entre el reborde acetabular y el cuello femoral. El CFA debe ser sospechado en todo paciente con dolor inguinal tras EPF, y el estudio radiológico debe incluir proyecciones axiales que permitan detectar defectos en el margen cervical anterior.

## CC 075

### NECROSIS AVASCULAR ASÉPTICA DE CABEZA FEMORAL EN PACIENTE CON ANEMIA FALCIFORME

Holgado Macho, Ignacio Antón, Yebra Pareja, Jose Carlos, García, Pérez, Juan Ramón, Najem Rizk, Antoine Nicolas, Escudero Bayón, Nieves  
*Complejo Hospitalario Torrecárdenas (Almería).*

**Introducción y objetivos.** La anemia falciforme es una anemia hemolítica originada por la sustitución de ácido glutámico por valina; esto condiciona la transformación de los eritrocitos al ser sometidos a hipoxia, cambiando a una forma semilunar con rigidez de sus membranas, obstruyendo el riego sanguíneo en diferentes órganos nobles, lo cual explica varias de las complicaciones que presentan estos pacientes. Durante el curso de la enfermedad, muchos pacientes desarrollan manifestaciones musculoesqueléticas: dactilitis, infartos óseos e infecciones osteoarticulares. Presentamos el caso de origen magrebí que presenta coxalgia bilateral de larga evolución diagnosticada de anemia falciforme que tras pruebas complementarias se diagnostica de necrosis avascular de cabeza femoral.

**Material y método.** Estudio de un caso.

**Resultados.** Se inicia tratamiento ortopédico realizando artroplastia total de cadera derecha quedando pendiente realizar la misma intervención en cadera izquierda.

**Comentarios y conclusiones.** La necrosis avascular es la complicación isquémica más seria presentado en pacientes afectados de anemia falciforme. Compromete preferentemente la cabeza femoral, pero también se ha descrito en otras localizaciones. Los cambios radiológicos son similares a los descritos por otras causas. El tratamiento es el usualmente empleado en los casos de necrosis avascular de cualquier causa, realizándose artroplastia total de cadera en los casos muy avanzados.

## CC 076

### COXALGIA BILATERAL TRAS ESFUERZO EN PACIENTE DE 102 AÑOS DE EDAD

Argüello Cuenca, J.M.; Del Moral Aguilera, R.; Igualada Blázquez, C.; Aburto, M.; Mediavilla, L. y Torre Pérez, O.  
*H.G.U. Gregorio Marañón. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Se describe el caso de una mujer de 102 años, que acude a urgencias con dolor e impotencia funcional en ambas caderas tras esfuerzo, deambular más de lo habitual. No presentaba antecedentes traumatológicos de interés salvo la necesidad de un andador para la deambulación. Independiente para el aseo y la alimentación. Deterioro cognitivo leve. Es diagnosticada en urgencias de coxartrosis bilateral muy avanzada (grado IV). El objetivo de este estudio es establecer cómo un proceso degenerativo lentamente progresivo no altera la calidad de vida del paciente.

**Material y método.** Se llevaron a cabo estudios de imagen mediante radiología simple. Exploramos a la paciente al mes de su atención en urgencias para medir la movilidad de las caderas y la deambulación de la paciente.

**Resultados.** La paciente presentaba una movilidad activa de 45° de flexión, 30° de de abducción y 30° de rotación. Pasivamente alcanzaba los 80°, 45° y 50° respectivamente, sin flexo asociado. Deambulaba 100 m con andador.

**Comentarios y conclusiones.** La coxartrosis dejada a su evolución natural, progresa hacia la destrucción y reabsorción ósea de los extremos articulares, siendo estos sustituidos por algún tipo de tejido de interposición que le confiera la estabilidad necesaria a la articulación de la cadera como para tolerar la carga.

## CC 077

### SÍNDROME DE EMBOLIA GRASA TRAS INTENTO DE MOVILIZACIÓN DE VÁSTAGO FEMORAL DE PRÓTESIS DE CADERA

Merino Pérez, J.; Vicinay Olabarria, J.I.; Rodríguez Palomo, J.M.; Martín Larrañaga, N.; Ibor Ureña, I. y Fernández Rioja, L.M.  
*Hospital de Cruces. Vizcaya.*

**Introducción y objetivos.** La disminución del nivel de consciencia es una complicación poco frecuente en pacientes sometidos a cirugía ortopédica, y puede presentarse como consecuencia de diversos factores etiológicos. Puede ser resultado de una hipotensión, una hiponatremia o de otras complicaciones menos frecuentes. Presentamos el caso de una paciente que presentó un síndrome de embolia grasa (SEG) tras un intento de recambio de vástago femoral.

**Material y método.** Paciente 66 años, que tras intervención quirúrgica de recambio de cotilo e intentos de movilización del vástago femoral, presenta una disminución del nivel de consciencia que inicialmente se cree que es secundaria a una hiponatremia severa. En el transcurso de 2-3 horas, inicia un cuadro de disfunción respiratoria, petequias y alteraciones del patrón hemodinámico.

**Resultados.** Tras realizar las pruebas pertinentes, es diagnosticado de SEG. A pesar de administrar oxígeno, corticoides, albúmina, junto con noradrenalina y dobutamina a dosis supramáximas, la paciente presenta un deterioro que acaba en exitus.

**Comentarios y conclusiones.** Aunque esta entidad aparece generalmente en varones jóvenes tras fractura de huesos largos, debemos considerar su presencia en pacientes sometidos a cirugía ortopédica con una clínica compatible, para instaurar precozmente las medidas terapéuticas oportunas.

## CC 078

### OSIFICACIÓN HETEROTÓPICA DE CADERA TRAS ARTROPLASTIA MEDIANTE ABORDAJE POSTEROLATERAL

Fdez-Gayol Pérez, M.; Truyols Domínguez, S.\*; Sopesen Veramendi, J.L.; Carreres Colon, F.J.; Rodríguez Moro, C. y González Rodríguez, F.  
*Hospital Central De La Defensa "Gómez Ulla", \*C.S. Colmenarejo.*

**Introducción y objetivos.** La Osificación Heterotópica representa una complicación no del todo excepcional, en casos de fracturas subcapitales resueltas por abordajes mediante vía lateral o anterior (frente a aquellas de acceso posterolateral... muy infrecuentes).

**Material y método.** Se presenta el caso de un varón con Fractura Subcapital de Cadera Izquierda tras sufrir una caída accidental. Se procedió a resolverlo de Urgencia, mediante hemiarthroplastia bipolar cementada (Abordaje de Gibson-Moore), presentando un postoperatorio exento de complicaciones por lo que fue dado de alta. En los controles al mes y a los dos meses de la Cirugía la evolución fue muy satisfactoria: Independiente para ABVD y deambulación asistida con andador (como antes de la cirugía). En el control a los 6 meses se apreció sin embargo: Limitación del ROM articular en todos los planos, especialmente a la Rotación Interna, apreciándose en la radiología convencional una importante osificación heterotópica. Después de descartar un proceso infeccioso asociado o de cualquiera otro concomitante, se optó por una actitud terapéutica conservadora.

**Resultados.** En la actualidad el paciente presenta una leve limitación del rango de movilidad a la exploración clínica, con un ROM aceptable para su ABVD; asociado a dolor esporádico mecánico que se alivia con la ingesta eventual de Analgésicos y/o AINEs convencionales.

**Comentarios y conclusiones.** La Osificación Heterotópica aún hoy, sigue siendo un problema no resuelto clínicamente. No obstante, debido a los riesgos yatrogénicos que pueden suponer la administración de Indometacina y/o RT postoperatorios, la actitud general es la conservadora con control del dolor y/o Rehabilitación, ante pacientes con una capacidad funcional conservada.

## CC 079

### HEMIPELVECTOMÍA TRAUMÁTICA COMPLETA. CASO CLÍNICO CON UN SEGUIMIENTO DE 17 AÑOS

Lasurt Bachs, S.; Combalia Aleu, A. y Suso Vergara, S.  
*Hospital Clínic i Universitari de Barcelona.*

**Introducción.** La hemipelvectomía traumática con disrupción completa entre la sínfisis púbica y la articulación sacroilíaca y afectación del sistema neurovascular es muy rara y su mortalidad es elevada. Es causada por una hiperabducción junto a una rotación externa, el 80% de las veces provocado por un accidente de circulación. En los últimos años, la supervivencia ha mejorado gracias a la eficacia en la actuación en las primeras horas del traumatismo y actualmente los autores han encontrado 52 casos que han sobrevivido descritos en la literatura.

**Caso clínico.** Se presenta el caso clínico de una paciente de 22 años que sufre una precipitación de una altura de 10 metros y es traída al Servicio de Urgencias afecta de una hemipelvectomía traumática que condicionaba una avulsión musculo ilio-psoas, desgarro pared vaginal y vulva, laceración esfínter anal externo, vasos iliofemorales seccionados y un arrancamiento plexo lumbosacro. Fue tratada quirúrgicamente por 2 traumatólogos y un cirujano general mediante Lavado y desbridamiento de la herida para su cierre primario, una laparotomía rutinaria y la reparación órganos genitales. A los 17 años de la lesión, la paciente deambula en descarga y con muletas y presenta una escoliosis toracolumbar compensatoria por su lesión.

**Discusión.** La tasa de mortalidad es principalmente debida a lesiones asociadas, lesiones abiertas, hemorragia y sepsis. La preocupación más inmediata debe ser el control de la hemorragia proveniente de las fracturas óseas y la sección de los vasos. El manejo exitoso de estos pacientes depende del rápido reconocimiento de la naturaleza de la lesión seguida de una decisión temprana de completar la hemipelvectomía. Las complicaciones derivadas de la curación de las heridas quirúrgicas son frecuentes y a menudo requieren múltiples desbridamientos y colgajos musculocutáneos. Los pacientes que sobreviven suelen ser jóvenes y eso es probablemente porque pueden tolerar una pérdida sanguínea masiva y responder a un estado de shock

**Conclusión.** El manejo de estos pacientes debe ser multidisciplinario incluyendo cooperación en el equipo quirúrgico; además de traumatólogos; de cirujanos generales, urólogos y psiquiatras.

## CC 080

### PRÓTESIS DE CADERA TRAS FRACASO DE TRATAMIENTO CON CLAVO GAMMA DE FRACTURAS PERTROCANTERAS DE FÉMUR

Castel Oñate, A.; Valles Purroy, A.; Gebhard, C.; Gómez, A. y Vaquerizo, V.  
*Hospital Príncipes De Asturias, Alcalá De Henares, Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Aunque el porcentaje de fracasos tras la osteosíntesis con clavo Gamma es bajo, el alto número de fracturas tratadas hace que veamos una cantidad considerable de ellas. Este estudio evalúa el tratamiento con prótesis de cadera de los pacientes de nuestro servicio que lo sufrieron.

**Material y método.** Se ha realizado un estudio retrospectivo de 12 casos (83% mujeres y 17% varones) de fracturas pertrocantéreas de cadera tratadas inicialmente con enclavado intramedular cerrojado con clavo Gamma y que fueron reintervenidas mediante extracción del clavo e implantación de prótesis de cadera. Se valoró el tipo de fractura, calidad de la síntesis, tiempo hasta la reintervención, causa del fracaso y estado funcional: Cut-out en 9 casos. Pseudoartrosis de la fractura en 2 casos. Necrosis avascular de la cabeza femoral en 1 caso. La edad media de los pacientes fue de 78.25 años. El tiempo medio transcurrido desde la cirugía de enclavado intramedular de la fractura hasta la implantación de la prótesis fue de 6.8 meses.

**Resultados.** Tras la extracción del clavo y la implantación de una prótesis total de cadera, todos los pacientes presentaron una mejoría significativa del dolor, de la movilidad de la cadera y de la marcha.

**Comentarios y conclusiones.** La implantación de una prótesis total de cadera es una opción terapéutica que ofrece resultados clínicos y funcionales satisfactorios en casos de fracaso del tratamiento con enclavado intramedular, tras una fractura pertrocantérea de cadera.

## CC 081

### REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE FRACTURAS PERIPROTÉSICAS

Riñón Giraldo, R.A.; Molina Pulido, M.; Ibáñez Martín, L.I. y García Quevedo, L.A.

*Médicos adjuntos de Hospital Xeral-Calde Lugo. Hospital Xeral-Calde Lugo.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas periprotésicas son una complicación importante que puede ocurrir años después de la cirugía ATC. Existen una serie de factores clínicos pre- y postoperatorios así como factores relacionados con la técnica quirúrgica y selección del implante que se deben tener en cuenta para disminuir la posibilidad de sufrir esta complicación. La incidencia parece estar incrementándose, de ahí la importancia de conocer y saber manejar estas fracturas.

**Material y método.** Hemos realizado una revisión de la bibliografía existente respecto a los factores que engloban a la aparición de fractura periprotésica así como para los sistemas de clasificación de las mismas y las opciones terapéuticas.

**Resultados.** Hemos valorado los diferentes factores que pueden propiciar la aparición de una fractura periprotésica así como los diferentes sistemas de clasificación de los mismos. Hemos hallado la Clasificación de Vancouver como mejor para el manejo de este tipo de fracturas al aportar además opciones terapéuticas según el tipo de fractura, teniendo en cuenta que la clasificación definitiva debe ser intraoperatoria.

**Comentarios y conclusiones.** Todo cirujano ortopédico debe conocer y saber resolver una fractura periprotésica, tomando conciencia de sus propias limitaciones y las de su centro de trabajo. Es importante conocer la técnica quirúrgica y aplicarla de forma correcta. Los vástagos de diseño anatómico presentarán menor riesgo de fractura. Existe un incremento en el riesgo a sufrir una fractura en sucesivas revisiones. Se debe realizar un adecuado seguimiento postoperatorio y radiológico de los pacientes planteando la cirugía de revisión en momento temprano en caso de aflojamiento por el incremento en riesgo a sufrir una fractura, incidiendo sobre factores de riesgo, en especial sobre osteoporosis sobretodo en fracturas y mujeres.

## CC 082

### OSTEOSÍNTESIS EN LAS FRACTURAS SUBCAPITALES DE FÉMUR: UTILIDAD DEL DOBLE RAYO

Trigueros Larrea, J.M.; González Bedia, M.; Aguado Hernández, H.J.; Burón Álvarez, I.; Torres Torres, M. y Caballo Trébol, F.  
*Complejo Hospitalario de Palencia.*

**Introducción y objetivos.** La osteosíntesis mediante tornillos canulados en las fracturas intracapsulares de fémur es una cirugía mínimamente invasiva, que permite conservar la cadera frente a la artroplastia de cadera. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento de las fracturas intracapsulares de fémur mediante osteosíntesis percutánea con tornillos utilizando 2 rayos de manera simultánea, en proyección AP y axial.

**Material y método.** Revisamos prospectivamente pacientes intervenidos quirúrgicamente entre Julio 2005-Enero 2009 de fractura intracapsular de fémur mediante tornillos canulados percutáneos utilizando doble rayo. Evaluamos tiempo de radioescopia, cirugía, días de ingreso

**Resultados.** 47 pacientes fueron intervenidos, 9 menores de 65 años y 38 mayores de 65 años. Según el tipo de fractura: Garden I-II (39 casos), Garden II (15), Garden III-IV (8). En 9 casos se colocaron 2 tornillos canulados y 3 en 38 casos. El tiempo de intervención 17 minutos (9-41), escopia 63 segundos (39-134), días de ingreso 5 (2-12). Complicaciones: infección de la herida superficial (1), fallo de la osteosíntesis y desplazamiento secundario (3), necrosis de la cabeza de fémur (1)

**Comentarios y conclusiones.** La utilización del doble rayo facilita la técnica quirúrgica, mejorando la precisión en la colocación de los tornillos, evitamos la dependencia del técnico de rayos, acortando el tiempo de intervención y de radioescopia. La osteosíntesis es el tratamiento de elección de las fracturas no desplazadas (Garden I-II), y, en menores de 65 años con fracturas desplazadas (Garden III-IV) que se pueden reducir de manera cerrada, como alternativa a la artroplastia total

## CARTÍLAGO (CC 083 - CC 085)

### CC 083

#### MANEJO DE LOS PACIENTES CON ARTROSIS TRATADOS POR LOS CIRUJANOS ORTOPÉDICOS Y TRAUMATÓLOGOS

Revenga Giertych, C.\* y Fernández Pérez, C.\*\*

\*Hospital Juan Grande- Jerez( Cádiz), \*\*Hospital Clínico San Carlos-Madrid.

**Introducción y objetivos.** Analizar la práctica clínica en el manejo de los pacientes con artrosis tratados por los traumatólogos en España.

**Material y método.** Estudio de serie de casos, multicéntrico, epidemiológico. 408 especialistas contestaron a una encuesta autoadministrada y los resultados se analizaron mediante test de chi-cuadrado o prueba exacta de Fischer para las variables cualitativas y mediante el coeficiente de correlación de Pearson para las variables cuantitativas.

**Resultados.** La mayoría de los pacientes derivados al COT por artrosis tienen una demora entre 1-6 meses y presentan dolor moderado o severo; el principal motivo de derivación es un insuficiente control del dolor y la valoración para cirugía. El 64,3% de los traumatólogos no tiene protocolo de actuación, siendo factores que condicionan la prescripción la patología gastrointestinal (69,7%) y cardiovascular (58,4%) y la ausencia de respuesta a los tratamientos (49,8%) mientras que para la indicación quirúrgica los traumatólogos se fundamentan en la alteración en la calidad de vida (44,8%) y en la existencia de un dolor constante (26,5%).

**Comentarios y conclusiones.** El tratamiento quirúrgico tiene un alto grado de satisfacción entre los pacientes que llegan a la consulta del traumatólogo, dado que esto suele ocurrir tras una demora elevada (1-6 meses). El grado de afectación articular suele ser severo y el impacto sobre la calidad de vida importante. Hay que establecer protocolos o programas de salud enfocados a un mejor control de la enfermedad, a disminuir las indicaciones quirúrgicas y a una mayor satisfacción de nuestros pacientes

### CC 084

#### ALOINJERTOS PARA DEFECTOS CONDRALES DE GRAN TAMAÑO EN LOS CÓNDILOS FEMORALES

Garrido Santa María, I.; Benedí Alcaine, A.; Araguás Biescas, A.; Martínez Delgado, F.; Garrido-santamaría, R. y Herrera Rodríguez, A. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

**Introducción y objetivos.** Revisamos 8 casos con un seguimiento de 10 años de media (1-15 años) de aloinjertos con cartílago criopreservado con dimetilsulfóxido (congelado con descenso programado de temperatura hasta -80 °C y después en nitrógeno líquido) para el tratamiento de los defectos de gran tamaño (más de 6 cm<sup>2</sup>). En estos casos las perforaciones y microfracturas (producen fibrocartilago), el trasplante de condrocitos y la mosaicoplastia son insuficientes para cubrir tanta superficie y tampoco rellenan el defecto en profundidad.

**Material y método.** La localización de los defectos condrales tratados han sido: 6 en cóndilo interno y 2 en externo, ninguna en tróclea femoral. Todos fueron en zonas de carga. Etiología: 5 osteocondritis disecante y 3 necrosis por corticoides (1 asma con corticoides orales y una bilateral en una enfermedad inflamatoria intestinal). Edad media de 30 años, varones 50% y mujeres 50%.

**Resultados.** La cobertura de defecto se hizo mediante tallado de aloinjerto tras la descongelación siguiendo el molde del defecto una vez curado y regularizado. La fijación fue con tonillos Herbert. Se consiguió reparar la congruencia articular sin dejar escalones significativos. No se realizó inmovilización rígida tras la intervención y se demoró la carga 2 meses. Utilizamos factores de crecimiento en 1 caso. A los 3 meses se realizaba extracción de tornillos y artroscopia de control. Los pacientes mejoraron 30 puntos en escala Cincinnati. La osteointegración del aloinjerto ha sido buena.

**Comentarios y conclusiones.** Obtuvimos buenos resultados con ausencia de complicaciones en defectos de más de 6 cm<sup>2</sup> donde las otras técnicas de reparación condral son insuficientes.

### CC 085

#### EL USO DE FACTORES DE CRECIMIENTO EN EL TRATAMIENTO DE LA OSTEOCONDRIITIS DISECANTE DE RODILLA (OCDR) A PROPÓSITO DE UN CASO

Corrales Díaz, A.; Camacho Serrano, F.; Medina Leon, N.; Carpintero Lluch, R.; Delgado Ghersi, A. y Montero Martínez, A.M. Hospital Virgen Macarena, Sevilla.

**Introducción y objetivos.** La osteocondritis disecante es una enfermedad articular que parece afectar principalmente al hueso subcondral, produciendo después efectos secundarios sobre el cartílago articular. Los estadios finales, debidos a la falta de soporte subyacente del cartílago, pueden manifestarse como separación del cartílago articular, colgajos cartilagosos, cuerpos libres, sinovitis inflamatoria, derrame articular persistente o intermitente y, en los casos graves, degeneración articular secundaria.

**Material y método.** Presentamos el caso de un paciente de 17 años con dolor e impotencia en rodilla derecha y diagnosticado de osteocondritis disecante de rodilla mediante Rmn.

**Resultados.** Se realizaron diversas perforaciones y fijación con grapas de hidroxiapatita. Posteriormente se añadieron factores de crecimiento autologos mediante centrifugación previa.

**Comentarios y conclusiones.** Existen diversas y variadas publicaciones acerca del tratamiento de la OCDR, así como si este debe ser conservador o quirúrgico. El objetivo del tratamiento conservador es favorecer la consolidación de las lesiones in situ y prevenir su desplazamiento. Los métodos quirúrgicos preferidos son los de conservación del cartílago original siempre que sea posible, y después las técnicas de restauración. El tratamiento quirúrgico de las lesiones estables con cartílago articular normal consiste en realizar perforaciones en el hueso subcondral para estimular el crecimiento vascular y la consolidación de este hueso. Si el fragmento libre no se puede reparar, se debe extirpar y decidir por las siguientes opciones: Microfracturas o perforaciones del hueso subcondral viable y sangrante, Mosaicoplastia, Aloinjerto osteocondral y regeneración con condrocitos autólogos.

## CODO (CC 086 - CC 120)

### CC 086

#### TRATAMIENTO ARTROSCÓPICO EN LA RIGIDEZ DE CODO

Jiménez Martín, A.; Santos Yubero, F.J.; Zurera, M. y Pérez Hidalgo, S. Hospital FREMAP. Sevilla.

**Introducción y objetivos.** La artrolisis artroscópica es un procedimiento que para autores como Somanchi o Kim determina hasta un 87%-92% de mejoría en los pacientes intervenidos. Nuestro objetivo es presentar un caso de un paciente intervenido por rigidez tras una fractura de cabeza radial tratada de modo conservador.

**Material y método.** Paciente de 35 años que sufre traumatismo con fractura de cabeza radial Mason I, sin desplazamiento y sin bloqueo a la pronosupinación. Tras 3 semanas de inmovilización y 2 meses de rehabilitación, se constata una movilidad en flexoextensión entre los 20-90°, lo que nos lleva a la artrolisis artroscópica del codo.

**Resultados.** Objetivamos fibrosis intraarticular. Se procede al desbridamiento artroscópico con sinovectomía y termocoagulación por vaporización artroscópica. Movilizamos con analgesia postquirúrgicamente objetivando un balance de 10-130°, con balance final de 15-120° y pronosupinación completa.

**Comentarios y conclusiones.** Para Ball esta técnica permite mejorar la escala VAS desde los 8.4 puntos hasta los 4.6 puntos finales, con una flexión de 117.5° y una extensión final de 9.3°. Menth-Chiari ha descrito resultados finales de hasta 136° de flexión. Heirweg ha considerado la mejoría en el test DASH estadísticamente significativa en estos pacientes, con  $p < 0.01$  y Kim, además, recomienda este procedimiento asociado al tratamiento de la epicondilitis, con vuelta a la competición en 4.8 meses. Horiuchi recomienda la artrolisis artroscópica en artritis reumatoide mejorando la escala de la clínica Mayo desde los 48.3 hasta los 77.5 puntos y Rahusen en la osteocondritis disecante, mejorando el dolor significativamente ( $p < 0.001$ ).

## CC 087

### COMPLICACIÓN DE EXÉRESIS DE CABEZA RADIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Crego VÍta, D.; Pérez Mañanes, R. y López López, J.M.  
*Hospital Gregorio Marañón. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Se describe una de las complicaciones de la cirugía de codo, plantenado distintas opciones terapéuticas.

**Material y método.** Anamnesis, exploración y pruebas complementarias en una paciente que sufre Luxación posterior de codo con fractura de cabeza radial y requiere exéresis de la misma.

**Resultados.** Codo rígido no doloroso por calcificación heterotópica.

**Comentarios y conclusiones.** Ante la aparición de calcificaciones heterotópicas las opciones terapéuticas son varias y deben de ser indicadas siguiendo los antecedentes del paciente, su patología y respetando su opinión.

## CC 088

### PSEUDOARTROSIS DE HÚMERO DISTAL EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE

Guerra Vélez, P.; García Fernández, D.; Cano Egea, J.M.; Morales Muñoz, P.; García Rodríguez, R. y Gutiérrez Narvarte, B.  
*Hospital 12 De Octubre. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Mujer de 63 años. Tras tráfico: fractura en 3 fragmentos de húmero proximal izqdo, y fractura suprainfercondílea en un codo izquierdo anquilosado por artritis reumatoide, al que se le había realizado una capsulotomía previa.

**Material y método.** Se intervino la fractura del hombro con clavo, y se decidió tratamiento ortopédico del codo. Al año presentaba pseudoartrosis de la fractura del codo, inestable con dolor, llevando ortesis articulada. Se reinterviene: EMO clavo y artroplastia total de codo semiconstreñida Coonrad-Morrey.

**Resultados.** En postoperatorio la paciente tiene adormecimiento territorial cubital de la mano con fuerza conservada, que va recuperando progresivamente. A los 2 meses: arco de movimiento activo de 0° a 100°. Puede peinarse, comer, asearse.

**Comentarios y conclusiones.** Ante fracturas muy conminutas de húmero distal, la artroplastia total de codo puede ser una alternativa en ancianos o incluso en pacientes con artritis reumatoide. En pseudoartrosis de húmero distal que no es posible sintetizar, la prótesis total de codo semiconstreñida es un procedimiento de salvamento que puede producir alivio del dolor y mejora de la función del codo. Alto porcentaje de complicaciones (75% en series). Factores de riesgo de fallo: edad menor de 65 años, cirugías previas e historias previas de infección.

## CC 089

### SINOSTOSIS RADIOCUBITAL PROXIMAL

García Rodríguez, R.; García de Lucas, F.; Villarubia García, E.; Morales Muñoz, P.; García Fernández, D. y Cano Egea, J.M.  
*Hospital 12 de Octubre, Clínica CEMTRO, Hospital de Getafe. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Presentamos un caso de un varón de 57 años que acude a urgencias con dolor e impotencia funcional en codo izquierdo tras sufrir un accidente deportivo.

**Material y método.** En la radiografía simple se aprecia fractura conminuta de la cabeza radial, fractura de cúbito proximal y fractura de apófisis coronoides tipo I. Es intervenido quirúrgicamente realizándose osteosíntesis del cúbito mediante placa LC-DCP, prótesis de cabeza radial y reanclaje del ligamento colateral radial. A las ocho semanas del postoperatorio el paciente presenta una importante limitación de la pronosupinación. En la radiografía de control se observa una sinostosis radiocubital proximal a nivel del 2º tornillo proximal de la placa.

**Resultados.** El paciente es intervenido quirúrgicamente realizándose resección de la osificación sinostótica y extracción del 2º tornillo, objetivándose una pronosupinación completa en el acto quirúrgico. El control clínico a los 4 meses evidencia una pronación completa y un déficit de supinación de 10°.

**Comentarios y conclusiones.** Ante casos de limitación severa de la pronosupinación en pacientes intervenidos de lesiones complejas del codo se deben solicitar proyecciones radiográficas oblicuas en busca de posibles sinostosis radiocubitales.

## CC 090

### NEUROPATÍA CUBITAL TRAS CAÍDA EN CEMENTERIO

Muñoz Sánchez, G.; Hernán Prado, M.A. y Llopis Miró, R.  
*Hospital Santa Cristina.*

**Introducción y objetivos.** La presencia de cuerpos extraños en localizaciones que producen clínica, fundamentalmente neurológica o vascular, plantean la necesidad de cirugías, en ocasiones complicadas técnicamente, que requieren una aproximación lo más precisa posible a la naturaleza del cuerpo extraño en cuestión. Una historia clínica cuidadosa es, en ocasiones, la mejor arma.

**Material y método.** Paciente que acude por dolor en codo izquierdo y parestesias en últimos dedos, tras sufrir traumatismo hace 9 meses (se calló a una fosa abierta de un cementerio), produciéndose herida inciso contusa en tercio medio de brazo izquierdo. En el estudio radiológico presenta cuerpo extraño de densidad ósea y forma semitubular sin correspondencia con fractura.

**Resultados.** Se realiza extirpación de cuerpo extraño, de localización pericubital, neurolisis del nervio, tratándose de fragmento de ladrillo tubular, de tamaño similar a diáfisis de hueso largo. Postoperatorio sin incidencias con evolución a la resolución completa del cuadro neurológico.

**Comentarios y conclusiones.** La historia clínica y la radiología que es, en la mayoría de los casos, la que aclara la naturaleza de un cuerpo extraño, ha sido, en esta ocasión, la fuente de una hipótesis equívoca, pero posible: un fragmento de hueso de cadáver

## CC 091

### COMPLICACIÓN ENCLAVADO HUMERAL VÍA RETRÓGRADA

Casas Dührkop, D.; Álvarez Díaz, P.; Seijas Vázquez, R.; Ares Rodríguez, O.; Cuscó Segarra, X. y Cugat Bertomeu, R.  
*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Fundación García Cugat. Hospital Quirón. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** la fractura supracondílea de húmero es una de las complicaciones en el tratamiento de las fracturas de diáfisis de húmero con clavo retrógrado.

**Material y método.** mujer de 79 años intervenida de una fractura diáfisis de húmero con clavo retrógrada con complicación de fractura supracondílea durante la cirugía solucionada con la colocación de 2 KW. La paciente acude a nuestro centro por dolor e impotencia funcional del codo. En la RX presenta desmontaje del sistema con migración de la agujas y abertura del foco de fractura. Se realizó IQ : retirada de material y osteosíntesis con placas de reconstrucción y aporte de injerto óseo.

**Resultados.** A los tres meses de la cirugía la paciente tiene buena movilidad del codo y en la RX falta consolidación en zona anterior. A los cuatro meses ya hay consolidación.

**Comentarios y conclusiones.** Una de las complicaciones más frecuentes del clavo retrógrado es la fractura supracondílea que comunica el foco de fractura con el orificio de inserción del clavo. Por ello hay que evitar la utilización de clavos retrógrados en fracturas diafisarias bajas.

## CC 092

### TRIADA TERRIBLE DE CODO: TRATAMIENTO EN MUJER DE 75 AÑOS DE EDAD

Rodríguez Martín, J.; Pretell Mazzini, J.; Vidal Bujanda, C. y Caba Doussoux, P.  
*Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** La triada terrible de codo es una lesión compleja difícil de tratar caracterizada por una luxación de codo asociada a fractura de la cabeza radial y fractura de la apófisis coronoides.

**Material y método.** Mujer de 75 años que acude al servicio de urgencias con dolor e impotencia funcional en codo derecho tras una caída. La exploración neurovascular distal fue normal. La radiografía simple evidenció una luxación de codo con fractura desplazada del cuello del radio. Tras la reducción inicial, el TAC demostró la presencia de una fractura desplazada de la cabeza del radio y una fractura de la punta de la apófisis coronoides (Regan y Morrey tipo I). Se realizó tratamiento quirúrgico consistente en: prótesis de cabeza del radio, reanclaje de la apófisis coronoides con arpon y reconstrucción del complejo ligamentoso lateral.

El control intraoperatorio mediante escopia mostró estabilidad articular con la flexoextensión pasiva.

**Resultados.** La evolución postoperatoria fue satisfactoria lográndose un rango de movilidad de -10° de extensión y 120° de flexión, supinación completa y -10° de pronación.

**Comentarios y conclusiones.** La triada terrible es una grave lesión en la que se produce un fallo de los estabilizadores óseos y ligamentosos del codo. El tratamiento debe dirigirse a lograr un codo estable que permita la movilización precoz. Para ello es necesario sintetizar o reemplazar la cabeza del radio ya que es un estabilizador frente al valgo importante al estar lesionado el ligamento colateral medial, sintetizar la fractura de la coronoides que es el tope al desplazamiento posterior del codo, y reconstruir el complejo ligamentoso lateral. Si no se consigue un codo estable se debe colocar un fijador externo articulado para la movilización precoz de la articulación.

## CC 093

### UTILIZACIÓN DEL FIJADOR EXTERNO DE HÚMERO Y CODO

Garrido Santa María, I.; Araguás Biescas, A.; Gil Albarova, J.; Garrido-Santamaría, R.; Cordon Ruiz, R. y Herrera Rodríguez, A. *Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción y objetivos.** El fijador externo de húmero es una herramienta terapéutica versátil: tratamiento de fracturas (sobre todo las abiertas o compromiso vasculo-nervioso), como para cirugía ortopédica.

**Material y método.** Revisamos 25 casos intervenidos en el Hospital Universitario Miguel Servet desde el 2000 con un fijador externo de húmero (25 fijadores en 20 pacientes). 15 fueron intervenidos por causa traumática y 10 de cirugía ortopédica.

**Resultados.** En CO: 2 osteotomías desrotadoras de húmero en parálisis braquial obstétrica y 8 alargamientos de húmero en pacientes acondroplásicos. De los 15 casos traumáticos 10 fueron fracturas abiertas: 5 tenían compromiso neurológico y 3 vascular importante. En 3 casos traumáticos se utilizó el fijador para realizar artrodiastasis. En los 10 casos de cirugía ortopédica se utilizó el fijador como tratamiento único y sólo en 3 de los 15 de traumáticos. Inmovilización con el fijador fue 6,5 meses en CO y 3 en la traumática. 3 infecciones (en las fracturas abiertas de paleta humeral) y 2 roturas fijador por estrés del material en alargamientos de húmero. En CO obtuvimos buenos resultados en los 10 casos y en 5 de los 15 traumáticos, por gran déficit de movilidad, secuela de las fracturas graves de la paleta humeral.

**Comentarios y conclusiones.** El fijador externo de húmero y codo es útil tanto en los traumatismos complejos, como en la Cirugía ortopédica como tratamiento definitivo o como primer paso terapéutico. La planificación de la cirugía es importante para permitir gestos terapéuticos asociados (osteotomías, colocación de osteosíntesis posteriores complementarias...).

## CC 094

### A PROPÓSITO DE UN CASO DE PSEUDOARTROSIS FUNCIONAL TRAS UNA FRACTURA DE CUELLO DE RADIO

Sierra Madrid, P.J.; Vara Patudo, I.; Gebhard, C.; Gómez Martín, A.; Vitoria Recio, F. y Vaquerizo, V. *Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares; Madrid.*

**Introducción y objetivos.** presentación de un inusual caso de pseudoartrosis funcional tras una fractura-luxación de codo.

**Material y método.** una adolescente de 13 años sin antecedentes médicos presenta deformidad, dolor e impotencia funcional de codo derecho tras caída. La radiología revela una luxación posterior de codo y tras la reducción en urgencias, se diagnostica una fractura desplazada de cuello de radio (fisis cerradas). Se procede a la RAFI con 2 agujas. Cuatro meses tras la cirugía la paciente presenta un déficit importante de flexo-extensión y prono supinación. Se decide la retirada del material de osteosíntesis, limpieza del foco de fractura y movilización pasiva en quirófano, donde se comprueba la ausencia de consolidación. Se avisa a la familia de la alta probabilidad de necesidad quirúrgica en un futuro.

**Resultados.** Cuatro años después la paciente tiene movilidad completa no dolorosa del codo con mínimo valgo y parestesias ocasionales en territorio cubital.

**Comentarios y conclusiones.** La pseudoartrosis de cuello de radio es una rara complicación tras las fracturas en adolescentes. La severidad del desplazamiento de la fractura inicial y una fijación interna inadecuada son los principales factores de riesgo. Los tratamientos recomendados son la observación, excisión de la cabeza y cuello radial o la RAFI con injerto óseo. La elección debe hacerse en función del dolor, deformidad y función. No siempre tras la RAFI se consigue mejoría clínica. En nuestro caso optamos por el conservador dada la escasa limitación y deformidad.

## CC 095

### LUXACIÓN CONVERGENTE DE CODO

Alonso Benavente, A.J.; López Alameda, S.; López Ruíz De Salazar, A.; Marín Guijarro, D. e Ibáñez Tomé, J.M. *Complejo Asistencial de Segovia.*

**Introducción y objetivos.** La luxación de codo supone un 3% de las lesiones que se producen por traumatismos en dicha articulación durante la infancia. Su combinación con la translocación radiocubital a nivel proximal, es muy infrecuente.

**Material y método.** Varón 7 años, que acude a consulta por luxación posterior de codo tratada mediante reducción e inmovilización con férula tres semanas antes. Tras retirar férula presenta bloqueo del antebrazo en pronación y flexo-extensión conservada. Se realizan radiografías y se comparan con las previas. Se confirma la luxación posterior y además que el radio se articula con la tróclea y el cúbito con el *capitulum*.

**Resultados.** Con el diagnóstico de luxación convergente de codo, se realiza un abordaje lateral, reducción e implantación de dos agujas de Kirschner. A las tres semanas se retiran y se inicia tratamiento rehabilitador. La flexión, extensión y supinación eran completas, pero existía un déficit funcional para la pronación de 30° respecto al contralateral, que se ha mantenido en el tiempo.

**Comentarios y conclusiones.** Son lesiones que se producen por hiperpronación, valgo y extensión del codo. La clínica no difiere de la de una luxación habitual, pero se presenta flexo-extensión conservada con bloqueo de la pronación-supinación. El diagnóstico fue al inicio o tras reducción fallida. El 10% se redujeron de forma cerrada, un 30% precisaron agujas y un 60% reducción abierta.

## CC 096

### NEUROPATÍA CUBITAL TRAS FRACTURA SUPRACONDÍLEA DE CODO TRATADA QUIRÚRGICAMENTE EN NIÑO DE 6 AÑOS

De Francisco Marugan, B.\*; Gimeno García-Andrade, M.D.\*\*; González-Criado Mateo, F.\* y Rubio Quevedo, R.\* *\*Hospital Del Sureste, \*\*Hospital Clínico San Carlos. Madrid,*

**Introducción y objetivos.** La neuropatía cubital en fracturas supracondíleas de húmero intervenidas en niños constituye una entidad frecuente sobre todo en los casos en los que se ha reducido la misma a foco cerrado mediante osteosíntesis percutánea medial.

**Material y método.** Paciente de 6 años sin antecedentes personales de interés que sufre caída casual presentando fractura supracondíleas de húmero derecho intervenida quirúrgicamente mediante reducción cerrada y síntesis con dos agujas percutáneas, una medial y otra lateral. Acude a nuestro hospital presentando clínica de neuropatía cubital. A las 3 semanas de la fractura, se retiran las agujas de Kirschner.

**Resultados.** Al persistir la sintomatología cubital, se realiza EMG :Neuropatía cubital derecha severa, sin poderse establecer localización lesional. Al no mejorar la clínica cubital se decide exploración quirúrgica del nervio cubital a nivel del codo evidenciándose integridad del mismo y una zona de fibrosis, procediéndose a la neurlisis y transposición anterior del nervio cubital. [om/982444](http://om/982444).

**Comentarios y conclusiones.** En los casos en los que no se evidencia mejoría de la sintomatología cubital tras las fracturas supracondíleas de codo en niños está indicada la exploración quirúrgica: En la mayor parte de los trabajos descritos, en la exploración quirúrgica se evidencia integridad del nervio cubital, en cuyo caso está indicada la liberación y transposición anterior.

## CC 097

### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LUXACIÓN SIMPLE DE CODO

Muñoz Ortus, J.M.; Crespo Rivero, J.M.; Gutiérrez Sánchez, L.; Hernández Fernández, G.; García Pesquera, J.M. y Blanco Pozo, A.  
*Hospital General Yagüe.*

**Introducción y objetivos.** Las luxaciones simples de codo, sin lesiones óseas asociadas, se tratan generalmente de forma ortopédica. No es frecuente la inestabilidad grave tras la reducción, situación que precisa tratamiento quirúrgico. Nuestro objetivo es describir las distintas opciones terapéuticas para este tipo de lesiones.

**Material y método.** Describimos el caso de un paciente varón de 48 años de edad que sufre caída casual presentando luxación posterexterna de codo sin lesiones asociadas. De urgencias se trató con reducción cerrada e inmovilización con yeso pero ante la potencial inestabilidad de la articulación se optó por la colocación de un fijador externo.

**Resultados.** A las 4 semanas se retiró el fijador externo comenzando la movilidad obteniéndose un 80% de recuperación de la misma con escasos síntomas dolorosos al forzar los últimos grados de la flexoextensión.

**Comentarios y conclusiones.** Una reducción estable se define como aquella en la que la reducción se mantiene desde los últimos 60° de flexión a la flexión completa. La inestabilidad se produce por la rotura de la contención ligamentosa de la articulación y su reparación quirúrgica se ha demostrado ineficaz, optándose por la estabilización con fijador externo para la temprana movilización y así evitar la principal complicación que es la limitación en extensión.

## CC 098

### TRATAMIENTO DE EPICONDILITIS POR ARTROSCOPIA. NUESTRA EXPERIENCIA

García Paños, J.P.; Martínez Martínez, F.; Cano Gea, R.; Valcárcel Díaz, A.; Fernández Sánchez, J.R. y Rodríguez Martínez, R.A.  
*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (El Palmar-Murcia).*

**Introducción y objetivos.** La epicondilitis lateral es una patología muy frecuente, sobre todo en el ámbito laboral y deportivo. Se han descrito numerosas alternativas quirúrgicas cuando fracasa el tratamiento conservador (peinado o desinserción tendinosa, factores de crecimiento...). La artroscopia ofrece una alternativa al tratamiento quirúrgico de esta patología. Exponemos nuestra experiencia con esta técnica, utilizada con el objetivo de conseguir la reincorporación del paciente lo más precoz posible.

**Material y método.** Presentamos 12 casos de epicondilitis lateral de codo tratados artroscópicamente tras fracaso del tratamiento conservador. Realizamos la artroscopia utilizando un portal medial para visión y un portal lateral para instrumentación. Se realiza desinserción de la musculatura epicondilea (únicamente fibras tendinosas); se comprueba sistemáticamente el estado del cartilago articular radiocapitelar y la posible presencia de meniscoide o sinovitis en esta zona para descartar otras posibles etiologías.

**Resultados.** Hemos obtenido un 66.6% (8 casos) de resultados excelentes-buenos, un 30.5% (3 casos) de resultados regulares y un 8.3% (1 caso) de resultados malos. No ha habido pérdida de balance articular en ningún caso. Todos los pacientes, excepto uno se reincorporaron a su actividad habitual con un tiempo medio de 7.6 semanas. No hubo ningún caso de infección. No se han necesitado reintervenciones.

**Comentarios y conclusiones.** La artroscopia constituye una alternativa eficaz para el tratamiento de la epicondilitis cuando el tratamiento conservador ha fracasado.

Aunque los resultados a largo plazo son similares a los de la cirugía abierta, la artroscopia permite la reincorporación más temprana y con menos complicaciones.

## CC 099

### FRACTURA DE CAPITELLUM TRATADA MEDIANTE OSTEOSÍNTESIS CON TORNILLOS DE COMPRESIÓN. RESULTADO CLÍNICO

Donaire Hoyas, D.; Navarrete Jiménez, J.D.; Alcántara Atienza, J.A.; López Alcázar, J. y Bravo Pérez, A.J.  
*Hospital Virgen de las Nieves, Granada.*

**Introducción y objetivos.** Paciente varón de 14 años que sufre caída casual en Enero de 2008 con traumatismo en codo derecho.

**Material y método.** Al ingreso presenta impotencia funcional marcada con dolor intenso en codo. Se realizaron radiografías simples y siguiendo la sospecha clínica se completó el estudio mediante TAC. El diagnóstico final fue de fractura del epicóndilo humeral con desplazamiento distal y extensión del trazo de fractura a la tróclea humeral.

**Resultados.** Se propone tratamiento quirúrgico y se realiza la osteosíntesis con tres tornillos de compresión tipo Herbert en dirección posteroanterior en el capitellum. Durante el seguimiento en consulta el paciente ha mejorado progresivamente su movilidad, encontrándose en la actualidad con un rango de movimiento de 15°-flexión completa y sin dolor.

**Comentarios y conclusiones.** En este caso la fractura no estaba muy desplazada, lo que ayuda a la osteosíntesis. Es importante remarcar que los tornillos no deben llegar a la superficie articular, pues condicionarían el resultado clínico. La corta edad del paciente ayuda a la recuperación de la movilidad en la mayoría de los casos, que es la principal complicación de este tipo de cirugía.

## CC 100

### SÍNDROME DE ESSEX-LOPRESTI TRAS TRATAMIENTO EVOLUTIVO DE FRACTURA DE CABEZA RADIAL

García Paños, J.P.; Martínez Martínez, F.; Fernández Sánchez, J.R.; Valcárcel Díaz, A.; Cano Gea, R. y Medina Quirós, M.  
*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (El Palmar-Murcia).*

**Introducción y objetivos.** La lesión de Essex-Lopresti se diagnostica en pocas ocasiones de urgencia. Lo más habitual es que el diagnóstico se establezca en un segundo tiempo, consecuencia del pseudoacortamiento de la diáfisis radial tras resección, prótesis mal adaptada o fracaso de la osteosíntesis.

**Material y método.** Paciente de 34 años que sufre fractura de cabeza radial IIIC de Mason tratado mediante osteosíntesis con placa. Durante la rehabilitación refiere dolor en codo y muñeca, atribuido a reducción defectuosa por lo que se realiza extracción del material de osteosíntesis y exéresis de la cabeza radial. Meses después aparece protusión cubital dorsal distal, limitación de la pronosupinación e inestabilidad radiocubital distal clínica. Las pruebas complementarias muestran cubitus plus de 5 mm. Con diagnóstico de Síndrome de Essex-Lopresti se decide tratamiento quirúrgico. En un primer tiempo artroscópico se aprecia rotura del fibrocartilago triangular. Se realiza osteotomía de acortamiento cubital fijada con placa (sistema Trimed) más sutura con puntos transóseos del fibrocartilago. Inmovilización con férula braquialpalmar durante 3 semanas y férula antebraquial durante 2 semanas más.

**Resultados.** Tras rehabilitación presenta pronosupinación completa, no dolorosa y estabilidad a la exploración radiocubital distal.

**Comentarios y conclusiones.** La exploración física es fundamental para el diagnóstico de este tipo de lesiones en urgencias. En el tratamiento de urgencia es elemental mantener la longitud del radio, ya sea mediante osteosíntesis estable o sustitución protésica de la cabeza. En casos tardíos la osteotomía de acortamiento cubital más la reparación del complejo fibrocartilaginoso triangular constituye una buena opción terapéutica.

## CC 101

### RESULTADOS DE LA OSTEOSÍNTESIS CON PLACA EN FRACTURAS-LUXACIONES DE MONTEGGIA

Izquierdo Plazas, L.; Lajara Marco, F.; Ricón Recarey, F.J.; Aguilar Martínez, M.L.; Navarro González, F.M. y Lozano Requena, J.A.  
*Hospital Vega Baja (Orihuela).*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas-luxación de Monteggia son lesiones poco frecuentes pero potencialmente graves, que comprometen la movilidad de codo y antebrazo y cursan con complicaciones en un número relativamente alto de casos. La propuesta de este estudio es analizar los resultados radiológicos y funcionales de las fracturas-luxaciones de Monteggia tratadas mediante osteosíntesis con placa.

**Material y método.** Se revisan retrospectivamente 19 casos intervenidos en nuestro servicio entre 1996 y 2006 por fractura-luxación de Monteggia mediante osteosíntesis con placa. La media de edad fue de 47'61 años, encontrando 9 varones y 4 mujeres. Fueron clasificados según Bado. Hubo 7 fracturas abiertas y otras 4 presentaron fractura de cabeza radial. Al final del periodo de seguimiento se registró la presencia o

no de consolidación, se evaluó la funcionalidad según la escala de Mayo (MEPS) y se anotaron las complicaciones.

**Resultados.** Tras un seguimiento medio de 7,5 años, se evaluaron 13 pacientes. Se logró la consolidación en todos los casos tras 7,75 semanas, excepto un paciente. Se obtuvo una puntuación media de 94/23 puntos según la escala MEPS. Como complicaciones: dos pacientes precisaron reintervención para extracción del material, hubo 2 casos de infección de partes blandas, un caso de rotura del material y otro de rigidez.

**Comentarios y conclusiones.** Teniendo en cuenta el limitado número de casos de nuestra serie, consideramos que el tratamiento con placa proporciona unos resultados satisfactorios en las fracturas-luxaciones de Monteggia, especialmente en pacientes con fractura de cabeza de radio asociada.

## CC 102

### CONDROMATOSIS SINOVIAL COMO CAUSA DE DOLOR CRÓNICO DEL CODO

Arias Martín, F.; Vázquez Vecilla, I.; de la Rubia Marcos, A.; Zabala Llerandi, J.; Ramos del Río, A. y Ramos Pascua, L.R. *Complejo Asistencial de León. León.*

**Introducción y objetivos.** La condromatosis sinovial es una patología de carácter benigno o pseudotumoral en la que aparecen múltiples nódulos cartilaginosos por metaplasia del tejido sinovial. Es más frecuente en varones y suele presentarse, en orden de frecuencia, en la rodilla, cadera y tobillo. Presentamos dos casos de condromatosis del codo, donde no es habitual.

**Material y método.** Presentamos dos pacientes varones de 40 y 62 años de edad que presentan dolor crónico de intensidad leve en el codo. El de mayor edad, además, con tumoración en la cara lateral y medial del codo desde hace 30 años. En la radiología simple se observan múltiples formaciones osteocondensantes en la articulación que se confirman en RM. Con el diagnóstico de condromatosis sinovial se recomienda la extracción de los cuerpos libres y la sinovectomía, que ambos pacientes rechazan por considerar que no interfería suficientemente en su actividad.

**Resultados.** Tras un período de seguimiento medio de 3 años, la sintomatología no se ha modificado y ambos pacientes continúan en revisiones realizando una vida normal.

**Comentarios y conclusiones.** La condromatosis sinovial es una patología de curso benigno que usualmente precisa de tratamiento quirúrgico. Cuando no afecta a articulaciones de carga su curso parece ser menos sintomático y podría justificar un tratamiento conservador

## CC 103

### NEUROPATÍA DE ATRAPAMIENTO DEL NERVO MUSCULOCUTÁNEO TRAS ROTURA BICEPS

Laredo Rivero, R.; Polo Simón, F.; Menéndez Martínez, P.; Gómez Bermejo, M.; Ruiz Mico, N. y Rey López, A. *Hospital Virgen de la Salud de Toledo.*

**Introducción y objetivos.** Las neuropatías del miembro superior por compresión han tenido un significativo aumento en las últimas décadas, hasta el punto de aplicarse el término de "epidemia". Su etiología corresponde a un estrechamiento a nivel de un canal osteofibroso, muscular o fascial, por causa traumática o degenerativa.

Presentamos un caso de rotura crónica de biceps braquial que resultó un síndrome asociado de atrapamiento del nervio musculocutáneo.

**Material y método.** Varón de 45 años consulta por pérdida de fuerza a la flexión del codo y sensaciones disestésicas en borde lateral antebrazo. Presenta antecedente de rotura biceps braquial tratada mediante tratamiento conservador. Realizamos RMN visualizándose rotura completa biceps braquial con retracción del vientre muscular. Programado para reinserción muscular, durante la cirugía visualizamos rotura incompleta de dicho músculo y atrapamiento importante del nervio musculocutáneo que se libera.

**Resultados.** Se realiza RMN postquirúrgica en la que se visualiza el paso de dicho nervio a ese nivel. Se realiza EMG de control que presenta signos de atrapamiento crónico que mejoran en un EMG 6 meses después. Actualmente el paciente se encuentra asintomático con leve pérdida fuerza en dicho miembro.

**Comentarios y conclusiones.** La patología por atrapamiento supone una afección frecuente, que se diagnostica cada vez más como etiología

degenerativa. Sin embargo, debemos tener en cuenta la posible causa traumática en cualquier localización de los miembros que la provoque secundariamente. Es importante realizar un estudio completo en pacientes que presenten síntomas neurológicos postraumáticos que incluya un EMG y otras pruebas complementarias necesarias para preparar la posible descompresión.

## CC 104

### TRATAMIENTO POR ARTROSCOPIA DE LA RIGIDEZ POSTRAUMÁTICA DE CODO EN ADOLESCENTES

Brun Sánchez, M.; González Arteaga, F.J.; Arrastia Lacunza, J.; Ruiz Ruiz, J.; Martínez de Lecea Placer, F. y Baranda Areta, V. *Hospital Virgen del Camino. Clínica Ubarmin. Pamplona. Navarra.*

**Introducción y objetivos.** La rigidez postraumática de codo es un problema de difícil solución en el tratamiento de las secuelas de los traumatismos articulares. En los pacientes adolescentes, la artrolisis por cirugía abierta aporta resultados menos satisfactorios que en pacientes adultos. La artroscopia de codo en las rigideces postraumáticas permite una técnica menos agresiva que favorece la rehabilitación inmediata.

**Material y método.** Se revisan 4 casos de pacientes entre 17 y 19 años con déficit de movilidad residual tras traumatismos articulares en codo. En todos los casos se había realizado previamente tratamiento rehabilitador. La intervención se practicó como mínimo un año después del traumatismo y consistió en una artroscopia de codo realizando artrolisis y resección de osteofitos. Se inició tratamiento rehabilitador inmediato con movilizaciones y férulas en flexión o extensión. En 2 casos se practicó un bloqueo nervioso y se dejó un catéter para asociar una dosis anestésica a las movilizaciones posteriores.

**Resultados.** No se registraron complicaciones con la técnica ni en el postoperatorio. En 3 de los casos se consiguió una mejoría significativa de la movilidad, con un resultado funcional aceptable y total satisfacción de los pacientes. En el caso restante se recuperó una movilidad articular casi completa durante la intervención, pero posteriormente se reprodujo la rigidez.

**Comentarios y conclusiones.** La artrolisis artroscópica es una técnica eficaz, poco agresiva y especialmente indicada en el tratamiento de pacientes adolescentes. Es importante el tratamiento rehabilitador precoz y es muy útil el bloqueo nervioso asociado a la colocación de un catéter.

## CC 105

### ARTROPLASTIA DE CODO EN FRACTURAS COMPLEJAS DE HÚMERO DISTAL EN PACIENTES ANCIANOS

Herrera Mera, P.; García Medina, P.; Del Olmo Hernández, T.; De Lucas Cadenas, P.; Alonso Güemes, S. y Beano Aragón, A. *Hospital Ramón y Cajal. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas de húmero distal tienen un manejo difícil. Las fracturas intra-articulares requieren una reducción anatómica precisa y fijación estable que permita una movilización precoz del codo. La osteosíntesis es dificultosa en pacientes jóvenes con buena calidad ósea y es más compleja en pacientes ancianos con osteopenia asociada. Habitualmente, en pacientes muy ancianos, este tipo de fracturas se han tratado en nuestro centro de forma conservadora con persistencia del dolor. La artroplastia de codo constituye una opción en pacientes ancianos con hueso osteopélico y continuación de la fractura.

**Material y método.** Presentamos dos pacientes. El primero es una mujer de 96 años que presentó una fractura supraintercondilea conminuta desplazada de húmero derecho, inicialmente tratada de forma conservadora con persistencia del dolor, motivo por el cual se decidió implantar una artroplastia de codo tipo Latitude. El segundo paciente es un varón de 95 años que presentó una fractura de supraintercondilea derecha conminuta, decidiéndose tratamiento primario mediante implante de artroplastia de codo tipo Latitude.

**Resultados.** En ambos pacientes, se obtuvo una adecuada estabilidad articular tras la intervención con movilidad aceptable y buen control del dolor. No ha habido complicaciones relacionadas con las partes blandas ni con el implante, y ambos pacientes han recuperado su calidad de vida previa.

**Comentarios y conclusiones.** Las fracturas de húmero distal en pacientes ancianos son lesiones complejas de tratar. La artroplastia de codo como tratamiento primario de la fractura en estos pacientes constituye una opción razonable con buenos resultados clínicos.



## CC 106

### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CON RETROBUTTON EN LAS ROTURAS DISTALES DE BÍCEPS BRAQUIAL

Fernández Doral, F.J.\*; Trell Lesmes, F.\*; Martínez Maside, M.\*\*; Oteo Maldonado, J. A.\*; Pascual Del Hoyo, S.\* y García Lazaro, F.J.\*  
\*Hospital De Fuenlabrada, \*\*Hospital Infanta Leonor.

**Introducción y objetivos.** El bíceps braquial es un músculo muy importante para la función de la extremidad superior. Su rotura ocurre a nivel distal en el brazo dominante de hombres de mediana edad y a nivel proximal en pacientes de mayor edad. Se reconoce clínicamente por la debilidad de flexión del codo, la inflamación y equimosis del mismo. Es recomendable reparar anatómicamente las roturas distales, salvo en pacientes con poca demanda funcional, ancianos, pacientes con morbilidad elevada, roturas crónicas irreparables, infección activa. La cirugía se puede llevar a cabo por incisión doble o por incisión única; la 1ª requiere más disección, se asocia con sinostosis radioulnar y lesiones del nervio interoseo posterior y la 2ª tiene algunas exigencias técnicas.

**Material y método.** El Retrobutton, dispositivo usado en ligamentoplastia de rodilla, se puede emplear para la reparación de las roturas bicipitales por incisión única anterior de unos 4-6 cm., creemos que aporta ventajas por su sencillez técnica y mayor resistencia comparada con arpones, tornillos interferenciales o trampillas óseas. Presentamos los casos de 2 pacientes en los que se ha llevado a cabo este procedimiento en Nuestro Servicio.

**Resultados.** En nuestros casos la reparación se llevo a cabo de forma aguda, la sensación de firmeza inmediata nos permitió iniciar una movilidad precoz, no existieron complicaciones y la recuperación de la función fue rápida y satisfactoria.

**Comentarios y conclusiones.** El uso del Retrobutton en esta patología simplifica la técnica, disminuye las complicaciones y da buenos resultados funcionales.

## CC 107

### ROTURA DEL TENDÓN DISTAL DEL TRICEPS TRAS EXTENSIÓN FORZADA. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Liñán Padilla, A.; Jiménez Baquero, J.; Mellado Castellero, J.M.; López Pliego, M.; Giraldez Sánchez, M.A. y Cano Luis, P.

**Introducción y objetivos.** La rotura del tendón de inserción del tríceps es poco frecuente siendo descrita como la lesión tendinosa menos frecuente, lo que dificulta su diagnóstico en el momento inicial.

**Material y método.** Presentamos el caso de una rotura tras una contracción intensa en un paciente joven. Paciente de 51 años sin antecedentes de interés que tras realizar una extensión forzada del brazo presenta dolor agudo intenso en cara posterior del brazo, hachazo a nivel posterior del codo, equimosis y limitación para la extensión. Paciente de 51 años sin antecedentes de interés que tras realizar una extensión violenta del brazo presenta dolor agudo intenso en cara posterior del brazo, hachazo y limitación para la extensión del codo.

**Resultados.** Se realiza ecografía urgente que confirma la rotura tendinosa por lo que se procede a la intervención quirúrgica inmediata, realizándose sutura-reinserción tendinosa e inmovilización con férula en extensión.

**Comentarios y conclusiones.** La rotura del tendón tricipital representa menos del 1% de las patologías tendinosas del miembro superior. La mayoría de los pacientes presentan dolor agudo, limitación funcional y equimosis en cara posterior del codo. Casi todos los casos ocurren en tendones anormales. La mayoría de los casos son avulsiones de la inserción en el olecranon y en ocasiones el tratamiento puede requerir la realización de una plastia por ser imposible la inserción.

## CC 108

### OSIFICACIÓN HETEROTÓPICA DE CODO TRAS POLITRAUMATISMO

Sales Fernández, R.; Herrera Mera, P.; Moros Marcos, S.; Cebreiro Martínez Del Val, I.; Martínez Limón, C. y Ruiz Iban, M.A.  
*Hospital Ramón y Cajal. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** La osificación heterotópica se caracteriza por la presencia de depósitos periarticulares de hueso ectópico. Cuando se

localiza en el codo produce un déficit funcional importante estando indicada la intervención quirúrgica. Presentamos un caso de anquilosis de codo secundaria a osificación heterotópica en paciente con secuelas de politraumatismo.

**Material y método.** Varón de 34 años con osificación heterotópica de codo derecho tras sufrir politraumatismo grave. El paciente presenta un codo anquilosado a 95° aunque preserva la pronosupinación. En radiografía y TAC se muestra depósitos de hueso heterotópico sobre fosa olecraneana y coronoides. Se le administra radioterapia preoperatoria a dosis bajas y se interviene a través de un abordaje posterior extenso con acceso medial "over the top" de Hotchkiss (previa liberación del nervio cubital) y lateral tipo "column procedure" de Morrey. Se resecan las calcificaciones y se coloca un fijador externo articulado consiguiendo una movilidad intraoperatoria de 30-175°. Comienza la rehabilitación en el 3º día postoperatorio. Pauta indometacina 50 mg/12 horas. Se retira el fijador a las 6 semanas.

**Resultados.** Con un seguimiento a 4 años el paciente mantiene un arco de movilidad funcional de flexión completa y -30° de extensión.

**Comentarios y conclusiones.** El tratamiento quirúrgico se debe hacer a través de un abordaje extensible y utilizando planos que respeten los ligamentos colaterales para evitar inestabilidad residual del codo. Es prudente tener un fijador externo articulado del codo por si se produce inestabilidad tras la resección de las calcificaciones además de permitir una movilización precoz controlada.

## CC 109

### RECONSTRUCCIÓN DE CABEZA RADIAL EN INESTABILIDAD POSTEROLATERAL ROTATORIA DE CODO

Cruchaga Celada, A.; Saez de Ugarte Sobron, O.; Astobiza Bretones, I.; Uriarte Llano, I.; Ruiz de Gopegui Aramburum K. y Gorostiola Vidaurrázaga, L.

*Unidad de Cirugía de la mano. Servicio COT. Hospital de Galdakao-Usánsolo (Vizcaya).*

**Introducción y objetivos.** La inestabilidad posterolateral rotatoria del codo se presenta como dolor en el lado radial del codo, falta de fuerza e inestabilidad. El diagnóstico se basa en la clínica y en una maniobra de pivoteo lateral positiva. Actualmente hay estudios que demuestran que la lesión de la cabeza de radio y la apófisis coronoides contribuye a la aparición de una inestabilidad posterolateral del codo.

**Material y método.** Presentamos el caso de un hombre de 38 años diagnosticado inicialmente de fractura conminuta de la cabeza radial, y tratado de forma conservadora. Tres meses después, fue remitido a nuestras consultas y se diagnosticó una inestabilidad posterolateral rotatoria de codo. El estudio TAC mostró una fractura de coronoides, de pequeño tamaño, que había pasado desapercibida, y un defecto de los 2/3 anteriores de la cabeza del radio. Realizamos una reconstrucción del radio, con los fragmentos óseos de la propia cabeza y realizamos la fijación con tornillos interfragmentarios y una placa. Intraoperatoriamente se comprobó la estabilidad de la articulación, tanto clínicamente, como radiológicamente.

**Resultados.** Seis meses tras la cirugía el paciente está asintomático, y sólo ha perdido 10° de extensión.

**Comentarios y conclusiones.** En caso de fracturas de la cabeza radial, deben buscarse posibles lesiones asociadas. Tanto la sustitución protésica de la cabeza del radio, como su reconstrucción, si esta es posible, pueden ayudar a recuperar la estabilidad, en caso de inestabilidad persistente del codo.

## CC 110

### PSEUDOARTROSIS SOBRE FRACTURA LUXACIÓN DE CODO

Castán Bellido, L.; García Gutiérrez, C.; Castillo Palacios, A.; Blanco Rubio, N.; Moros Marco, A. y Seral Iñigo, F.  
*HCU Lozano Blesa.*

**Introducción y objetivos.** Las luxaciones traumáticas de codo en niños son unas lesiones poco frecuentes (3-6% del total de las lesiones sobre el codo infantil), asociándose con gran frecuencia a fracturas (la avulsión de la epitroclea es la más común, 25-36%). Algunos autores abogan por la reducción abierta y fijación interna (desplazamientos 3-5 mm, Rang-Heppenstall Blount). La incidencia de sintomatología

asociada a una pseudoartrosis fibrosa secundaria a este tipo de fracturas es muy baja; siendo tan solo entonces necesaria la intervención quirúrgica (epicondilectomía asociada a reinserción ligamento colateral medial).

**Material y método.** Se trata de un varón de 53 años, que acude con importante limitación funcional tras la realización de un esfuerzo importante contra resistencia. Como antecedente refiere fractura luxación de codo hace 45 años que fue tratada de forma conservadora. Se trata de una fractura de epitroclea asociada a interposición intrarticular sobre pseudoartrosis fibrosa.

**Resultados.** Se optó por la osteosíntesis a cielo abierto, mediante un tornillo de esponjosa de pequeños fragmentos. Pasado un mes de la intervención, el paciente experimenta un golpe directo sobre el codo derecho; mostrándose en el control radiológico un nuevo arrancamiento de la epitroclea. Durante la segunda intervención se realiza la exéresis del fragmento óseo. Procediéndose a la reinserción de la musculatura epitroclea y del complejo ligamentario colateral medial, mediante tres anclajes de poliéster.

**Comentarios y conclusiones.** Las fracturas de epitroclea aisladas son más habituales antes de los 20 años. El tratamiento de elección en los adultos es la osteosíntesis a compresión mediante un tornillo de esponjosa o dos canulados.

## CC 111

### FRACTURAS SENCILLAS Y COMPLEJAS DE CAPITELLUM HUMERAL

García Portabella, M.; Benito Castillo, D.; Pedemonte Jansana, J.; Massons Albareda, J.; Matellanes Higuera, J. y Mir Bulló, J.  
*Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** Trabajos recientes han demostrado que algunas lesiones aparentemente aisladas del capitellum humeral, son lesiones más complejas que afectan al cóndilo humeral lateral, la tróclea o la parte posteroinferior del mismo capitellum.

**Material y método.** Presentamos una serie de 8 casos de fractura de capitellum recogidos a lo largo de los 3 últimos años, de las cuales 4 resultan ser fracturas coronales simples tratadas mediante osteosíntesis, y 4 son fracturas complejas. Se estudiaron mediante Rx simple y TC. Se revisaron resultados funcionales.

**Resultados.** Las fracturas simples fueron satisfactoriamente tratadas mediante osteosíntesis con tornillos canulados, sin embargo de las tres fracturas complejas, una asociaba luxación húmero-cubital y requirió abordaje extendido y fijación transarticular temporal. La segunda era una fractura con conminución severa no sintetizable, fue tratada mediante resección e interposición de adhesivo de fibrina con un buen resultado funcional. La tercera era una fractura de cóndilo lateral asociada a fractura de olécranon: requirió fijación con tornillos canulados del capitellum y cerclaje de olécranon. La cuarta era una fractura combinada de la columna lateral y del capitellum tratada también mediante osteosíntesis.

**Comentarios y conclusiones.** Fracturas aparentemente banales del capitellum son realmente lesiones complejas, lo que hace recomendable la realización de TC preoperatorio con el fin de planificar el tratamiento quirúrgico. La cirugía precisa un abordaje extendido, y la dificultad de reducción se debe habitualmente al hundimiento de la porción inferior de tróclea y capitellum. Los resultados funcionales son peores que en las fracturas simples.

## CC 112

### TOFO GOTOSO GIGANTE EN CODO

García Paños, J.P.; Puertas García-Sandoval, J.P.; Cano Gea, R.; Valcárcel Díaz, A.; Fernández Sánchez, J.R. y Martínez Victorio, P.A.  
*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar-Murcia.*

**Introducción y objetivos.** Aún hoy pueden verse depósitos de urato monosódico de gran tamaño en pacientes con gota cuando no se realiza el tratamiento hipouricémico o se sigue de manera incompleta. Presentamos un caso de tofo gotoso gigante en codo por enfermedad no tratada por incumplimiento terapéutico.

**Material y método.** Paciente de 63 años que acude a consultas por tumoración a nivel posterior de codo derecho de años de evolución. Antecedente de hiperuricemia para la que no toma tratamiento a pesar de la prescripción de su médico. Presenta masa de 11 x 5 cm a nivel

retroolecraniano, de consistencia dura, irregular, adherida a planos profundos y cubierta por piel rosada, sin signos de complicación ni ulceración. Balance articular completo. Además presenta masas similares de menor tamaño a nivel de dorso de antepié derecho, cara anterior de rodilla derecha y dorso de metacarpofalángica del segundo dedo de mano derecha. En pruebas de imagen aparece lesión cálcaica peri olecraniana sin signos de artropatía. Con la sospecha de tofo gotoso se realiza exéresis de la masa mediante vía posterior de codo y se realiza estudio anatomopatológico.

**Resultados.** El estudio histopatológico confirma el diagnóstico de tofo gotoso. El paciente es derivado a especialista en Reumatología para estudio sistémico y tratamiento médico.

**Comentarios y conclusiones.** Los tofos de los codos suelen ser poco molestos excepto cuando su volumen es especialmente importante, en estos casos la exéresis constituye un tratamiento adecuado. El adecuado diagnóstico y tratamiento en atención primaria, así como el cumplimiento del mismo es fundamental para evitar este tipo de casos.

## CC 113

### ROTURA DEL TENDÓN DEL M. TRÍCEPS BRAQUIAL

Botella Lloret, M.; Bataller Alborch, J.L. y Sevilla Monllor, A.  
*Hospital Clínico de San Juan de Alicante, San Juan de Alicante.*

**Introducción y objetivos.** La rotura aguda intrínseca del tendón del músculo tríceps braquial es una patología muy infrecuente (menos del 1% de las tendinopatías de miembro superior) que se produce tras una contracción brusca con el brazo en extensión. Generalmente se asocia a avulsión cortical del olécranon.

**Material y método.** Varón 48 años que presenta dolor repentino durante práctica deportiva. En la exploración física se aprecia hematoma y signo del "hachazo". Aunque la extensión activa era posible contra gravedad, presentaba incapacidad para la extensión contrarresistencia. Se confirmó el diagnóstico mediante ecografía.

**Resultados.** Se intervino quirúrgicamente de forma urgente, realizándose reinserción transósea en olécranon. Se inmovilizó con férula braquial durante 3 semanas. Evolucionó favorablemente y tras 4 meses presenta un balance articular y muscular completos sin dolor.

**Comentarios y conclusiones.** Aunque el diagnóstico es habitualmente clínico, en algunas ocasiones pasa desapercibido debido a la escasez de síntomas clínicos y a la persistencia de cierto grado de movilización activa. La tumefacción y la equimosis pueden enmascarar la disrupción tendinosa.

## CC 114

### TRIADA TERRIBLE DE CODO

Martín Enrique, J.M.; Borrego Ratero, D.; Pescador Hernández, D.; Amores Solano, J.; López Alonso, S. y González Alconada, R.  
*Hospital Virgen de la Vega, Salamanca.*

**Introducción y objetivos.** La luxación de codo, asociada a fractura de la cúpula radial y a fractura de la apófisis coronoides, constituye la llamada triada terrible del codo, lesión que, en la mayoría de los casos, hace inestable dicha articulación y precisa fijación quirúrgica. El objetivo es conseguir una estabilización que permita la movilización precoz para mejorar el resultado funcional y el rango de movilidad.

**Material y método.** Llevamos a cabo una revisión retrospectiva de nueve casos atendidos en nuestro servicio en los últimos dos años, así como de las diferentes indicaciones terapéuticas en función de las características de la lesión y del paciente, imprescindibles para conseguir unos óptimos resultados. En 5 de los nueve casos revisados se practicó una corrección de la fractura de la cabeza radial mediante ORIF, en otros 3 se llevó a cabo la sustitución mediante prótesis y en uno de ellos la exéresis de la cabeza radial.

**Resultados.** Tras realizar un seguimiento de la evolución clínica de estos pacientes se pudo comprobar que en los casos tratados mediante ORIF y prótesis se conseguían unos buenos resultados funcionales, en contra del tratado con exéresis de la cabeza radial donde el rango de movilidad era menor.

**Comentarios y conclusiones.** En los casos de triada terrible del codo un tratamiento quirúrgico precoz eligiendo una adecuada indicación terapéutica favorece la buena evolución clínica del paciente.

## CC 115

### EMPLEO DE PROTESIS CONSTREÑIDA DE CODO EN LA SECUELA DE FRACTURA CON IMPORTANTE PÉRDIDA ÓSEA

Mellado Castellero, J.M.; López Pliego, M.; Moreno Domínguez, R.; Chacón Cartaya, S. e Hidalgo Pérez, M.  
*Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Introducción y objetivos.** La indicación de artroplastia de codo está aceptada en pacientes con artritis inflamatorias incapacitante y cirugía tumoral con buenos resultados funcionales. Su empleo en el ámbito traumatológico no es frecuente. Su principal indicación son las fracturas o secuelas de fracturas de codo con gran afectación articular asociada.

**Material y método.** Paciente que sufre accidente de tráfico presentando fractura supraintercondílea de paleta humeral con severa pérdida ósea del pilar lateral y fractura-luxación conjunta de olecranon, abiertas IIIB. Como cirugía de emergencia tras limpieza quirúrgica se estabilizó con FFEE. En segundo tiempo se osteosintetizó con placa de reconstrucción el pilar medial, fijando mediante AAKK la fractura cubital y se mantuvo el FFEE. Tras 6 meses presentaba severa destrucción articular con deformidad y anquilosis de codo.

**Resultados.** Como cirugía definitiva se realizó artroplastia total de codo constreñida de Conrad-Moore mediante abordaje posterior de codo, asociada a desinserción del triceps con pastilla ósea y reinsertión posterior. El BA conseguido tras 6 meses es prácticamente normal y el paciente se ha reincorporado a sus actividades de la vida diaria.

**Comentarios y conclusiones.** Esta técnica proporciona buenos resultados funcionales con rápida recuperación postoperatoria y reincorporación del paciente a sus actividades. No obstante dado la escasez de estudios publicados en la literatura sobre el resultado a largo plazo es necesario ser prudente en las indicaciones. La principal indicación a nivel traumatológico es la conversión a artroplastia ante la imposibilidad de realizar reconstrucción de la fractura mediante reducción abierta y osteosíntesis.

## CC 116

### PSUDOARTROSIS DE OLECRANON. A PROPÓSITO DE UN CASO

Erdocia Pascual, J.; Goikoetxea, X.; Egiraun, S. y Múgica Santibáñez, P.  
*Hospital de Cruces. Vizcaya.*

**Introducción y objetivos.** Se presenta el caso de una mujer de 55 años que tras una caída casual presenta una fractura de olecranon asociada a una fractura de cabeza de radio.

**Material y método.** Se procede a la reducción abierta y fijación interna de la fractura de olecranon mediante un cerclaje tipo obenque.

**Resultados.** Tras 5 meses de no conseguirse la consolidación de la fractura, se decide la reintervención mediante una placa de olecranon junto a la decapitación de la fractura del radio. Tras 8 semanas, se objetiva la consolidación de la fractura. Actualmente la paciente presenta una ligera limitación de la extensión pero mantiene unos niveles más que aceptables para la vida diaria.

**Comentarios y conclusiones.** La peculiaridad de nuestro caso, es la resolución del caso con la simple osteosíntesis con placa sin la necesidad de injertar o revitalizar el foco de pseudoartrosis.

## CC 117

### ESTUDIO COMPARATIVO TRATAMIENTO EPICONDILITIS CRÓNICA VÍA ARTROSCÓPICA-ABIERTA: RESULTADOS A CORTO PLAZO EN PACIENTE LABORAL

Unzurrunzaga Iturbe, R.; Lázaro Amorós, A.; Sauné Castillo, M.; Moranta Mesquida, J.; Grau Galtes, P. y Lucas Andreu, E.  
*MC Mutual Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** Comparar los resultados a corto plazo de pacientes con epicondilitis crónica tratados por medio de la desinserción artroscópica del ECRB y EDC, frente a los tratados por cirugía abierta.

**Material y método.** 22 pacientes afectados de epicondilitis refractaria al tratamiento conservador (fisioterapia e infiltraciones), con más de 6 meses de evolución, fueron tratados en nuestro centro, 12 por medio de una artroscopia de codo con revisión articular y desinserción del ECRB y EDC con electrocoagulador y 10 por cirugía abierta, evaluando los resultados con el cuestionario DASH y manometría a los 3 meses.

**Resultados.** En el grupo de la artroscopia, buena evolución en 10 de los casos, no se observaron complicaciones, dos pacientes fueron reintervenidos con cirugía abierta por persistencia clínica. Los hallazgos articulares y las lesiones según la clasificación de Baker no se correlacionaron con los resultados funcionales. Se observó una mejoría significativa en el DASH comparando con la medición preoperatorio. En la manometría el 33% mostró pérdida de fuerza de agarre de puño. En el grupo de la cirugía abierta, buena evolución en los 10 casos, no se observaron complicaciones. Se observó una mejoría significativa de los resultados del DASH comparando con la medición preoperatorio.

**Comentarios y conclusiones.** El tratamiento de la epicondilitis crónica por medio de la desinserción artroscópica del ECRB y el EDC presenta unos resultados a corto plazo comparables con el procedimiento abierto. No ha presentado complicaciones, permite el inicio más precoz de la rehabilitación y menor dificultad en conseguir extensión completa.

## CC 118

### NEUROPATÍA COMPRESIVA EN LA ARCADEA DE FROHSE

Alonso Domínguez, S.; Rubio Álvaro, M.C.; Menéndez Martínez, P.; Martínez González, C.; Cibantos Martínez, R. y Lara Escobar, F.  
*Hospital Virgen de la Salud.*

**Introducción y objetivos.** Neuropatía compresiva del antebrazo más frecuente del nervio radial. Posibles zonas de compresión: Bandas fibrosas, Vasos radiales recurrentes, Margen tendinoso segundo radial externo, Arcada de Frohse. Causas: Microtraumatismos repetidos (deportistas, trabajadores manuales), Sinovitis reumatoide, Mononeuritis, Yatrogenia (Cirugía codo). Afección músculos inervados por interóseo posterior: Supinador corto, Cubital posterior, Extensor común dedos, Extensor propio del 2º y 5º dedos, Abductor largo pulgar, Extensores largo y corto del pulgar, Segundo radial: afecto o no. Tratamiento quirúrgico, indicado en: Fracaso del tratamiento conservador (reposo, férulas, infiltraciones), Progresión de los síntomas de la neuropatía, Confirmación y localización del lugar del atrapamiento por EMG.

**Material y método.** Varón 33 años, jugador de tenis, presenta, sin antecedente traumático: Dolor en cara radial de antebrazo y masa extensora. Dificultad extensión dedos. Dificultad extensión y abducción primer dedo. Desviación cubital-. Desviación radial mano. Clínica compatible Síndrome Arcada de Frohse. EMG neuropatía nervio Interóseo posterior derecho. Confirmación diagnóstica.

**Resultados.** Cirugía descompresiva diseccionando nervio radial hasta su ramificación en rama sensitiva y motora y sección de la banda fibrosa de la Arcada de Frohse del supinador corto. Inmovilización antiálgica férula de yeso. Postoperatorio inmediato: gran disminución del dolor y comienza movilización dedos. 3 semanas: retirada férula, recuperación casi total de extensión de dedos, inicio extensión y abducción primer dedo y ausencia dolor. Rehabilitación.

**Comentarios y conclusiones.** El atrapamiento del nervio interóseo posterior puede ser una patología altamente incapacitante, presentando muy buenos resultados clínicos desde el postoperatorio inmediato, lo que permite una rápida incorporación a las actividades de la vida diaria.

## CC119

### RELACIÓN RADIOLÓGICA DE LA CABEZA RADIAL CON EL CÚBITO PROXIMAL

Aguilar Martínez, M.L.; Ricón Recarey, F.J.; Lajara Marco, F.; García Gálvez, A.; Izquierdo Plazas, L. y Lozano Requena, J.A.  
*Hospital Vega Baja. Orihuela (Alicante).*

**Introducción y objetivos.** El uso de prótesis de cabeza de radio en fracturas complejas de codo precisa de una adecuada elección tanto del tamaño, como de la altura de la cabeza radial, para evitar el sobredimensionado de la prótesis y la inestabilidad del codo. El objetivo de este trabajo es hallar unas referencias radiológicas de la altura de la cabeza radial en codos normales.

**Material y método.** Se realizaron radiografías de ambos codos a 20 voluntarios sin antecedentes de patología previa en el codo, 10 hombres y 10 mujeres. Se realizaron 4 radiografías de cada codo: anteroposterior, lateral, oblicua lateral y proyección de la cabeza radial-capitulum. Se realizaron posteriores mediciones de la altura de la cabeza radial respecto al cúbito proximal.

**Resultados.** En la radiografía anteroposterior, la cabeza radial se situaba distal a la punta de la coronoides en el 57'5% de los casos, en el 27'5% estaba en la punta de la coronoides y en el 15% restante se localizaba proximal a la punta de la coronoides. En la oblicua lateral el porcentaje distal a la coronoides asciende al 60%, con un 27'5% localizado en la coronoides y un 12'5% proximal a la misma. Al comparar estos resultados entre sexos, la cabeza radial se localizaba más distal en el grupo de mujeres para ambas proyecciones.

**Comentarios y conclusiones.** La altura de la cabeza radial se encuentra distal a la punta de la coronoides en aproximadamente el 60% de los pacientes, si bien este porcentaje es mayor en el caso de las mujeres.

## CC 120

### RESULTADOS DE LA REPARACIÓN DEL TENDÓN DISTAL DEL BÍCEPS BRAQUIAL MEDIANTE ANCLAJES TRANSÓSEOS

Gómez Roig, C.; González Pedrouzo, E.J.; García Forcada, I.; Iftimie, P. y Giné Gomà, J.

*Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona.*

**Introducción y objetivos.** La ruptura del tendón del bíceps distal suele afectar a hombres de mediana edad con áreas de degeneración preexistente a nivel de la tuberosidad radial. La lesión se produce en general por sobrecarga mecánica.

**Material y método.** Presentamos los resultados de 8 casos de reparación aguda del tendón distal del bíceps braquial. Todos los pacientes fueron hombres con una edad media de 44 años (35-53 años). El mecanismo de lesión fue un exceso de fuerza de extensión sobre el brazo flexionado. El diagnóstico se confirmó con resonancia magnética. Se interviniere mediante un abordaje anterior por una vía única y se reinsertó el tendón con anclajes transóseos. Se realizó una valoración de todos los pacientes mediante exploración física, potencia muscular con dinamómetro y monitorización clínica mediante la Oxford Elbow Score y la DASH Score con un seguimiento medio de 27 meses (10-48 meses).

**Resultados.** Todos los pacientes presentaron buenos resultados funcionales con un balance articular completo del codo y recuperación de la fuerza de la extremidad, la potencia del brazo afecto se situó entre 90-95% respecto el contralateral. Los resultados en la Oxford Elbow Score fueron una media 16 y e la DASH Score una media 1,7.

**Comentarios y conclusiones.** La re inserción del tendón distal del bíceps mediante el sistema de anclajes transóseos con vía única de abordaje permite iniciar una movilización precoz del codo debido a su fijación estable consiguiendo buenos resultados funcionales.

## COLUMNA (CC 121 - CC 176)

### CC 121

#### ENFERMEDAD DE KÜMMELL

Pescador, D.; Blanco, J.; Alconada, R.; López, S.; Amores, J. y Martín, J.M.

*Hospital Universitario de Salamanca.*

**Introducción y objetivos.** En 1985 Hermann Kümmell describió una entidad en la que tras un traumatismo banal, los pacientes presentaban, dolor y cifosis progresiva. La enfermedad de Kümmell es una rara patología vertebral, de la que se desconoce su epidemiología, caracterizándose por una osteonecrosis del cuerpo vertebral, tras mínimos traumatismos.

**Material y método.** Varón de 70 años afectado de Enfermedad de Parkinson que acude a consulta por empeoramiento de la marcha, dolor lumbar progresivo y aumento de la cifosis dorsal. En la exploración presenta disminución de fuerza en extremidades inferiores, con ROT vivos y gran rigidez. Las pruebas complementarias describen en la radiología simple una espondilolistesis grado II de L5- S1 con aplastamiento de L2, L3 y L4. Posteriormente se solicita RMN que se describe como espondilolistesis, fracturas aplastamientos de vértebras lumbares con zona líquida que sustituye a los cuerpos vertebrales L2, L3 y L4 con desplazamiento del muro posterior afectando al canal medular. La analítica general y los marcadores tumorales no presentan alteraciones.

**Resultados. Comentarios y conclusiones.** Ante estos hallazgos exploratorios se debe hacer diagnóstico diferencial con patología tumoral, fractura osteoporótica, enfermedad de Paget, infecciones entre otras

entidades. Teniendo en cuenta los resultados de las pruebas diagnósticas se consideró como diagnóstico la Osteonecrosis vertebral o Enfermedad de Kümmell que se confirmó mediante la biopsia. Se han propuesto varios tratamientos para esta patología que van desde la cifoplastia, vertebroplastia, fusión espinal entre otras. En nuestro caso se decidió realizar una cifoplastia con mejoría de la sintomatología.

### CC 122

#### LUMBALGIA POST-TRAUMÁTICA. UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A LA FRACTURA VERTEBRAL EN PACIENTE DE MEDIANA EDAD

Argüello Cuenca, J.M.; Taberero Fernández, J.M.; Crego Vita, D.; Sanz Ruiz, P.; Vicente Herrera, E. y Fernández Mariño, J.R.

*H.G.U. Gregorio Marañón. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Se describe el caso de un varón de 34 años, asintomático hasta la fecha, que acude a urgencias con dolor dorsolumbar tras traumatismo previo leve, sin antecedentes personales de interés ni alteraciones morfológicas apreciables. Es diagnosticado en urgencias de fractura intraesponjosa de la vértebra T11. El objetivo de este estudio es establecer un diagnóstico diferencial entre las posibles causas del proceso debilitante óseo.

**Material y método.** Se llevaron a cabo estudios de imagen mediante radiología simple y TC. Estudiamos parámetros analíticos relacionados con el metabolismo óseo, así como valores bioquímicos, hormonales, hematológicos y marcadores tumorales.

**Resultados.** El paciente presentaba alteraciones morfológicas vertebrales múltiples, siendo más significativas en los niveles L5, L4, L3, L1 y T11; siendo compatibles con nódulos de Schmorl. Presentaba esclerosis de los bordes vertebrales, así como pinzamientos anteriores somáticos vertebrales. El hundimiento vertebral de T11 apenas suponía un 15% de su altura original. Las diferentes pruebas diagnósticas analíticas y de imagen descartaron un origen tumoral o séptico del proceso.

**Comentarios y conclusiones.** La enfermedad de Scheurmann. tiene su sustrato anatomopatológico en una osteocondritis de los cartílagos vertebrales. Afecta a varones en la adolescencia sin poder descartarla en pacientes de mediana edad que presenten fracturas vertebrales ante esfuerzos o traumatismos leves o con deformidades progresivas.

### CC 123

#### CERVICALGIA SUBAGUDA RÁPIDAMENTE INVALIDANTE TRAS ESFUERZO MÍNIMO

Argüello Cuenca, J.M.; Díaz-Mauriño Garrido-Lestache, J.; Vicente Herrera, E.; Mediavilla Santos, L.; Crego Vita, D. y Sáez Martínez, D.

*H.G.U. Gregorio Marañón. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Se describe el caso de un varón de 84 años, con antecedente de Ca de próstata, que acude a urgencias con dolor cervical intenso tras esfuerzo leve, con tetraparesia asociada pero sin compromiso respiratorio. Refiere dolor cervical progresivo de 1 mes de evolución. Es diagnosticado en urgencias de fractura patológica de la apófisis odontoides de la vértebra C2 de tipo II. El objetivo de este estudio es establecer el diagnóstico y tratamientos de urgencia y definitivos de este tipo de lesiones.

**Material y método.** Se llevaron a cabo estudios de imagen mediante radiología simple y TC. El paciente fue inmovilizado, hasta la fecha de la cirugía, con un compás de Gardner-Wells y 4 kg de peso. Se procedió a la estabilización posterior con un sistema occipito-cervical de placa, tornillos transarticulares en C3-C4 y barras.

**Resultados.** El paciente presentaba imágenes en el cuerpo de C2 con patrón permeativo, de probable origen tumoral, considerando la metástasis prostática como primera opción. Tras la estabilización temporal mejoró clínica y neurológicamente. La cirugía permitió la vuelta a la calidad de vida previa del paciente a pesar de la limitación en su movilidad cervical.

**Comentarios y conclusiones.** Las fracturas de la apófisis odontoides son las más frecuentes de la 2ª vértebra cervical. Bien de origen traumático, población joven, o patológicas, en paciente anciano, se han de sospechar en pacientes con cervicalgia brusca e intensa con o sin deterioro neurológico asociado. Requieren de una inmovilización precoz y una posterior estabilización, bien externa o interna.

## CC 124

### CUELLO RÍGIDO EN NADADORES: VALORACIÓN DE PGM EN ELEVADOR ESCAPULA

Carrasco Martínez, L.; Carrasco Martínez, J.; Robledano Belda, V. y Rodríguez Hernández Clínica, A.  
N.ª S.ª Del Perpetuo Socorro.

**Introducción y objetivos.** Los Puntos Gatillo Miofasciales (PGM) son zonas hiperirritables en un músculo esquelético, asociados a un nódulo palpable hipersensible dentro de una banda tensa. La zona es dolorosa a la compresión, ocasionando dolor e hipersensibilidad irradiados característicos, disfunción motora e incluso fenómenos autonómicos. El patrón de dolor e hipersensibilidad referidos constituyen la clave para su identificación.

**Material y método.** Estudio no experimental de acercamiento a la realidad y tipo descriptivo de 67 nadadores de crawl federados no profesionales que presentaron dolor en el ángulo escapular y restricción de rotación cervical ipsilateral. Utilizamos los criterios clínicos diagnósticos propuestos por Travell y Simons, maniobras exploratorias (asimetrías posturales, movilización completa cervical -rotación, flexión, extensión- y abducción hombro ipsilateral) y Rx AP/LAT cervical.

**Resultados.** Todos (30 hombres (44.77%) 20-34a, 19 dchos (63.33%) y 11 izq (36.67%) y 37 mujeres (55.23%) 21-36a, 20 dchos (54.05%) y 17 izq (45.95%)), presentaron criterios esenciales diagnósticos pero no la REL. Todos tendían a mantener el cuello rígido, sin girar el cuello hacia el lado afecto. La rotación cervical era dolorosa en todo arco movilidad ipsilateral, así como la flexión en últimos grados. Extensión estuvo levemente afecta. Hubo mínima limitación de movilidad hombro, sobre todo abducción completa por estar dolorosamente limitada la movilidad escapular. La activación se produjo durante la fase respiratoria.

**Comentarios y conclusiones.** Coincidimos con Cailliet, Michele et al y Ormandy et al en que este músculo es el principal responsable del síndrome de cuello rígido, y con Bogduk y Simons en que el dolor de la zigoapofisaria puede confundirse, pero el de PGM se extiende más inferiormente. Pudimos encontrar el área central de PGM en el ángulo cervical como describieron Michele and Travell, y la entesopatía distal cerca de la inserción escapular del músculo como Michele and Pace afirman. Comprobamos la alta sensibilidad y especificidad de las maniobras exploratorias, como describieron Oschner, Travell y Simons. Coincidimos con Gerwin et al, Travell y Simons en la idoneidad de los criterios esenciales diagnósticos y la especificidad de las observaciones confirmatorias. Estamos de acuerdo con Goodridge et al, que estos PGM están comúnmente asociados a disfunciones cervicales articulares y elevación de 1ª costilla, debiendo ser tratadas todas ellas. Pudimos objetivar la activación de estos PGM por natación, coincidiendo con Cailliet, Mechanem, Sola y Travell et al, y su relación con la sobrecarga de músculos respiratorios y/o el sobrestiramiento durante la fase respiratoria. Conclusión: el diagnóstico del síndrome de cuello rígido o torticolis enfatiza la restricción de movilidad. La principal causa en nadadores reside en el músculo elevador de la escápula, siendo incapaces de girar la cabeza completamente hacia el mismo lado, y en menor medida hacia el contralateral.

## CC 125

### LUMBALGIA EN NADADORES: VALORACIÓN DE PGM EN DORSAL ANCHO

Carrasco Martínez, L.; Carrasco Martínez, J.; Robledano Belda, V. y Rodríguez Hernández, A.  
Clínica N.ª S.ª Del Perpetuo Socorro.

**Introducción y objetivos.** Los Puntos Gatillo Miofasciales (PGM) son zonas hiperirritables en un músculo esquelético, asociados a un nódulo palpable hipersensible dentro de una banda tensa. La zona es dolorosa a la compresión, ocasionando dolor e hipersensibilidad irradiados característicos, disfunción motora e incluso fenómenos autonómicos. El patrón de dolor e hipersensibilidad referidos constituyen la clave para su identificación.

**Material y método.** Estudio no experimental de acercamiento a la realidad y tipo descriptivo de 47 nadadores de crawl federados no profesionales que presentaron dolor lumbar sin relación agravante con ninguna actividad y pruebas complementarias negativas. Utilizamos los criterios clínicos diagnósticos propuestos por Travell y Simons, y maniobras exploratorias (alargamiento del tronco hacia delante-arriba con brazo en rotación interna-aducción, fuerte presión hacia abajo sobre crestas ilíacas) asimetrías posturales, movilización completa cervical -rotación, flexión, extensión- y abducción hombro ipsilateral).

**Resultados.** Todos (20 hombres (51.32%), 17-36a, 9 en lado dcho (65.51%) y 11 en izq (34.49%) y 27 mujeres (48.68%), 16-33a, 20 en lado dcho (72.72%) y 7 en izq (27.28%)) presentaron los criterios esenciales diagnósticos y dolor o hipersensibilidad al presionar PGM en dorsal ancho. REL fue difícil de reproducir manualmente pero se objetivó en todos ellos. El dolor debido a estos PGM se objetivó en ambas maniobras exploratorias, en reposo en 5 casos (2 hombres (10%) y 3 mujeres (11.11%)). La activación PGM se produjo durante extensión hombro (fase tracción subacuática), donde adduce y ayuda a rotación medial con depresión del húmero.

**Comentarios y conclusiones.** No coincidimos con Ditttrich cuando atribuye la lumbalgia en la mayoría de nadadores a roturas y patología del tejido fibroso en la fascia lumbodorsal y grasa subfascial por excesiva tensión de este músculo, a pesar de descubrir que el daño es producido por las bandas tensas de PGM. Coincidimos con Greenman en que PGM dorsal ancho pueden ser diferenciados de PGM cuadrado lumbar como responsables de lumbalgia mediante las maniobras de flexión tronco en bipedestación y sedestación. Consideramos que ambas maniobras son las más útiles, así como el estiramiento completo y la contracción máxima. Estamos de acuerdo con todas las fuentes consultadas que la fase de arrastre provoca la activación. Y coincidimos con Gerwin et al, Travell y Simons en la idoneidad de los criterios esenciales diagnósticos y la especificidad que otorgan las observaciones confirmatorias. Conclusión: el nadador no es consciente de la leve restricción del rango movilidad en su quehacer diario hasta que PGM son lo suficientemente activos para causar una enigmática y persistente lumbalgia en reposo, tras la actividad física, interrumpiendo el sueño seriamente y el entrenamiento posterior.

## CC 126

### TORACOPLASTIA EXPANSIVA EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCOLIOSIS CONGÉNITA TORÁCICA CON MALFORMACIONES VERTEBRALES ASOCIADAS A FUSIÓN COSTAL

Lucas García, F.; Bas Hermida, T.; Bas Hermida, P. y Miranda Casas, L.  
Hospital Universitario La Fe (Valencia).

**Introducción y objetivos.** Se muestra el caso clínico de un paciente varón de 3 años de edad con escoliosis congénita torácica en el contexto de un síndrome de VACTERL, que presentaba defectos múltiples de segmentación vertebral con fusión costal asociada, en el que se realizó una toracoplastia expansiva.

**Material y método.** El paciente presentaba defectos de segmentación vertebral múltiples y complejos que en conjunto condicionaban una escoliosis con dimensiones T5-L1 60° Cobb y L1-L4 de 50° Cobb. Se planteó una instrumentación sin fusión vertebral mediante técnica de toracoplastia con la realización de una osteotomía transversa de las costillas fusionadas en el hemitórax cóncavo y su distracción progresiva.

**Resultados.** Mediante un sistema protésico vertical expandible de titanio de distracción costal se consiguió una corrección indirecta de la escoliosis, favoreciendo el desarrollo torácico y pulmonar del paciente y retrasando una eventual artrodesis definitiva.

**Comentarios y conclusiones.** Los pacientes con escoliosis torácica congénita asociada a fusiones costales y a barras vertebrales muestran una inexorable progresión de la curva sin tratamiento, con repercusión del desarrollo pulmonar pudiendo ocasionar un síndrome de insuficiencia torácica. La toracoplastia expansiva es una técnica de instrumentación vertebral sin fusión que permite una corrección indirecta y progresiva de la escoliosis en este tipo de pacientes, favoreciendo el crecimiento de la caja torácica, considerada como la cuarta dimensión de la escoliosis, y retrasando una eventual fusión definitiva.

## CC 127

### CERVICOBRAQUIALGIA SECUNDARIA A DISECCIÓN DE LA ARTERIA VERTEBRAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Pascual Del Hoyo, S.; García Lázaro, F.J.; Oteo Maldonado, J.A.; Moreno Martínez, J. y Merino Carretero, P.  
Hospital de Fuenlabrada. Madrid.

**Introducción y objetivos.** La disección arterial implica un desgarramiento en la pared de la arteria, produciendo la entrada de sangre, lo que ocasiona una estenosis de la luz cuando la sangre se acumula entre la íntima y la media o un aneurisma cuando el hematoma aparece entre la media y

advertencia. El uso actual de técnicas de imagen no invasivas ha puesto de manifiesto la relación entre la disección de la arteria carótida y vertebral con la presencia de diferentes patologías neurológicas.

**Material y método.** Presentamos el caso de una paciente mujer de 35 años, con cervicobraquialgia, cefalea y mareo, no refiere antecedentes de interés, salvo cuadro gripal asociado a tos persistente en los días previos. En un principio se trató como contractura cervical, ante la persistencia de la sintomatología se solicitaron pruebas diagnósticas (RM y angioRM) que mostraron la disección de la arteria vertebral derecha.

**Resultados.** Tras el diagnóstico, la paciente se trató con terapia anticoagulante, presentando muy buena evolución del cuadro clínico.

**Comentarios y conclusiones.** La disección de la arteria vertebral está relacionada con traumatismos casuales, enfermedades de tejido conectivo y con infecciones respiratorias, bien por el proceso inflamatorio asociado o por la tos y los estornudos que aumentan la presión intraluminal. El diagnóstico requiere la sospecha del cuadro y el uso de pruebas de imagen complementarias. El tratamiento de elección es la terapia anticoagulante durante 3-6 meses.

## CC 128

### DISOCIACIÓN OCCIPITOCERVICAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Morales Codina, A.M.; Martínez Grau, P.; García Casas, O.; Esteban Navarro, P.L.; Salomo Domenech, M. y Girvent Montllor, F.  
*Hospital de Sabadell.*

**Introducción y objetivos.** La disociación occipito-cervical traumática es infrecuente y de pronóstico infausto. Presentamos un caso.

**Material y método.** Niño de 9 años que presentó TCE grave tras accidente de alta energía -colisión bicicleta-turismo-. A la llegada del SEM se encontraba en paro cardiorespiratorio. Mediante maniobras de reanimación cardiopulmar avanzada se mantuvieron las constantes vitales hasta la llegada al hospital. La tomografía computerizada reveló una hemorragia difusa en ambos hemisferios cerebrales y el tronco cerebral y un aumento de la distancia entre occipital y atlas. Dada la lesión medular y cerebral y el estado general del paciente los servicios de Medicina Intensiva, Anestesiología, Neurocirugía y Traumatología decidieron abstención terapéutica, información y elaboración el duelo con la familia.

**Resultados.** comentarios y conclusiones. El 35% de muertes en accidentes traumáticos en niños se atribuyen a una disociación occipito-cervical. No obstante, su incidencia real se desconoce; generalmente se documentan en autopsias. Su porcentaje se dobla en la infancia, por su mayor susceptibilidad para sufrir atropellos y peculiaridades anatómicas en la columna suboccipital que favorecen la entidad. Su clínica es muy variadas -desde pacientes asintomáticos hasta grave síntomas neurológicos-, por lo que es necesario un alto índice de sospecha para su diagnóstico. Se ha de descartar en toda víctima de accidente de tráfico con compromiso cardiorespiratorio o déficit neurológico En las últimas décadas, su supervivencia ha aumentado gracias a la mejora de la atención prehospitalaria en cuanto a maniobras de reanimación e inmovilización cervical. No obstante en las lesiones graves su pronóstico sigue siendo infausto.

## CC 129

### DISECCIÓN AÓRTICA EN PACIENTE SARCOIDÓTICO CON LUMBALGIA CRÓNICA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN

Jiménez Martín, A.; Martínez Pérez, R.\*; Marengo de la Fuente, J.L.\*; Rodríguez Montero, S.\*; Escudero, C.\* y Velloso, M.L.\*  
*Hospital FREMAP Sevilla. \*Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla.*

**Introducción y objetivos.** El aneurisma aórtico abdominal se presenta en el 2-5% de la población, siendo su mortalidad en caso de rotura del 80%. Nuestro objetivo es presentar 1 caso de lumbalgia crónica, provocada por rotura aneurismática subyacente.

**Material y método.** Varón, 54 años. Antecedentes: Cardiopatía isquémica, HTA. Ingreso un año antes por cuadro constitucional, anemia y trombopenia. TAC abdominal: esplenomegalia, adenopatías. Biopsia hepática: granulomas periportales, necrosis focal centrolobulillar. Baciloscopia negativa. Al año acude nuevamente por lumbalgia incapacitante de 8 meses de evolución. A su llegada, hemoglobina de 10.9 mg/dl, presentando al 3º día 7.8 mg/dl, con ECA de 101 U/ml e hipercalcemia (10.9 mg/dl). RNM: aneurisma aórtico, con disección de 8 cm, bajo arteria renal izquierda y caudal a arteria renal derecha.

**Resultados.** Tratamiento: Prótesis y *by-pass* bifemoral. Sospechándose sarcoidosis con aneurisma abdominal secundario, se inicia tratamiento con prednisona (60 mg/día), respondiendo favorablemente.

**Comentarios y conclusiones.** El aneurisma aórtico abdominal puede causar lumbalgia crónica por la compresión nerviosa especialmente entre L5 y S1. La sintomatología oscilaría entre las 2 semanas y 2 años. Su riesgo de rotura es menor del 2% si son inferiores a 5 cm, del 5-10% entre 5-6 cm y del 20% si supera los 7 cm. La tríada clásica es hipotensión, lumbalgia (91%) y masa abdominal pulsátil (50%), siendo la clínica exclusiva diagnóstica en un 38%. La ecografía sería el método diagnóstico electivo, (sensibilidad del 95% y especificidad del 100%), junto con TAC. La erosión vertebral es un signo radiológico frecuente (25%).

## CC 130

### MIELOPATÍA CERVICAL. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

Del Cura Varas, M.S.; Jiménez García, D.; Del Olmo, T.; García Medina, P.; Moros Marco, S. y Herrera Mera, P.  
*\*Hospital Ramón y Cajal, Madrid.*

**Introducción y objetivos.** La compresión medular sintomática a nivel cervical conocida como mielopatía, tiene su etiología fundamental en procesos degenerativos de la columna. Esta enfermedad se manifiesta principalmente con parestesias, dolor y debilidad en las extremidades, sobretudo miembros superiores, pudiendo confundirse con otras neuropatías producidas por síndromes de compresión periférica, llevando a errores diagnósticos y tratamientos inadecuados.

**Material y método.** Varón 56 años presenta parestesias y pérdida de fuerza en ambas manos, de mayor intensidad en la mano izquierda.

**Resultados.** Tras la realización de varios electromiogramas informados como neuropatía periférica del nervio mediano y en menor intensidad cubital, es intervenido en 2 ocasiones de Sdr del Túnel del Carpo Izquierdo sin éxito, presentando una evolución desfavorablemente que a los 3 años comienza con cervicalgia y afectación de miembros inferiores y dificultad para la marcha. Se realiza estudio de columna cervical objetivándose una estenosis de canal a nivel C4-C6 con cambios degenerativos establecidos a nivel medular, por lo que es intervenido realizándose descompresión en dos tiempos tras lo que mejora significativamente.

**Comentarios y conclusiones.** Es importante llevar a cabo un estudio completo de aquellos paciente con clínica neuropática distal, realizando un adecuado diagnóstico diferencial que establezca el nivel real de la lesión para no cometer errores diagnósticos que podrían llevarnos a tratamientos inadecuados demorando la actuación correcta, que en el caso de la mielopatía cervical podría conllevar una lesión medular irreversible.

## CC 131

### TETRAPLEJIA SÚBITA POR LESIÓN MEDULAR DEBIDA A CALCIFICACIÓN DEL LIGAMENTO LONGITUDINAL POSTERIOR; A PROPÓSITO DE UN CASO

Jiménez García, D.; Del Cura Varas, M.S.; García Medina, P.; Herrera Mera, P.; Del Olmo, T. y Moros Marco, S.  
*Hospital Ramón y Cajal, Madrid.*

**Introducción y objetivos.** La calcificación del ligamento longitudinal posterior es una patología rara que se da fundamentalmente en mujeres de edad media/avanzada en países orientales. La principal sintomatología es la de mielopatía cervical no existiendo muchos casos en la literatura de lesiones medulares severas agudas debidas a dicha lesión.

**Material y método.** Varón de 59 años sin antecedentes médicos de interés que presenta tetraplejía súbita tras caída accidental.

**Resultados.** El paciente ingresa de forma urgente en la UVI del Hospital tras sufrir caída accidental desde su altura con traumatismo craneal asociado, con movimiento brusco de flexoextensión cervical presentando de forma inmediata tetraplejía. No refiere clínica anterior de cervicalgia o mielopatía cervical. En radiografía convencional se aprecia leve cervicartrosis generalizada. En resonancia magnética se identifica importante calcificación del ligamento longitudinal posterior a nivel cervical y lesión medular aguda a nivel de C3. Tras estabilización en la UVI se procede a la descompresión quirúrgica de urgencia mediante laminectomía sin recuperación clínica.

**Comentarios y conclusiones.** La calcificación del ligamento longitudinal posterior es una patología muy poco recogida en la literatura occidental, la mayoría de los casos se encuentran en países orientales cuyos estudios no consiguen aclarar la etiología de dicha lesión. No existen apenas casos de lesiones medulares agudas complejas, como la que aquí se presenta, por dicha patología. Según nuestro criterio el mecanismo de actuación ante la lesión expuesta fue el adecuado a pesar de no conseguir mejoría clínica debido a la severa lesión medular.

## CC 132

### METÁSTASIS VERTEBRAL ÚNICA: CORPECTOMÍA Y RECONSTRUCCIÓN CON ALOINJERTO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y PRESENTACIÓN DE UN CASO

Liñán Padilla, A.; García Parra, P.; Lázaro González, A.A.M.; Abad Zamora, J.M. y Rincón Cardoso, S.  
*HHUU Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Introducción y objetivos.** La columna vertebral es el lugar más frecuente de las metástasis óseas, que alcanzan hasta el 40% de los pacientes con cáncer, siendo la columna dorsal el lugar principal de asiento de estas metástasis, seguidas por la columna lumbar y cervical. Aunque los distintos métodos de diagnóstico por imagen y los avances en el instrumental han conseguido mejorar las técnicas de escisión de los tumores y la estabilización de la columna, el tratamiento de las metástasis aún es en gran parte paliativo, debido principalmente a la agresividad del propio tumor.

**Material y método.** Mujer de 34 años con antecedente de cáncer de mama dos años antes tratado mediante radio y quimioterapia. Durante su seguimiento en consultas de Oncología la paciente se queja de leve dolor de espaldas a nivel lumbar, por lo que se realiza prueba de imagen observándose una anomalía a nivel del cuerpo vertebral de L2. Al completar los estudios de extensión y realizar pruebas radiológicas más precisas se diagnostica de metástasis única a nivel del cuerpo vertebral de L2.

**Resultados.** Ante esta situación se decide realizar abordaje posterior y practicar según la técnica de Tomita corpectomía de L2 más artrodesis instrumentada de T11-T12-L1-L3-L4, realizando la reconstrucción vertebral mediante aloinjerto de diáfisis femoral. En la última revisión realizada a los 3 meses de la cirugía la paciente está clínicamente bien, utilizando un corsé para la bipedestación y la deambulación.

**Comentarios y conclusiones.** Los objetivos fundamentales de la cirugía de las metástasis vertebrales son aliviar el dolor y prevenir o revertir el compromiso neurológico, es decir el tratamiento paliativo. Son numerosas las técnicas quirúrgicas descritas para el tratamiento de estas lesiones sin embargo se deben tener en cuenta los riesgos de morbimortalidad a la hora de seleccionar un procedimiento concreto. Son varios los recursos que pueden utilizarse para la reconstrucción tras practicar una corpectomía, siendo el aloinjerto de hueso como tibia, fémur, húmero, peroné, costillas o clavícula, el más empleado.

## CC 133

### DOLOR LUMBAR CRÓNICO EN MUJER DE 26 AÑOS

Martínez González, C.; Rubio Álvaro, M.C.; Polo Simón, F.; Laredo Rivero, R. y Barriga Martín, A.  
*Hospital Virgen de la Salud, Hospital Nacional de Parapléjicos. Toledo.*

**Introducción y objetivos.** Mujer de 25 años, enfermera. Consulta por dolor lumbar de 2 años de evolución que en los últimos meses se ha ido agravando. El dolor es constante incrementándose al estar de pie o sentada largo tiempo. Irradiación a nalga y área trocantérica izquierda. No existe irradiación radicular a extremidades inferiores. Ha seguido tratamiento analgésico y rehabilitador sin mejoría.

**Material y método.** Exploración física Dolor con la palpación de la espina de L5, paravertebral y sacroiliaco izquierdos. La movilidad del raquis es correcta con dolor con la extensión forzada y la lateralización izda. Maniobras de Lasegue y Bragard negativas. Maniobras sacroiliacas izda positiva. Maniobra facetaria de Acevedo positiva en la derecha. No presenta déficit motor o sensitivo en las extremidades inferiores. Pruebas complementarias En el estudio radiológico de la columna lumbar en proyecciones AP y lateral se aprecia la existencia de una mega- apófisis transversa izquierda que articula con la pala iliaca. El resto es normal. Se realiza estudio de resonancia magnética lumbar donde se objetiva leve esclerosis de médula ósea a ambos lados de la neoarticulación, no se aprecian lesiones discales, o músculo-ligamentosas. Se solicita gammagrafía ósea donde aparece hipercaptación a nivel de la punta de la

apófisis transversa izquierda de L5 y en articulación sacroiliaca. Con la sospecha clínica de síndrome de Bertolotti se procede a bloqueo anestésico de la punta de la mega-apófisis transversa y de las facetas articulares con cese completo del dolor y reaparición posterior tras el cese del efecto anestésico lo que confirma el diagnóstico.

**Resultados.** Diagnóstico: síndrome de Bertolotti. Tratamiento: se procede a termoablación percutánea por radiofrecuencia de la punta de la apófisis transversa y de las articulaciones facetarias L5-S1. La paciente se encuentra sin dolor hasta el momento actual, seis meses después de la cirugía.

**Comentarios y conclusiones.** Bertolotti, en 1917 describió un síndrome que consiste en una hipertrofia uni o bilateral de las apófisis transversas en la vértebra lumbar más caudal, que puede articular o fusionarse con el sacro o ilion. Desde entonces, la asociación de vértebra transicional con dolor lumbar está en debate. Algunos autores postulan que existe una relación significativa entre estas variables, sobre todo en gente joven (menores de 35 años) mientras que otros no encuentran relación. Existen pocos estudios que analicen este síndrome, pero en los que hay, se ha visto que es más frecuente que sea bilateral, y en los casos unilaterales, aparece algo más frecuentemente en el lado izquierdo, como es en nuestro caso. La confirmación diagnóstica se realiza mediante una prueba positiva de bloqueo anestésico. El tratamiento quirúrgico mediante resección parcial de la apófisis transversa ha dado buenos resultados. La termoablación por radiofrecuencia de la articulación de la transversa con el ilion y las facetas articulares L5-S1 puede utilizarse con éxito en algunos pacientes.

#### Bibliografía.

Quinlan JF, Duke D, Eustace S. Bertolotti's syndrome : a cause of back pain in young people. *J Bone Joint Surg (Br)* 2006;88-B:1183-6.  
Santavirta S, Tallroth K, Ylinen P. Surgical treatment of Bertolotti's syndrome. *Arch Orthop Trauma Surg* 1993;112: 82-7.  
Elster AD: Bertolotti's syndrome revisited: transitional vertebra of the lumbar spine. *Spine* 1989;14:12;1373-7.  
Luoma K, Vehmas T, Raininko R, Luukkonen R, Riihimäki H. Lumbosacral transitional vertebra: relation to disc degeneration and low back pain. *Spine* 2004;29: 200-5.  
Brault JS, Smith J, Currier BL. Partial lumbosacral transitional vertebra resection for contralateral facetogenic pain. *Spine* 2001; 26:226-9.

## CC 134

### SUSTITUCIÓN PROTÉSICA DE DISCO LUMBAR ESPACIO ÚNICO

Larrea Ruiz, A.; Múgica Santibanez, P.; Ibor Urena, I.; Azores Galeano, X.; Mayayo Albero, G. y Bollegi Zuloaga, M.I.  
*H. Cruces, Barakaldo. Barakaldo.*

**Introducción y objetivos.** En pacientes con degeneración discal de único espacio lumbar su sustitución protésica supone una indicación válida frente a la artrodesis

**Material y método.** Se presenta el caso de una mujer de 43 años con clínica de lumbalgias de repetición con limitación funcional importante y necesidad de grandes cantidades de AINES para control del dolor. El estudio radiológico muestra degeneración de único nivel L5-S1. La mala evolución con clínica invalidante hace indicar la sustitución protésica del espacio degenerado. Intervención por vía anterior con implante protésico en espacio L5-S1.

**Resultados.** Tanto el tiempo quirúrgico como el postoperatorio transcurre sin incidencias. La paciente consigue un buen control del dolor con mínima cantidad de analgésicos. El estudio radiológico demuestra la correcta colocación del implante. La paciente tiene una pérdida de flexo-extensión lumbar mínima, conservando su lordosis fisiológica.

**Comentarios y conclusiones.** Pacientes jóvenes con discopatía de espacio único y lumbalgias invalidantes se pueden beneficiar de la sustitución protésica del espacio afectado. El implante no altera la lordosis lumbar ni limita la movilidad normal, por ello debería valorarse esta opción antes de realizar una artrodesis para pacientes bien seleccionados.

## CC 135

### ESCOLIOSIS DOLOROSA POR TUMOR TORÁCICO

Larrea Ruiz, A.; Bollegi Zuloaga, M.I.; González Pacheco, R.; Múgica Santibanez, P.; López Vinagre, E. y Blanco Santiago, D.  
*H. Cruces, Barakaldo.*

**Introducción y objetivos.** Se presenta el caso de una mujer de 28 años diagnosticada de escoliosis dorso lumbar. La paciente previamente asin-

tomática, presenta clínica progresiva de dolor dorsal con limitación funcional. Los estudios de imagen muestran una masa paravertebral dorsal derecha de gran tamaño.

**Material y método.** La paciente es intervenida de forma conjunta por el servicio de traumatología y el servicio de cirugía torácica, quienes realizan una toracotomía derecha para abordar el tumor. Macroscópicamente aparece una masa encapsulada extrapleurales no dependiente de elementos vertebrales y sin invasión del canal medular. Tras la extirpación completa del tumor se revisan las estructuras adyacentes y se reexpande el pulmón colapsado.

**Resultados.** La paciente evoluciona favorablemente tras la cirugía. La función pulmonar se recupera hasta llegar a entrar en rangos de normalidad y el dolor dorsal desaparece tras superar el período postoperatorio inmediato.

**Comentarios y conclusiones.** En pacientes con curvas escolióticas controladas, la aparición de un nuevo síntoma como el dolor, previamente inexistente, debe hacernos sospechar un cambio en la patología previa, o la existencia de un nuevo proceso desencadenante. Ante una variación clínica importante, se inicia un nuevo proceso diagnóstico para descartar la existencia de una nueva patología concomitante.

## CC 136

### OSTEOCONDROMA: TUMORACIÓN ÓSEA VERTEBRAL BENIGNA MÁS FRECUENTE

Alonso Zamora, S.; Femenias, J.M.; Tendero, O.; Ripoll, G.; Llabres, M. y Rubí, M.

*Hospital Son Dureta de Palma de Mallorca, Baleares.*

**Introducción y objetivos.** analizar la actitud ante un Osteocondroma vertebral sintomático.

**Material y método.** paciente mujer de 22 años que presenta masa vertebral que se estudia y se orienta como Osteocondroma vertebral. Se presenta el caso en el Comité de Tumores y se decide control al año. La paciente al año presentaba aumento de la masa vertebral y dolor por lo que se propuso cirugía. En Julio del 2008 se realiza cirugía de resección y se confirma el diagnóstico anatomopatológico.

**Resultados.** La paciente actualmente se encuentra asintomática y en seguimiento evolutivo anual.

**Comentarios y conclusiones.** el Osteocondroma es el tumor óseo benigno más frecuente de la columna aunque raramente es sintomático. Se suele localizar en los elementos posteriores protuyendo excéntricamente y produciendo síntomas neurológicos con frecuencia. Hasta el 91% de los Osteocondromas se localizan en la columna torácica alta y la columna cervical, aunque también puede afectar a la columna lumbar y sacra. El estudio radiológico suele ser diagnóstico, no obstante habitualmente es necesaria la RMN para determinar si existe compromiso neurológico. Es una lesión de crecimiento lento y la extirpación se realizará solo si es sintomático.

## CC 137

### COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS EN ENFERMEDAD DE PAGET AGRESIVA

Tornero Prieto, C.; Femenias Rosselló, J.; Llabrés Comamala, M.; Ripoll Estela, G. y Rubí Jaume, M.

*Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca.*

**Introducción y objetivos.** Establecer un diagnóstico diferencial ante una paraparesia progresiva en un paciente anciano con aplastamientos vertebrales y compresión medular.

**Material y método.** Paciente de 73 años con antecedentes de prostatectomía radical hace 4 años por Adenocarcinoma de próstata, derivado a nuestro Hospital por paraparesia asociada a lesiones vertebrales en D5, D6 y D7 con orientación diagnóstica de metástasis vertebrales. Historia de dolor en columna dorsal desde Julio 2007 y, en los últimos 2 meses, debilidad en EEII. Dolor a la palpación en apófisis espinosas dorsales. Pérdida de fuerza en EEII. Hipoestesia desde territorio D4 hacia distal. Dificultad severa para la marcha. Las pruebas de imagen (radiología y RMN) orientan el diagnóstico hacia metástasis vertebrales de origen prostático. Se realiza intervención quirúrgica urgente: laminectomía descompresiva amplia de D4 hasta D8.

**Resultados.** En las pruebas complementarias tras la cirugía (GGO, TAC, Anatomía Patológica y marcadores tumorales) se obtienen datos que hablan a favor de Enfermedad de Paget agresiva, y en contra del diag-

nóstico de metástasis vertebrales. Tras la descompresión quirúrgica y el tratamiento con bifosfonatos el paciente evoluciona favorablemente, mejora de forma significativa la clínica neurológica y deambula con normalidad.

**Comentarios y conclusiones.** La Enfermedad de Paget se localiza más frecuentemente en la pelvis, el cráneo y los huesos largos, pero también puede afectar a la columna vertebral. Ante un paciente con aplastamientos vertebrales y clínica de compresión medular progresiva que evoluciona a paraparesia, la primera actuación es tratar de forma rápida la causa de la compresión; después debemos establecer el diagnóstico basándonos en los antecedentes, la clínica y las pruebas complementarias.

## CC 138

### SARCOMA DE EWING EN COLUMNA LUMBAR EN PACIENTE DE 47 AÑOS

Ramos Pérez, M.J.; Cañada Oya, H.; Corbacho Sánchez, V.; Pérez Sánchez, A.; Aguilar López, A. y González Muñoz, F.  
*Hospital General de Jerez de la Frontera (Cádiz).*

**Introducción y objetivos.** El sarcoma de Ewing es una lesión neoplásica maligna que afecta fundamentalmente a adolescentes y adultos jóvenes, más frecuente en varones y que se desarrolla fundamentalmente en huesos largos. Nuestro objetivo fundamental será describir el caso, atípico, de una paciente mujer y de 47 años que fue ingresada por cuadro de lumbociatalgia, avanzando rápidamente hacia una sintomatología invalidante de miembros inferiores. Tras las debidas pruebas de imagen, fue finalmente intervenida por "sospecha de lesión metastásica en columna lumbar" -tras haber sido tratada 9 años antes de carcinoma de mama-. Fue intervenida mediante osteosíntesis (tornillos, barras, DTT) y se tomaron muestras para biopsia, que sirvieron para diagnosticar la lesión, posteriormente, como sarcoma de Ewing.

**Material y método.** Describiremos la evolución de nuestra paciente, desde que ingresa hasta actualmente, que continúa acudiendo a revisiones en consultas externas.

**Resultados.** Tras ser intervenida, la paciente evolucionó de su sintomatología de forma excelente. Más tarde, una vez diagnosticada como sarcoma de Ewing, ha sido tratada mediante radio y quimioterapia, también con muy buena evolución; aunque persisten signos radiológicos de la lesión.

**Comentarios y conclusiones.** Teniendo en cuenta nuestro caso, debemos incluir también el sarcoma de Ewing en el diagnóstico diferencial de este tipo de cuadros sintomáticos raquídeos; así como recordar la importancia de biopsiar las tumoraciones, siempre que sea posible, antes de ser intervenidas.

## CC 139

### PRÓTESIS CERVICAL PRESTIGE: DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO

Sánchez Hernández, N.; Cebrián Rodríguez, E.; Tavares Sánchez-Monge, F.; Escudero Marcos, R. y García Alonso, M.  
*Hospital Río Hortega, Valladolid.*

**Introducción y objetivos.** El objetivo del estudio es determinar como la artroplastia constituye una alternativa válida a la tradicional discectomía anterior seguida de artrodesis, y cuenta con las ventajas de mantener la movilidad cervical, evitar la deformidad cifótica secundaria y las complicaciones derivadas del uso de injerto óseo.

**Material y método.** Se presenta un estudio retrospectivo de 15 pacientes recogidos durante un período de 2 años a los que se les ha implantado una prótesis cervical modelo Prestige. La evaluación radiológica se hace según método de Cobb aplicado a la unidad funcional segmentaria. Utilizamos los criterios de Odom para valorar los resultados quirúrgicos globales.

**Resultados.** Se implantan 18 prótesis en 15 pacientes, 7 hombres y 8 mujeres, con una edad media de 46,2 años. Los espacios disciales más frecuente fue el C5-6. En 3 paciente se colocan implantes a doble nivel. El tamaño de las prótesis más utilizada es el de 12 mm. En cuanto a la evaluación clínica se ha valorado la presencia o no de síntomas radicales, en relación a lo cual, ningún paciente ha referido empeoramiento de la sintomatología a lo largo de un tiempo medio de seguimiento de 22,5 meses. La movilidad del grupo se preserva en el nivel tratado con una media de 4.7° en flexión (rango de 4°-7°) y 6.8° en extensión (rango de 13°-3°). Los resultados quirúrgicos globales fueron valorados siguiendo los criterios de Odom, que concluyen resultado bueno / excelente en el 94% de los casos.



**Comentarios y conclusiones.** Buenos resultados postoperatorios en cuanto al control de la sintomatología y movilidad cervical.

## CC 140

### TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS LUMBARES INESTABLES MEDIANTE UNA FIJACION CORTA Y POSTERIOR

Sánchez Hernández, N.; Cebrián Rodríguez, E.; Tavares Sánchez Monge, F.; Escudero Marcos, R. y García Alonso, M.  
*Hospital Río Hortega, Valladolid.*

**Introducción y objetivos.** Existe controversia acerca del tratamiento de las fracturas lumbares inestables puesto que la literatura refleja que una fijación corta y posterior única de forma aislada, va asociada a una pérdida progresiva de la corrección inicial y a fracaso de la osteosíntesis.

**Material y método.** Se presenta un estudio retrospectivo de 10 años, donde se incluyen 14 pacientes que han sufrido al menos una fractura vertebral lumbar inestable, de origen traumático y que ha sido tratada quirúrgicamente mediante una fijación corta y única por vía posterior. Se excluyen la fracturas patológicas. Se realiza un seguimiento radiográfico donde se valora la integridad del muro anterior a lo largo del tiempo, mediante la cuantificación de la altura vertebral y la presencia de cifosis a ese nivel.

**Resultados.** De los 14 pacientes, la distribución por sexos es equitativa. La edad media es de 41 años. Las causas más frecuentes son los accidentes de tráfico y las caídas desde altura. El estadio más común al ingreso es Frankel D. Según la clasificación de AO/MARGEL la fractura más frecuente es la tipo A. El nivel lesional más afectado fue L1. En cuanto al sistema de fijación, se observa con el paso del tiempo, la sustitución de la instrumentación tradicional por sistemas más actuales como el USS.

**Comentarios y conclusiones.** La literatura más actual no apuesta por un gold standard en cuanto al tratamiento de este tipo de fracturas. En nuestro experiencia los resultados son satisfactorios, pero no cabe duda de que hay que personalizar las opciones de tratamiento siempre.

## CC 141

### SCIWORA: ¿MITO O REALIDAD? SITUACIÓN ACTUAL

Sanz Ruiz, P.; Pérez Mañanes, R.; Chana Rodríguez, F.; Crego Vita, D.; Vicente Herrera, E. y Vaquero Martín, J.  
*Hospital Gregorio Marañón. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** El SCIWORA (Spinal Cord Injury without radiographic anomaly) es una lesión descrita en 1982 en la cual hay una lesión neurológica a nivel medular, pero en las radiografías no se observa ninguna lesión. El conocimiento de esta patología ha variado mucho con la entrada de la RMN, que permite objetivar lesiones antes desapercibidas.

**Material y método.** Se presenta un caso de SCIWORA en un paciente de 22 meses que tras caída casual en su domicilio en hiperextensión deja de mover ambos MMSS. Tras estudio radiológico inicial que no muestra lesión objetivable, se realiza RMN observándose un edema medular a lo largo de C2-C7. El paciente fue tratado con corticoides, inmovilización cervical así como rehabilitación precoz.

**Resultados.** A los dos años de seguimiento, el paciente mantiene una parálisis flácida de ambos MMSS sin mejorías en momento actual a pesar del tratamiento rehabilitador al que sigue sometido.

**Comentarios y conclusiones.** El SCIWORA es una lesión que ha cambiado gracias a la introducción de la RMN lo que nos permite realizar un diagnóstico en fases precoces, iniciar tratamiento con corticoides (discutiendo su utilidad en la actualidad), y tomar medidas que eviten una progresión de la lesión así como iniciar la rehabilitación de manera precoz. Aun así, los resultados siguen siendo desalentadores estando en relación con el tipo de lesión, extensión y el mecanismo de producción.

## CC 142

### INSTRUMENTACIÓN POSTERIOR EN ESCOLIOSIS: FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO DE CIFOSIS PROXIMAL

Coll Mesa, L.; Sacramento Domínguez, C.; Vayas Díez, R.; Sánchez Hernández, P. y Ayala Rodrigo, A.  
*Hospital Universitario de Canarias.*

**Introducción y objetivos.** La cifosis proximal al último nivel instrumentado superior (CPUIS) en pacientes intervenidos de escoliosis es un hallazgo

frecuente en los controles postoperatorios. Nuestro objetivo consistió en evaluar los resultados obtenidos en la cirugía y determinar los factores de riesgo en el desarrollo de CPUIS.

**Material y método.** Para ello hemos realizado un estudio retrospectivo de 15 pacientes sometidos a instrumentación posterior analizando los valores angulares y las características de cada intervención.

**Resultados.** Se ha medido el ángulo de Cobb de la curva principal, el balance coronal, el balance sagital, la cifosis, la lordosis y la cifosis proximal al último nivel instrumentado superior en radiografías AP y lateral en el período preoperatorio y en sucesivos controles postoperatorios por un período de dos años.

**Comentarios y conclusiones.** Aunque una limitación de nuestro estudio fue el tamaño muestral no hemos encontrado una asociación estadísticamente significativa entre CPUIS y la hiper cifosis, el balance sagital positivo o el tipo de material utilizado en la cirugía.

## CC 143

### DORSALGIA SIN ANTECEDENTE TRAUMÁTICO EN PACIENTE CON NEUROFIBROMATOSIS

Ferrer Santacreu, E.M. y Fernández-Baillo Gallego De La Sacristana, N.  
*Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Mujer de 32 años con lumbalgia de 2 años de evolución. AP: Neurofibromatosis de Tipo I. VHC+. No RAMC. Iqx: fibroma de cuello. Artrodesis lumbar

**Material y método.** Anamnesis: Sufre empeoramiento en los últimos meses que se alivia con el decúbito y caminando. Exploración física: prominencia escapular. Laségué positivo en pierna izquierda a 40°. Clonus que se agota en pierna derecha a la dorsiflexión del tobillo. Hipoestesia en región perineal derecha. Disminución simétrica de reflejos rotulianos.

**Resultados.** IMAGEN: la placa muestra cifosis toracolumbar segmentaria secundaria a luxación de L1. En el TAC multicorte y en la Resonancia Magnética se confirmaron estos hallazgos apreciándose además un importante cierre del canal raquídeo, y ectasia dural que origina un festoneado en toda la columna toracolumbar. Diagnóstico: cifosis toracolumbar secundaria a subluxación de L1. Tratamiento: Se procede a abordaje posterior con instrumentación con ganchos desde T9 a L4 con injerto de banco. Nueve días después se realiza abordaje anterior mediante toraco-freno-laparotomía retroperitoneal, corporectomía de L1, labrado de trinchera en T12 y L2, instrumentación anterior de T11 a L3 e implantación de malla de MOSS con autoinjerto local en estas dos últimas vértebras.

**Comentarios y conclusiones.** La neurofibromatosis tipo I es una enfermedad poco frecuente y de afectación multiorgánica. La columna se ve afectada de un 10 a un 50% de los casos. La recomendación general para la corrección de una curva distrófica como la de esta paciente es un doble abordaje y una fusión de los niveles implicados mediante aporte de injerto.

## CC 144

### LUMBOCIATALGIA ATÍPICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Bejarano Lasunción, C.; Rebollo González S.; Muñoz Marín, J.; Ripalda Marín, J.; Aguilar Ezquerro, A. y Herrera Rodríguez, A.  
*Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción y objetivos.** Las lumbociatalgias son una de las causas más frecuentes de consulta médica en los servicios de urgencias. Presentamos el caso de una lumbociatalgia rebelde al tratamiento conservador habitual y de evolución atípica.

**Material y método.** Paciente varón de 75 años, hipertenso, que acudió a Urgencias por presentar dolor lumbar con irradiación por territorio ciático izquierdo. Sin clínica motora ni signos cauda equina, Laségué positivo a 45°, ROT conservados. Pulsos distales presentes. PuñoperCUSión renal negativa. Afebril. La radiografía de columna lumbar mostraba espondilodiscrosis generalizada. Se instauró tratamiento analgésico. Acudió de nuevo a urgencias por empeoramiento del dolor, lumbociatalgia izquierda atípica con Laségué negativo, incluso mejoría al realizarlo. Se ingresó para control analgésico. La analítica de control mostraba neutrofilia e insuficiencia renal incipiente. Se realizó ECO abdominal (normal), TAC tóraco-abdominal y RNM de columna lumbar informadas como espondilodiscitis aguda L1-L2 con absceso paravertebral de posible etiología tuberculosa. Se drenó el absceso por punción eco-dirigida

aislando *Staphylococcus aureus* meticilín sensible. Hemocultivo positivo para el mismo germen. Se instauró tratamiento antibiótico intravenoso.

**Resultados.** El paciente permaneció afebril desde el primer día. No requirió drenaje quirúrgico abierto y fue dado de alta hospitalaria a las 5 semanas del ingreso con control ambulatorio.

**Comentarios y conclusiones.** Las lumbociatalgias evolucionan favorablemente en la mayoría de las ocasiones con tratamiento conservador: medidas físicas y analgésicos habituales. No debemos olvidar que existen multitud de patologías graves a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial, que pueden debutar o incluir entre sus síntomas la lumbalgia o lumbociatalgia aguda.

## CC 145

### SINDROME COMPRESIVO MEDULAR SECUNDARIO A ESPONDILODISCITIS PIÓGENA AGUDA

Vírseda García, L.; Saldaña Díaz, A.; Zabala Llerandi, J.; Fernández Fuertes, J.; Vázquez Vecilla, I. y Fernández González, M.  
*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Asistencial de León. León.*

**Introducción y objetivos.** La espondilodiscitis es un cuadro infeccioso de la columna que frecuentemente se presenta como lumbalgia y fiebre, y menos frecuentemente con un síndrome compresivo medular.

**Material y método.** Presentamos una paciente que presenta dolor lumbar y ante la sospecha radiológica de fractura osteoporótica se realiza estudio por RM que se informa como compatible con espondilodiscitis L2-L3 y L3-L4, con destrucción mayor del 50% de L3. Tras comenzar con clínica compatible con un síndrome de cola de caballo se realiza laminectomía L3 bilateral, con Gramm intraoperatorio informado como pocos Gramm positivos, por lo que no se procede a instrumentación.

**Resultados.** La paciente se recupera de la clínica neurológica que estaba apareciendo, pero persiste el dolor aun poniendo ortesis para levantarse.

**Comentarios y conclusiones.** La aparición de una clínica neurológica tipo síndrome de cola de caballo obliga a la realización de descompresión de la columna. Así mismo la realización de hemocultivos y punción guiada por TAC para las espondilodiscitis resultan muchas veces negativa, por lo que si se requiere de un diagnóstico preciso debe irse en muchas veces a la toma de muestras en cirugía abierta.

## CC 146

### DIAGNÓSTICO INTRAOPERATORIO DE TUBERCULOSIS VERTEBRAL

Cibantos Martínez R.; Menéndez Martínez P.; Moreno Pérez F.J.; Laredo Rivero R.; Polo Simón F. y Rubio Álvaro, M.C.  
*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.*

**Introducción y objetivos.** La localización vertebral de la tuberculosis representa la segunda en frecuencia, después de la pulmonar. El diagnóstico se basa en la historia clínica, las pruebas de laboratorio y las de imagen, siendo la más importante la resonancia magnética. La primera fase del tratamiento consiste en resolver la infección. En caso de existir inestabilidad de la columna se puede fijar posteriormente.

**Material y método.** Varón de 47 años, con antecedente de silicosis. Es remitido desde atención primaria tras resonancia informada como herniación discal lumbar a nivel L3-L4. El paciente presenta lumbociatalgia derecha irradiada hasta el pie. Lasegue positivo. Descenso de fuerza en L4. Durante la cirugía se descubre gran cantidad de material blanquecino de aspecto purulento procedente del espacio discal y neural. Se toman muestras y se realiza desbridamiento y lavado abundante. Dado el aspecto infeccioso se decide no realizar fijación instrumentada.

**Resultados.** La biopsia reflejó unos resultados sugestivos de tuberculosis. Se comenzó con terapia antituberculosa bajo control del Servicio de Medicina Interna. Tras la normalización de los controles, se procede a realizar una fijación instrumentada L1-L2 y L5-S1, puenteando L3 y L4. La evolución posterior del paciente ha sido satisfactoria.

**Comentarios y conclusiones.** La tuberculosis vertebral es un cuadro relativamente frecuente que no debemos olvidar. Si bien la resonancia es el gold standard del diagnóstico por imagen, no debemos menospreciar la utilidad de la radiología simple o la TAC. En primer lugar se debe tratar la infección. Posteriormente se puede realizar fijación de la columna en caso de inestabilidad.

## CC 147

### ESPONDILOLISTESIS DE ALTO GRADO

García Virto, V.

**Introducción y objetivos.** La espondilolistesis tiene una prevalencia del 5%. Existe una clasificación según el mecanismo de producción y distintas clasificaciones para valorar el desplazamiento. El objetivo es mostrar nuestra experiencia en el manejo de una espondilolistesis de alto grado.

**Material y método.** Mujer de 27 años que consulta por lumbalgia de larga evolución, que no ha mejorado con tratamiento médico y que no ha sido estudiada nunca. Presenta dolor lumbar bajo que no se irradia a extremidades inferiores, con contractura de la musculatura paravertebral, fuerza y sensibilidad conservadas y reflejos osteotendinosos normales.

En las radiografías simples se observa una espondilolistesis L5/S1 grado 4 de Meyerding y grado 4 de Taillard, con lisis de la pars interarticularis y deformidad trapezoidal de L5 y alteración de S1 en forma de cúpula. En la RMN se comprueba una listesis mayor del 75%, con desestructuración y alteración en la morfología del disco intervertebral. La paciente fue intervenida quirúrgicamente, realizándose descompresión radicular L4, L5 y S1, con reducción parcial y artrodesis circunferencial.

**Resultados.** La paciente no presenta complicaciones en el postoperatorio, desapareciendo la clínica de lumbalgia, comprobándose en estudios radiográficos la estabilidad de la artrodesis.

**Comentarios y conclusiones.** La lumbalgia es el síntoma más frecuente de las espondilolistesis, y se debe a la inestabilidad de la columna. En desplazamientos vertebrales superiores al 50%, el tratamiento quirúrgico con reducción parcial es útil, asociado a una artrodesis circunferencial, para garantizar un mayor porcentaje de fusión. No debe efectuarse una reducción completa del deslizamiento, porque conlleva un elevado riesgo de lesiones neurológicas.

## CC 148

### OSTEOSÍNTESIS CON TORNILLO CANULADO EN FRACTURAS TIPO II DE ODONTOIDES

García Virto, V.

**Introducción y objetivos.** Las fracturas de odontoides tienen una incidencia del 25-15% de las fracturas del raquis cervical. Las causas más frecuentes son los accidentes de tráfico (60-70%) y las caídas de altura (30%). El objetivo es mostrar nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico de estas fracturas.

**Material y método.** Se revisaron cuatro pacientes, un varón y tres mujeres de edades comprendidas entre 60-70 años, tres de los casos sufrieron accidente de tráfico y otro de ellos caída de altura, con pérdida de conocimiento, sin sintomatología neurológica asociada. Presentaban cervicalgia alta no irradiada y tras pruebas complementarias, fueron diagnosticados de fracturas de odontoides tipo II de Anderson y D, Alonso, tres de ellos tipo C y uno tipo A de Roy-Camille. Los pacientes fueron intervenidos, realizándose osteosíntesis por vía anterior con tornillo canulado único de 3,5 mm de diámetro.

**Resultados.** Los pacientes no presentaron complicaciones neurológicas, mejorando la clínica de cervicalgia y no objetivándose fallos de la consolidación o pseudoartrosis.

**Comentarios y conclusiones.** Las fracturas de odontoides se pueden clasificar según la localización de la fractura (Anderson y D, Alonso) y según la dirección del trazo de fractura (Roy-Camille). Existen diferentes opciones de tratamiento, en función del tipo de lesión, calidad del hueso y experiencia del cirujano. Para las fracturas Tipo II de Anderson y D, Alonso y tipos A y C de Roy-Camille se debe considerar la mejor opción de tratamiento la estabilización anterior con tornillos canulados, que restaura las condiciones anatómicas de la columna y aporta estabilidad inmediata.

## CC 149

### ESPALDA PLANA POR FRACASO DE INSTRUMENTACIÓN PTL AISLADA. CORRECCIÓN QUIRÚRGICA

Diez Romero, L.J.\*; Vírseda García, L.\*; Marcos Mesa, R.\*; Vázquez Vecilla, I.\*; Arias Martín, F.\* y Fernández González, M.\*\*

\*Complejo Hospitalario De León, Servicio De Cirugía Ortopédica Y Traumatología. \*\*Complejo Hospitalario De León, Servicio De Cirugía Ortopédica Y Traumatología, Jefe De Sección De La Unidad De Raquis.

**Introducción y objetivos.** La instrumentación no circunferencial en la columna lumbar cuando hay patología discal subyacente tiene entre otros

problemas la desestabilización del segmento anterior provocando una pérdida de lordosis y por tanto una cifosis del segmento afecto con el tiempo.

**Material y método.** Presentamos una paciente de 59 años con una instrumentación posterolateral L4-L5-S1 y laminectomía bilateral a dicho nivel por estenosis de canal con hernia discal y discopatía degenerativa L4-L5. Permanece 16 años asintomática y en los últimos meses refiere aparición de dolor lumbar. Se aprecia una pérdida de lordosis en la región instrumentada y un desbalance sagital no compensado. La resonancia magnética revela discopatía L2-L3 y L3-L4, y leve discopatía L1-L2. Se realiza una osteotomía de sustracción pedicular L3 y estabilización posterolateral T12-S1-iliacos.

**Resultados.** Tras la cirugía se consigue restaurar la lordosis lumbar y corregir el desbalance, con lo que la paciente presenta menos dolor y posición erecta.

**Comentarios y conclusiones.** La aparición de un desbalance sagital de la lordosis lumbar por fusión instrumental (Sd. de "Flat back") puede requerir la realización de una osteotomía de sustracción pedicular para recuperar la posición erecta. Este desbalance sagital puede aparecer como consecuencia de no realizar una fusión de columna anterior en patología degenerativa, fracasando los tornillos pediculares.

## CC 150

### FRACTURA VERTEBRAL DESAPERCIBIDA TRAS EL TRAUMATISMO DESENCADENANTE E INTERVENIDA MESES DESPUÉS TRAS MALA EVOLUCIÓN SINTOMÁTICA

Ramos Pérez, M.J.; Alvarado Bonilla, A.; Corbacho Sánchez, V.; Pérez Sánchez, A.; Aguilar López, A. y González Muñoz, F.  
*Hospital General de Jerez de la Frontera (Cádiz).*

**Introducción y objetivos.** Nos encontramos ante una fractura, de origen traumático, de la primera vértebra lumbar en una paciente de 62 años. En pacientes postmenopáusicas son frecuentes este tipo de fracturas. En muchas ocasiones, tras estas fracturas subyace la osteoporosis como factor de riesgo de las mismas.

Nuestro objetivo consiste en destacar la importancia de valorar adecuadamente a estas pacientes, tanto clínico como radiológicamente, e igualmente la de evitar infravalorar este tipo de fracturas, a veces encuadradas como "osteoporóticas", en cuanto al tratamiento y seguimiento de las mismas, conociendo potenciales complicaciones desencadenantes como las sufridas por nuestra paciente.

**Material y método.** Describimos el caso de una paciente tratada sintomáticamente en Urgencias de nuestro hospital, tras pasar desapercibida una fractura lumbar, y su evolución posterior. Fue diagnosticada, meses después, en consultas externas de Traumatología, ante el dolor permanente y la cifosis desencadenante; siendo intervenida mediante osteotomía "en V" y estabilización con osteosíntesis (tornillos, barras y ganchos).

**Resultados.** la paciente ha mostrado muy buena evolución con posterioridad al tratamiento quirúrgico, limitándose la sintomatología desencadenada tras la fractura.

**Comentarios y conclusiones.** En pacientes postmenopáusicas, con sintomatología dorsolumbar, postraumática; debemos evitar obviar la existencia de fracturas vertebrales que puedan desencadenar complicaciones (cifosis, dolor residual) y comprometer la calidad de vida de dichas pacientes. Igualmente, hemos de valorar siempre, la existencia de opciones quirúrgicas que permitan una mejoría sintomática en estas pacientes.

## CC 151

### ABSCESO EPIDURAL ANTERIOR CERVICAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Morales Codina, A.M.; García-Casas, O.; Esteban i Navarro, P.L.; Salomó Domènech, M. y Girvent Montllor, F.  
*Hospital de Sabadell.*

**Introducción y objetivos.** Los abscesos epidurales en columna cervical son poco frecuentes. Presentamos un caso de absceso epidural anterior cervical.

**Material y método.** Mujer de 53 años que acudió al servicio de urgencias por cervicalgia de ritmo inflamatorio y disestesias mal definidas en extremidades superiores de 3 semanas de evolución, refractaria a tratamiento analgésico y antiinflamatorio. No presentaba signos de com-

promiso mieloradicular. Asociaba una limitación de la apertura bucal. Como antecedentes presentaba una neoplasia de mama. En la radiografía simple se objetivó un aumento de las partes blandas prevertebrales C3-C6. La resonancia magnética (RM) mostró una imagen sugestiva de epiduritis flemonosa, absceso epidural anterior C3-C4, proceso inflamatorio prevertebral retrofaríngeo y hernia discal posterolateral izquierda C6-C7 sin compromiso mieloradicular. Junto al servicio de Infecciones, Neuroradiología, Oncología y Otorrinolaringología se decidió realizar una fibroscopia nasofaríngea en la que se observó un cavum libre, sin abombamiento de pared faríngea, no tributaria de punción; iniciándose un tratamiento empírico con cloxacilina endovenosa. Su evolución fue satisfactoria.

**Comentarios y conclusiones.** Los abscesos epidurales cervicales son poco frecuentes y muy agresivos. Los microorganismos etiológicos más frecuentes son el *Staphylococcus aureus*; en inmunodeprimidos también *Aspergillus*, *Candida*... El diagnóstico y tratamiento han de ser precoces. En pacientes con déficit neurológico se realizará un drenaje quirúrgico urgente y tratamiento antibiótico específico. En pacientes sin déficit neurológico, si éste es mínimo, o de alto riesgo quirúrgico, se recomienda la aspiración percutánea y tratamiento antibiótico sin cirugía. Su pronóstico depende de la situación general y neurológica del paciente en el momento del diagnóstico y de la rapidez en el establecimiento del tratamiento.

## CC 152

### CIRUGÍA DE RESCATE EN ESPONDILOLISTESIS DE ALTO GRADO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ceballos Rodríguez, G.; Areta Jiménez, F.J.; Castrillo Amores, M.A. y Carreres Colón, F.J.  
*Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** El tratamiento quirúrgico de la espondilolistesis de alto grado es controvertido. La artrodesis in situ, instrumentada o no, posterior o circunferencial, es una opción de tratamiento, y frente a ella se propone la reducción y artrodesis, que presenta las ventajas de evitar la progresión de la enfermedad, facilitar la fusión, y limitar su extensión, así como restaurar un perfil sagital cercano a la normalidad.

**Material y método.** Se presenta a una paciente intervenida hace 20 años de espondilolistesis L5-S1, que acude a nuestra consulta por presentar lumbociática bilateral progresiva e invalidante de 5 años de evolución. En la actualidad presenta espondilolistesis L5-S1 de grado III-IV y síndrome de torso plano lumbosacro secundario, con cifosis lumbosacra, lordosis torácica, y un desequilibrio del raquis de 25 cm. Se propone tratamiento quirúrgico mediante reducción y artrodesis por doble abordaje y en dos tiempos para corregir el desequilibrio sagital del raquis y así reducir el dolor y la claudicación.

**Resultados.** Tras un año de evolución, presenta artrodesis ósea. Ha desaparecido totalmente la claudicación de miembros inferiores y el dolor casi por completo. Se ha corregido el equilibrio sagital del raquis.

**Comentarios y conclusiones.** La cirugía de revisión de la espondilolistesis de alto grado debe reservarse para pacientes sintomáticos y/o con deformidad progresiva. La osteotomía de la fusión previa con reducción y artrodesis instrumentada por doble vía es una opción terapéutica fiable y segura, en manos entrenadas, para estos pacientes, permitiendo restaurar un perfil sagital adecuado, realizar una liberación neuroquirúrgica suficiente, y favorecer la fusión definitiva.

## CC 153

### FRACTURA INESTABLE DE LOS PEDÍCULOS DE C2 EN PACIENTE SOMETIDO A TRAUMATISMO DE ALTA ENERGÍA

Arroyo Dorado, A.; Huguet Comelles, R.; Marsol Puig, A.; Escala Arnau, J. y Giné Gomà J.  
*Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona.*

**Introducción y objetivos.** También conocida como fractura de Hangman o del ahorcado, esta fractura puede observarse secundariamente a accidentes de tráfico o en suicidios, aunque su incidencia no es muy alta.

**Material y método.** Presentamos el caso de un paciente de 35 años que tras un accidente de tráfico se diagnostica de fractura bilateral de los pedículos de C2 tipo IIA de la clasificación de Levine y Edwards. Clínicamente presenta una lesión medular completa nivel C5. El estudio por imagen (TAC y RM) muestra: fractura C2 con subluxación y angulación

anterior C2; lesión ligamentosa posterior C1-C2 y, en menor grado, C2-C3; lesión discal C2-C3 con disrupción y apertura posterior y herniación anterior migrada caudalmente, y foco de mielopatía cervical en segmentos C5-C7.

**Resultados.** Debido a la inestabilidad de la lesión se decide tratamiento quirúrgico mediante abordaje posterior y artrodesis posterior instrumentada C1-C3 con injerto óseo.

**Comentarios y conclusiones.** A pesar de la inestabilidad que conllevan este tipo de fracturas, los déficits neurológicos secundarios a lesiones medulares son infrecuentes debido a la amplitud del canal medular en este segmento. En este caso, destaca que la lesión medular se ha producido a distancia de la lesión ósea (nivel C5). El tratamiento conservador de estas lesiones mediante tracción y halo-jacket está bien establecido y respaldado por múltiples estudios. Sin embargo, en este caso, debido a la diástasis del disco C2-C3 (tipo IIA) la aplicación de tracción empeora la situación y por esto se decide tratamiento quirúrgico de entrada.

## CC 154

### LUMBALGIA DE LARGA EVOLUCIÓN EN PACIENTE VIH

Yagüe Solís, F.; García Virto, V.; González Salvador, M.; Olmos Molpeceres, L.; Díaz Díaz, J.J. y García Flórez, L.  
*Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Introducción y objetivos.** Presentación de un caso clínico de una paciente VIH con clínica de lumbociatalgia de más dos meses de evolución, finalmente diagnosticada de espondilodiscitis no tuberculosa L3-L4.

**Material y método.** Mujer de 36 años, ex-ADVP, VIH+, VHC, con lumbalgia de más de 2 meses de evolución con irradiación a cara anterior de ambos muslos, sin déficit neurológico. Las radiografías muestran lesiones líticas del platillo inferior de L3 y superior de L4. La RMN presenta la afectación de L3-L4 con destrucción de los platillos limítrofes y colección perivertebral, compatible con espondilodiscitis en dicho nivel. La punción-biopsia determinó *Staphylococcus aureus* meticilín-sensible. Fracasado el tratamiento antibiótico, se realiza intervención quirúrgica, mediante abordaje retroperitoneal, limpieza de foco, colocación de malla de Moss con injertos de cresta iliaca, placa y tornillos.

**Resultados.** Al día siguiente comienza sedestación con ortesis, continuando los días sucesivos con la deambulación, mejorando la clínica de lumbalgia e irradiación.

**Comentarios y conclusiones.** La espondilodiscitis es una infección del disco y las vertebras adyacentes de puerta de entrada habitual hematogena. Como factores predisponentes encontramos: edad avanzada, diabetes, VIH, insuficiencia crónica renal y hepática, uso de drogas intravenosas, tratamiento con esteroides, etc. Así, ante dichos factores y dolor lumbar continuado resistente al tratamiento, la espondilodiscitis debe considerarse en el diagnóstico diferencial. La RMN es el método diagnóstico de elección y el germen causal más frecuente es el *Staphylococcus aureus*, por lo que debe ser cubierto en el tratamiento empírico hasta el cultivo. El tratamiento quirúrgico estaría indicado cuando hay déficit neurológico, deformidad importante, casos refractarios, absceso clínicamente significativo o para el diagnóstico bacteriológico con biopsia negativa o insegura.

## CC 155

### FRACASO DE INSTRUMENTAL EN EL TRATAMIENTO DE METÁSTASIS DE L1. A PROPÓSITO DE UN CASO

Bollegi Zuloaga, I.M.; Merino Pérez, J.; López Vinagre, E.; Múgica Santibañez, P.; Nogueras, F. y Herrera Cuevas, I.  
*Hospital de Cruces. Vizcaya.*

**Introducción y objetivos.** Se presenta el caso de una mujer de 31 años con metástasis de L1 que se trata mediante resección en bloque de L1 y fijación interna.

**Material y método.** Mujer de 31 años con diagnóstico de adenopatías inguinales izquierdas metastásicas de origen melánico, primario desconocido. Acude de urgencia por lumbalgia, diagnosticándose metástasis de L1 de melanoma, que se trata mediante corporectomía total de L1 en dos tiempos, primero con artrodesis instrumentada T12-L2 vía posterior y posteriormente, colocación de caja intersomática y barra de compresión por vía anterior. Un mes más tarde de la intervención acude de urgencia por lumbalgia de comienzo brusco, sin traumatismo previo y sin presentar clínica neurológica.

**Resultados.** Se diagnostica de fracaso del instrumental con aflojamiento de los dos tornillos distales posteriores, por lo que se realiza extracción del fijador y osteosíntesis T11-T12—L2-L3.

**Comentarios y conclusiones.** Ante pacientes con antecedentes de neoplasia que refieren lumbalgia, debemos sospechar la posibilidad de metástasis y realizar los estudios diagnósticos pertinentes. El tratamiento de las metástasis vertebrales es complejo, con implicación de múltiples factores, que requiere un manejo multidisciplinar integrado.

## CC 156

### COMPLICACIÓN URETERAL TRAS REALIZACIÓN DE ARTRODESIS L4-L5 INSTRUMENTADA POSTERIOR

Bollegi Zuloaga, I.M.; Larrea Ruiz, A.; Ibor Ureña, I.; Azores Galeano, X.; Lozano Marín, C. y Aurrekoetxea Argandona, J.  
*Hospital de Cruces. Vizcaya.*

**Introducción y objetivos.** Se presenta el caso de una mujer de 63 años que tras intervención de columna lumbar presenta complicación urológica.

**Material y método.** Mujer de 63 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, es intervenida de espondilolistesis L4-L5 con estenosis foraminal bilateral, realizándose artrodesis transforaminal L4-L5 instrumentada. En el postoperatorio presenta dolor de comienzo insidioso en flanco izquierdo, con hallazgos de colección líquida retroperitoneal perirrenal izquierda en el TAC. Tras ser valorada por el Servicio de Urología, se diagnostica de lesión ureteral izquierda, realizándose nefrostomía y drenaje percutáneo del urinoma.

**Resultados.** En el evolutivo postoperatorio próximo, la paciente presenta mejoría significativa de la clínica de lumbociatalgia. Así mismo, presenta resolución del urinoma sin datos de infección ni otras complicaciones. Actualmente se encuentra pendiente de estudio y decisión del tratamiento definitivo de la nefrostomía por parte de Urología.

**Comentarios y conclusiones.** La lesión ureteral se trata de una complicación infrecuente de la cirugía de la columna lumbar, habiendo sido publicados muy pocos casos en la bibliografía. A pesar de ello, todo cirujano debe tener presente su posibilidad, ya que un diagnóstico precoz puede mejorar el pronóstico urológico y evitar una posible sepsis o nefrectomía.

## CC 157

### CERVICALGIA NO TRAUMÁTICA ATÍPICA: TUMOR DE PANCOAST

Fernández Doral, F.J.\*; Trelles Lesmes, F.\*; Martínez Maside, M.\*\*; López Orosa, C.\*; Ramos López, M.\* y García Lázaro, F.J.\*  
*\*Hospital de Fuenlabrada, \*\*Hospital Infanta Leonor.*

**Introducción y objetivos.** Los tumores del vértice pulmonar pueden comprimir las ramas inferiores del plexo braquial y ocasionar un dolor intenso en la extremidad que puede llevar a confusión con cuadros de cervicobraquialgia. Cuando estos tumores comprimen también el ganglio estrellado aparece la triada de Claude-Bernard-Horner que es muy típica pero en las fases iniciales pueden faltar y el diagnóstico se hace muy difícil.

**Material y método.** Presentamos un caso en que un varón joven que en el período de 2 meses acude repetidamente a urgencias con un cuadro de dolor en extremidad superior derecha y tras realizarle una exploración y radiografías es remitido a Nuestra Consulta con el diagnóstico de cervicobraquialgia. En la consulta se le solicita una RM de columna cervical que muestra un prolapso discal C5-C6 y se pauta tratamiento. En la revisión subsiguiente, ante la ausencia de mejoría y la discordancia metamérica de la irradiación y tras una exploración más profunda se sospecha patología pulmonar y se solicita RM de tórax que finalmente da el diagnóstico correcto.

**Resultados.** El caso es interesante no solo por diagnóstico diferencial sino también en reflexionar sobre el triaje de urgencias que se deja en muchos casos en manos de personal no médico, pero quizás sería mejor encargarlo a un médico con experiencia. Aunque parezca un desperdicio puede ahorrar muchas pruebas y demoras a los pacientes.

**Comentarios y conclusiones.** Ha de extremarse la anamnesis y exploración en todo paciente que acude de nuevo a urgencias por la misma patología.

## CC 158

### METÁSTASIS VERTEBRALES Y VERTEBROPLASTIA CON IMPLANTE EXPANSIVO

Yagüe Solís, F.; García Virto, V.; Faour Martín, O.; Del Canto Iglesias, F.; César Noriega González, D. y Noriega Trueba, J.J.  
*Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

**Introducción y objetivos.** Metástasis óseas y mielomas tienen su localización más habitual a nivel lumbar y torácico. El objetivo es mostrar nuestra experiencia tratando mediante vertebroplastia con implante expansivo las fracturas-aplastamientos vertebrales debidas a éstas.

**Material y método.** Varón, 36 años, diagnosticado de teratoma testicular mixto, con lumbociática izquierda e irradiación a cara anterior del muslo, que durante el ingreso evidenció una plejía de dicha extremidad. Radiografías: fractura-aplastamiento de L3. RMN: lesión compatible con metástasis y masa de partes blandas que generaba compromiso del canal medular. EMG: radiculopatía motora L3-S1 izquierdas. Tratamiento: vertebroplastia con implante expansivo y reducción de la fractura, exéresis de la masa y refuerzo con descompresión y fijación transpedicular. Varón, 70 años, con dorsalgia a nivel escapular sin afectación neurológica. Radiografías: fractura-aplastamiento de D9. RMN: lesión compatible con metástasis. TAC toraco-abdominal: diversas lesiones líticas, diagnosticándose de mieloma múltiple. Tratamiento: vertebroplastia con implante expansivo con reducción de la fractura.

**Resultados.** El primer paciente mejoró de la lumbociática y parcialmente la plejía de la pierna izquierda, actualmente en tratamiento rehabilitador. El segundo paciente mejoró desde el primer momento sin complicaciones.

**Comentarios y conclusiones.** Las metástasis vertebrales son comunes en las neoplasias sólidas, habitualmente con dolor y a veces déficit neurológico. La inestabilidad, la compresión medular o el dolor refractario constituyen indicaciones quirúrgicas. El tratamiento de las metástasis vertebrales y los mielomas mediante reducción, con implantes intravertebrales expansivos y su posterior fijación con PMMA, permite una corrección anatómica de las lesiones a nivel local, así como rebalancear la columna en los planos coronal y sagital, controlando el dolor y evitando el colapso vertebral.

## CC 159

### SÍNDROME FEBRIL CON LUMBALGIA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Rodríguez Rosales, G.\*; Plasencia Rodríguez, C.\*\*; González González, D.\* y Lópiz Morales, Y.\*

\*Hospital Clínico San Carlos, \*\*Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Introducción y objetivos.** Paciente mujer de 34 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acude al Servicio de Urgencias de nuestro centro por dolor lumbar de 7 días de evolución de características mecánicas-inflamatorias, que impide la deambulacion, acompañado de fiebre de cinco días.

**Material y método.** En la exploración física presenta dolor a la palpación de la región lumbo-sacra, sin focalidad neurológica acompañante. Ante dicho cuadro clínico, se realizan distintas pruebas complementarias, con resultado de signos degenerativos en platillo superior de L2(RX convencional) y espondilitis infecciosa L1-L2 con alteración del disco y erosión de los platillos, imagen de colección en el disco y realce de ambos psoas(RMN columna lumbar).

**Resultados.** Ante la sospecha clínica de espondilitis infecciosa se realiza, bajo control de escopia, punción del disco L1-L2, aislándose *Sp Agalactiae*, sensible a Vancomicina, Clindamicina, Eritromicina y Penicilina, por lo que se instaura tratamiento antibiótico intravenoso durante el ingreso y posteriormente vía oral.

Evoluciona favorablemente, con mejoría clínica del dolor y reincorporación a su vida laboral previa.

**Comentarios y conclusiones.** El *S. agalactiae* está emergiendo como causa de infecciones espinales en adultos fuera del embarazo, particularmente con enfermedades crónicas de base, aunque también puede afectar a pacientes inmunocompetentes sin condiciones debilitantes. Aunque muy raro(sólo se han descrito 33 casos de espondilodiscitis piógena por *S. agalactiae* en la literatura), las series claramente ilustran que deberíamos tener en cuenta a dicho germen en el diagnóstico diferencial de las espondilodiscitis piógenas en los adultos, cualquiera que sea el estado inmunológico del paciente.

## CC 160

### FRACTURA LUXACIÓN COLUMNA DORSAL EN NIÑA DE 10 AÑOS

Figueiredo González, H.J.; Mota Blanco, S.M.; Sánchez Gutiérrez, S.J.; Rubio Torres, J.A. y Pizones Arce, J.  
*Hospital Universitario de Getafe. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas luxaciones de columna toracolumbar en la edad pediátrica son raras<sup>1</sup>, se asocian a traumatismos de alta energía y frecuentemente asocian lesión medular.

**Material y método.** Niña de 10 años de edad, sufre un traumatismo de columna dorsolumbar con mecanismo de flexión distracción tras un impacto desde atrás en coche estático. Presenta tumefacción dorsal baja y apofisalgia de D9-L1 con contractura muscular paravertebral derecha dolorosa. Sensibilidad y motricidad conservada (5/5), reflejos osteotendinosos rotuliano y aquileo bilaterales vivos y simétricos. Reflejo cutáneo plantar flexor bilateral. Reflejos cutáneos abdominales conservados. Tono de esfínter anal conservado. Doble continente. Frankel E. RMN con supresión grasa. Rotura parcial del ligamento supraespinoso de D9. Fractura tipo chance de flexión-distracción en nivel D10-D11, con fractura de apófisis espinosa y porción inferior de ambas apófisis articulares de D10, luxación ventral de las facetas articulares interapofisarias posteriores bilaterales y listesis de D10 sobre D11, rotura del complejo ligamentoso posterior con estenosis secundaria del canal raquídeo en 30-40%.

**Resultados.** Se realiza la reducción de la luxación tras facetectomía inferior de D10 y la instrumentación posterior desde D7 hasta L2 mediante un sistema híbrido de ganchos proximales y tornillos distales, moldeando la barra al plano fisiológico.

**Comentarios y conclusiones.** Los casos sin lesión medular, son poco frecuentes. Uno de los factores por el cual no se produce déficit neurológico, como ocurre en nuestro caso, es la descompresión espontánea de los elementos del arco posterior tras la fractura del mismo.

## CC 161

### TRIPLEJÍA SECUNDARIA A HERIDA POR ARMA DE FUEGO

Esteban Navarro, P.L.; García Casas, O.; Salomó Domènech, M. y Girvent Montllor, F.

*Unidad de Raquis. Servicio de COT. Hospital de Sabadell. Corporació Sanitària Parc Taulí.*

**Introducción y objetivos.** Compartir un caso clínico infrecuente.

**Material y método.** Varón de 48 años de edad traído a urgencias tras sufrir disparos por arma de fuego. EF: paciente consciente y orientado, movilizaba extremidad superior derecha (nivel motor C8, sensitivo T2), plejía del resto de extremidades. Entre otras, presentaba orificio de entrada en cara antero-lateral izquierda del cuello, sin orificio de salida. En el box de politraumatizado presentó deterioro del nivel de conciencia, indicándose intubación oro-traqueal y ventilación mecánica. Las radiografías simples mostraban cuerpo extraño en charnela cervico-torácica. En la TC de cuello se observaba objeto metálico en segmento C7 – T1, intramedular. Resto de estructuras sin lesiones. Se realizó laminotomía bilateral de C7 y extracción del cuerpo extraño, aplicando un sustituto sintético de duramadre. Se trataron también el resto de lesiones.

**Resultados.** Desde el punto de vista evolutivo, cabe destacar la grave disautonomía, en forma de bradicardia sinusal, con episodios de bradicardia extrema y disociación electromecánica, que obligó a la colocación de marcapasos definitivo. Desde el punto de vista local, se apreció pseudomeningocele, que se trató de forma no quirúrgica. Neurológicamente no presentó cambios. El paciente fue trasladado a una institución especializada en el manejo de pacientes con lesiones medulares.

**Comentarios y conclusiones.** Con fines de estudio balístico y al tratarse de un cuerpo extraño con posibilidad de migración, nos inclinamos por la extracción quirúrgica del proyectil. No obstante, la escasa bibliografía existente no es concluyente respecto al tratamiento a seguir. Cabe destacar la grave disautonomía asociada.

## CC 162

### LIPOMATOSIS EPIDURAL

López de Dicastillo Roldán, M.L. y Gómez Palacio, V.E.  
*Hospital San Pedro de Logroño.*

**Introducción y objetivos.** La lipomatosis peridural es una patología poco frecuente. Su etiología esta relacionada por tratamientos crónicos con

glucocorticoides, Cushing, infiltraciones epidurales y una pequeña proporción es idiopáticos (obesidad). El depósito genera una compresión medular y desarrolla una clínica de radiculopatía y claudicación neurogénica. **Material y método.** Presentamos el caso de una paciente mujer de 27 años remitida a traumatología, desde neurología por cuadros de lumbociatalgia, con dolor en las extremidades inferiores y claudicación de la marcha a los 50 metros, que no mejora con tratamiento médico. Fue empeorando su cuadro con parestesias, pérdida de fuerza, sensación de adormecimiento de planta de pie. La paciente presentaba una postura característica en flexión del tronco, que le aliviaba. Con RNM se diagnóstica de lipomatosis epidural L5-S1-S2.

**Resultados.** Tras fracaso del tratamiento conservador con dieta hipocalórica y ejercicio aeróbico, se procede a la cirugía mediante laminectomía descompresiva y extracción de la grasa peridural, que fue enviada al servicio de anatomía patológica, que confirma el diagnóstico de lipomatosis peridural.

**Comentarios y conclusiones.** La lipomatosis peridural es una causa poco frecuente de lumbociática y por ello esta infradiagnosticada. Estudios científicos indican en el futuro un aumento de la incidencia de esta patología debido al aumento de la obesidad, mala alimentación y el uso excesivo de corticoides.

## CC 163

### FENÓMENO DE CRANKSHAFT

Mardomingo Alonso, A.; Sánchez Gutiérrez, S.J.; Pizonas Arce, J.; Sánchez Gutiérrez, S.J.; Rubio Torres, J.A. y Gómez Rice, A.  
*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología Hospital Universitario. Getafe.*

**Introducción y objetivos.** Fue Dubousset en 1973 el primero en describir el fenómeno de Crankshaft cómo la progresión de la deformidad en curvas escolióticas artrodesadas por vía posterior debida al potencial de crecimiento anterior vertebral.

**Material y método.** Se pretende la revisión del tema mediante el estudio de un caso clínico intervenido en nuestro centro. Paciente de 11 años y 6 meses en la que se objetiva progresión de la deformidad dorsal habiendo sido intervenida de artrodesis instrumentada desde T4 a T10 vía posterior hace 8 meses, por escoliosis dorsal izquierda.

**Resultados.** Ante la perspectiva de una mayor progresión de la curva, se decide realizar una corrección vía posterior empleando una instrumentación con ganchos y barras de acero, añadiendo osteotomías apicales. El objetivo de la intervención es doble, corregir la deformidad y evitar la progresión de la curva artrodesada ya que la paciente tiene aún potencial de crecimiento.

**Comentarios y conclusiones.** La incidencia este fenómeno varía entre el 15 y el 30% dependiendo de las series. Kesling y Winter<sup>3</sup> encontraron una correlación positiva con la edad precoz y la magnitud de la curva principal. El potencial de crecimiento es el principal factor predictivo de este fenómeno. Sanders observó que todos los pacientes intervenidos antes o durante el pico de crecimiento rápido sufrían en mayor o menor medida este fenómeno. Para prevenir la aparición de este fenómeno se han propuesto dos opciones. Un moldeo del plano sagital a cifosis que proteja la rotación vertebral o una fusión anterior.

## CC 164

### EFICACIA DE LA ARTRODESIS VERTEBRAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Martínez-Férez, I.M. y Villegas Portero, R.  
*Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.*

**Introducción y objetivos.** El aumento de indicaciones de artrodesis vertebral y el hecho de que el éxito quirúrgico no garantiza la efectividad del método justifica la evaluación del procedimiento. Objetivo: valorar la eficacia de la fusión vertebral frente a terapias alternativas en tres patologías degenerativas: estenosis, espondilolistesis y discopatías en las regiones toracolumbar, lumbar y lumbosacra.

**Material y método.** Revisión sistemática. Criterios de inclusión: 1. ensayos clínicos aleatorizados, cuasi-experimentales y estudios prospectivos con control y seguimiento > 1año. 2. Adultos con: estenosis, espondilolistesis o discopatía degenerativa toracolumbar, lumbar y lumbosacra; sin cirugía previa. 3.

**Resultados.** Funcionalidad, dolor, calidad de vida, reintervención, efectos adversos. Se realizó una lectura crítica de los artículos aplicando la guía CASPe.

**Resultados.** Estenosis: los estudios incluidos eran de calidad moderada-baja, comparaban descompresión sola frente a fusión y mostraban datos contradictorios sobre los beneficios de la fusión vertebral. Espondilolistesis: Estudios de calidad moderada-baja que mostraron cierto beneficio clínico de la artrodesis. Este beneficio disminuyó cuando restringieron el análisis a estudios con pacientes con alteraciones neurológicas. Discopatías: Se ha valorado la fusión frente a diferentes tratamientos alternativos: discoplastia, tratamiento conservador, descompresión y ligamentoplastia. Los estudios encontrados fueron de calidad moderada-baja. Todos los tratamientos alternativos evaluados presentaban beneficios frente a la fusión vertebral, excepto el tratamiento conservador poco intensivo y estructurado.

**Comentarios y conclusiones.** No existe evidencia de los beneficios de la artrodesis en estenosis ni en discopatías degenerativas. Existe una evidencia débil a favor de la fusión frente a la descompresión en espondilolistesis degenerativa aunque basada en estudios de baja calidad metodológica.

## CC 165

### INDICACIONES DE USO ADECUADO DE LA ARTRODESIS VERTEBRAL: TORACOLUMBAR, LUMBAR Y LUMBOSACRA

Martínez-Férez, I.M.\*; Molina Linde, J.M.\*; Villegas Portero, R.\* y Guerado Parra, E.\*\*

\*Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía  
\*\*E.P. Hospital Costa Del Sol.

**Introducción y objetivos.** La artrodesis vertebral se ha constituido en una intervención rutinaria aunque el éxito quirúrgico no garantiza la efectividad del método. Objetivo: desarrollar criterios de adecuación de la artrodesis toracolumbar, lumbar y lumbosacra en patologías degenerativas de columna: estenosis, espondilolistesis y discopatías.

**Material y método.** Se realizó una revisión sistemática de la literatura buscando en las principales bases de datos. La revisión sistemática permitió seleccionar aquellas variables relevantes con las que se diseñaron diferentes escenarios en los que se valoró la adecuación de la artrodesis. Se siguió el método RAND-UCLA. Un panel de 9 expertos puntuó el grado de uso apropiado de cada indicación en una escala de 1 (muy inapropiado) a 9 (muy apropiado) en dos rondas. Según la mediana de las puntuaciones de los panelistas y su nivel de acuerdo, cada indicación se clasificó como apropiada, dudosa o inapropiada.

**Resultados.** De 864 escenarios evaluados (288 para cada patología), se puntuaron con desacuerdo 44 indicaciones (5,09%), por el contrario se calificaron con acuerdo 381 (44,1%), y como indeterminadas 439 (50,8%). Un total de 101 indicaciones (11,7%) fueron consideradas adecuadas, 309 (35,8%) dudosas y 454 (52,5%) inadecuadas. De las indicaciones adecuadas por consenso de los expertos se encontraron 5 escenarios adecuados en estenosis, 22 escenarios en espondilolistesis y ninguno en discopatías.

**Comentarios y conclusiones.** Se han elaborado estándares sobre uso apropiado de la artrodesis vertebral en pacientes con patologías degenerativas, que faciliten la toma de decisiones y el uso adecuado de la artrodesis.

## CC 166

### OSTEOTOMÍAS CORRECTORAS DE SMITH-PETERSEN TRAS FRACTURA DE T12

Guimerá García, V.; Ortega García, J.; Viña Fernández, R.; Auñón Martín I.; Rodríguez Martín, J. y Resines Erasun, C.  
*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología II. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Mujer de 26 años que en mayo'07 sufre politraumatismo secundario a accidente de tráfico presentando traumatismo abdomino-torácico grave y traumatismo raquídeo con fractura aplastamiento de T12 sin déficit neurológico asociado (A3.1.1 ; Denis B; Tipo2 Vaccaro). Se trata conservadoramente iniciando deambulacion con corsé de Jewett. Durante el seguimiento en consultas presenta dolor dorso-lumbar incapacitante sin mejoría tras rehabilitación, irradiación por cara lateral de mii y dolor apofisario a la palpación de T12. Exploración neurológica normal.

**Material y método.** En los estudios de imagen presenta acuñamiento de aprox. 50%, cifosis segmentaria fija de 25° y lordosis lumbosacra compensatoria de 75°.

En octubre'08 se realizan osteotomías de Smith-Petersen de T10 a L2, instrumentación con tornillos de L1 a T10 y barras con ganchos en transversas T8.

**Resultados.** A los 3 meses mejoró de su dolor y en Rx presentó una cifosis segmentaria de 4°. Actualmente se ha reincorporado a su actividad laboral con leves molestias residuales.

**Comentarios y conclusiones.** Estas deformidades, en muchos casos, son el resultado de un tratamiento inadecuado y/o insuficiente en la presentación inicial. El tratamiento debe seguir principios biomecánicos para reestablecer la estabilidad. El éxito depende de la selección del paciente, el conocimiento biomecánico, la habilidad técnica y la experiencia.

## CC 167

### FRACTURAS POR STRESS A NIVEL DE LAS FACETAS ARTICULARES LUMBARES: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Covaro, A.A.; Aparicio García, P.; Panadero, M.; Masferrer, A. y Roca i Burniol, J.

*Hospital Universitario Germans Trias y Pujol, Badalona. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas por sobrecarga a nivel del raquis lumbar, si bien son raras, afectan fundamentalmente a la pars interarticularis, debido principalmente a las características anatómicas y biomecánicas de esta zona, que hace que las fuerzas se concentren a este nivel. El mecanismo de lesión de estas lesiones se explica por microtraumatismos repetidos combinado con rotaciones del tronco.

**Material y método.** Caso 1: Varón 19 años, tenista, que inicia cuadro brusco de lumbalgia desde hace 6 meses. Clínicamente presenta lumbalgia que aumenta de intensidad con los movimientos de hiperextensión del tronco y contractura de la musculatura paravertebral. En el TC se objetiva imagen de continuidad a nivel de la faceta inferior de L3 derecha, gammagrafía positiva. Caso 2: Mujer de 23 años, gimnasta, que acude a consultas por episodios repetidos de lumbalgia que se ha exacerbado a raíz de un aterrizaje de un salto. En la imagen de TC se objetiva imagen clara de solución de continuidad a nivel de la articular de la L4 derecha. Se realizó el mismo tratamiento que en el caso anterior.

**Resultados.** Tras un tratamiento de 3 infiltraciones locales bajo control radioscópico, se consiguió mejoría en ambos casos.

**Comentarios y conclusiones.** Las fracturas a nivel de los pedículos y facetas articulares es una entidad a tener presente en deportistas sometidos a microtraumatismos repetidos en hiperextensión y rotación del tronco. El diagnóstico es confirmado mediante gammagrafía y TC.

## CC 168

### LUXACIÓN ROTATORIA ATLO-AXOIDEA CON FRACTURA DE ODONTOIDES TRAUMÁTICA EN HOMBRE DE 80 AÑOS

Garrido Santa María, I.; Suñén, E.; Peña, D.; Araguás Biescas, A.; Garrido-Santamaría, R. y Herrera Rodríguez, A.

*Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza*

**Introducción y objetivos.** Varón 80 años que sufre caída en su huerto golpeándose la cabeza contra una valla. Es traído a urgencias con tortícolis irreductible con rotación de la cabeza sin sintomatología neurológica acompañante.

**Material y método.** Se le realizan Rx y Tac con reconstrucción 3D donde se objetiva luxación atlo-axoidea rotatoria tipo II (una sola carilla articular hacia anterior) 21° desviación del atlas con respecto al axis, además de fractura odontoides tipo 3 (trazo por el cuerpo C2). El ligamento transversal estaba íntegro en RM.

**Resultados.** En un primer momento se coloca un compás de tracción con 3,5kg que se fueron aumentando hasta 4,5 paulatinamente, para reducir la luxación rotatoria. En un segundo tiempo se realizó la osteosíntesis de la odontoides. Para ello se colocó al paciente con el compás de tracción y con control de doble escopia (antero-posterior y lateral) y se estabilizó con un tornillo por vía cervical anterior. En la UCI se agita desorientado y es sedado. Después se retiró la tracción a las 3 semanas y se inmovilizó con un collarín philadelphia. La evolución ha sido satisfactoria.

**Comentarios y conclusiones.** Las luxaciones son más frecuente en los niños. Este caso se produce una fractura de odontoides asociada a la luxación anterior de una carilla del atlas en un paciente de edad avanzada por traumatismo de baja energía. El canal medular es muy amplio en la columna cervical, lo que en este caso contribuyó a que el paciente no tuviera lesiones medulares por la luxación rotatoria.

## CC 169

### DOBLE ABORDAJE ANTERIOR Y POSTERIOR EN PACIENTE CON FRACTURA VERTEBRAL OSTEOPORÓTICA SUPRAINSTRUMENTACIÓN YA INTERVENIDA POR FRACTURA VERTEBRAL OSTEOPORÓTICA PREVIA

Rubio Torres, J.A.; Gómez Rice, A.R.; Pizones Arce, J.;

Álvarez González, P.; Villarrubia García, E.

e Izquierdo Núñez, E.

*Hospital Universitario de Getafe. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** La fractura vertebral de origen osteoporótico puede alterar severamente la biomecánica del raquis, provocar dolor difícil de controlar y elevada morbilidad, requiriendo en ocasiones tratamientos agresivos y no exentos de complicaciones. El objetivo de este caso clínico es poner de manifiesto estos hechos.

**Material y método.** Paciente de 59 años que consulta por dolor lumbar de comienzo súbito, sin antecedente traumático. Es diagnosticada radiológicamente de fractura-aplastamiento de L3, con pérdida de la lordosis fisiológica y difícil control del dolor. Es intervenida quirúrgicamente realizándose doble abordaje anterior y posterior instrumentados desde L2 a L4.

**Resultados.** La paciente evoluciona satisfactoriamente los primeros 6 meses, momento en el cual comienza con nuevo dolor de aparición súbita en la zona proximal a la instrumentación previa, sin antecedente traumático. Es diagnosticada de fractura vertebral de características osteoporóticas T11 y T12 suprainstrumentación, con cifosis postraumática > 40° que altera gravemente el plano sagital, motivo por el cual es intervenida nuevamente con abordaje anterior para restaurar el plano sagital y posterior instrumentado para aportar una banda de tensión posterior.

**Comentarios y conclusiones.** La debilidad vertebral que presentan las pacientes con osteoporosis hace que requieran frecuentemente un sostén anterior, siendo insuficiente la banda de tensión posterior. Esto hace que la agresividad del tratamiento conlleve en ocasiones elevada morbilidad. El diagnóstico y tratamiento precoz, previo a la primera fractura, puede hacer que todas estas complicaciones se minimicen.

## CC 170

### LUMBOCIÁTICA PROGRESIVA BILATERAL EN ADOLESCENTE

Cebreiro Martínez-Val, I.; Moros Marco, S.; Herrera Mera, P.;

Díaz Heredia, J.; Ruiz Iban, M.A. y Sendino, M.

*Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Presentar una extraña localización de sarcoma histiocítico en columna toraco-lumbar con metástasis a distancia.

**Material y método.** Paciente varón de 17 años que acude a Urgencias con dolor lumbar irradiado de meses de evolución con empeoramiento progresivo en los días previos. Presenta dificultad para deambular, dormir y orinar. Tiene una lesión nodular en la región occipital de aparición en las dos semanas previas. Presenta pérdida de fuerza en ambos miembros inferiores y reflejos rotulianos abolidos.

**Resultados.** En las radiografías se observa una masa a nivel de T12. En la RMN se observa afectación de T11, T12 y L1 con compresión del cono medular. Se realiza el diagnóstico de paraparesia aguda por compresión medular debido a masa infiltrativa. Se procede a descompresión quirúrgica por vía posterior, con liberación del canal medular y resección de toda la masa tumoral visible estabilizando la columna mediante instrumentación posterior T8-L3. En el postoperatorio el paciente recupera la movilidad de ambos miembros y los reflejos osteotendinosos, mejorando del cuadro de dolor. El resultado anatómopatológico es Sarcoma Histiocítico. El paciente no respondió a la quimioterapia y presentó lesiones metastásicas progresivas que le llevaron al exitus.

**Comentarios y conclusiones.** El sarcoma histiocítico es una neoplasia extremadamente rara que se da en ganglios linfáticos, piel y tracto gastrointestinal. La localización espinal es excepcional. El tratamiento se basa en cirugía, quimioterapia y radioterapia y el pronóstico es malo. La descompresión quirúrgica por vía posterior está justificada dada la urgencia con la que hubo que solucionar el cuadro clínico del paciente.

## CC 171

### ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA INFANTIL

Gómez Rice, A.; Pizones Arce, J.; Álvarez González, P.; Sánchez-Mariscal Díaz, F.; Zuñiga Gómez, L. e Izquierdo Núñez, E. *Hospital Universitario de Getafe. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Varón de 12 años diagnosticado de escoliosis idiopática curva torácica derecha a los 2 años, con criterios de progresión. A los 10 años la curva dorsal llega a 75° y la lumbar a 90° decidiéndose una artrodesis instrumentada por vía posterior, que sufrió en la evolución un desanclaje craneal. A los 11 años es reintervenido, ocurriendo un nuevo desanclaje craneal.

**Material y método.** En esta situación es remitido a nuestro centro donde se decide una estrategia terapéutica en 3 fases. 1. Extracción de todo el instrumental más osteotomías de la masa de fusión + halo craneal (mantenido 3 meses). 2. Artrodesis vía anterior T1 a T9 dando un soporte en concavidad con injerto autólogo de 4ª costilla vascularizada y peroné homólogo. 3. Artrodesis vía posterior C6-L4

**Resultados.** Curvas postquirúrgicas: torácica 60°, lumbar 42°. Tras 4 años de seguimiento presenta una curva torácica de 62°, una curva lumbar de 50°, una estética aceptable y una buena calidad de vida.

**Comentarios y conclusiones.** Las posibilidades de tratamiento en curvas severas artrodesadas van desde un doble abordaje a un abordaje único posterior, añadiendo o no un período adicional de tracción con halo. En este caso se optó por un primer tiempo quirúrgico que flexibilizara la columna. Durante el postoperatorio se mantuvo una fuerza continua desrotatoria mediante halo craneal. El segundo tiempo quirúrgico aportó un soporte anterior óseo para evitar el colapso de la curva torácica y la progresión de la deformidad. El tercer tiempo creó una banda de tensión posterior mediante artrodesis híbrida instrumentada.

## CC 172

### COMPRESIÓN MEDULAR POR HEMANGIOMA VERTEBRAL AGRESIVO CON INVASIÓN DE CANAL MEDULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Castrillo Amores, M.A.; Orejas Monfort, E.\*; Areta Jiménez, F.J.; Álvarez-Sala Walther, F.\*\*; Ceballos Rodríguez, G. y Rodríguez Moro, C. *Hospital Gómez-Ulla (Madrid).* \*Hospital del sureste (Madrid). \*\*Hospital Ruber Internacional (Madrid).

**Introducción y objetivos.** Los hemangiomas vertebrales son generalmente asintomáticos y descubiertos de forma casual en estudios de imagen. Pocos cursan con dolor y clínica neurológica, y precisan tratamiento. Objetivos: revisión bibliográfica y valoración de los métodos de diagnóstico y las indicaciones de tratamiento de hemangiomas vertebrales definidos como agresivos y con clínica neurológica mediante balón de cifoplastia.

**Material y método.** A propósito de un caso de hemangioma vertebral T8 de tipo agresivo con invasión de canal medular y clínica neurológica de compresión de cordones posteriores, haciendo un estudio del mismo y seguimiento hasta la fecha.

**Resultados.** Se revisó 1 paciente, varón de 42 años, con hemangioma vertebral sintomático en vértebra T8. El paciente presentó una clínica de dorsalgia de larga evolución que se continuó con la aparición de disminución de libido, impotencia, paraparesia y alteraciones en la micción. En los estudios realizados se objetiva presencia de hemangioma vertebral en cuerpo de T8 que afecta a pedículos, muro posterior con invasión de canal medular. No se objetiva fractura de platillos ni aplastamiento vertebral ni fractura del muro posterior. Se clasifica como lesión medular ASIA D. Se realiza tratamiento mediante cifoplastia con balón en T8 con abordaje bipedicular y posterior descompresión en el mismo acto quirúrgico del canal medular mediante laminectomía de T8. El seguimiento fue de 25 meses. La indicación quirúrgica fue el dolor valorado por EVA y la incapacidad valorada por la escala de Oswestry; sintomatología compresiva medular (nivel T8; ASIA D). No existieron complicaciones en la técnica quirúrgica. Hubo remisión de la sintomatología y no han existido recidivas hasta el momento actual.

**Comentarios y conclusiones.** El balón de cifoplastia es un tratamiento eficaz en los hemangiomas vertebrales, incluso en sus formas agresivas, como tratamiento único o adyuvante de otros tales como laminectomía descompresiva.

## CC 173

### DISTRACCIÓN TEMPORAL INTERNA POR VÍA POSTERIOR COMO TRATAMIENTO DE LA ESCOLIOSIS DE ALTO GRADO

Castrillo Amores, M.A.; Orejas Monfort, E.\*; Areta Jiménez, F.J.; Álvarez-Sala Walther, F.\*\*; Ceballos Rodríguez, G. y Fernández-Gayol Pérez, M. *Hospital Gómez-Ulla (Madrid).* \*Hospital del sureste (Madrid). \*\*Hospital Ruber Internacional (Madrid).

**Introducción y objetivos.** El tratamiento quirúrgico de la escoliosis de alto grado, de más de 70° sigue siendo un tema de debate en la actualidad por las posibles complicaciones quirúrgicas (lesiones medulares, fractura de pedículos, sangrado, complicaciones cardiovasculares, complicaciones pulmonares...), postoperatorias (infección, dolor postoperatorio, lesiones neurológicas residuales...) y en el seguimiento (pérdida de corrección, pseudoartrosis...). El halo de tracción sigue siendo reconocido como tratamiento adyuvante a las curvas complejas rígidas, pero está asociado a complicaciones y contraindicado en presencia de inestabilidad cervical, cifosis o estenosis de canal, además del gasto hospitalario generado por la prolongada estancia. Por otro lado, el abordaje anterior de la columna como adyuvante al tiempo posterior tampoco está exento de complicaciones (pulmonares, cardiovasculares, infecciosas, estéticas...). Objetivo: valoración de la distracción temporal interna como tratamiento para escoliosis de alto grado en dos tiempos quirúrgicos por vía posterior.

**Material y método.** Estudio descriptivo a propósito de un caso, varón de 16 años con escoliosis idiopática del adolescente de alto grado tratado mediante un primer tiempo quirúrgico con abordaje por vía posterior con distracción temporal interna mediante tornillos transpediculares torácicos y lumbares, con control neurofisiológico continuo intraoperatorio, seguido de un segundo tiempo quirúrgico a los 8 días, mediante nueva corrección de la curva y colocación de osteosíntesis definitiva y artrodesis posterior con injerto autólogo y sustancias osteoconductoras con control neurofisiológico continuo. La medición de la curva se realizó mediante telemetría, siendo la curva tóraco-lumbar inicial de 90° y 77° de cifosis.

**Resultados.** La curva escoliótica corrigió mediante distracción temporal interna hasta 54° (40% de corrección), y tras la corrección definitiva, pasó a 36° de curva tóraco-lumbar y 52° de cifosis torácica (60% de corrección). El tiempo transcurrido entre las dos cirugías fue de 8 días. En el seguimiento posterior hasta el día de hoy (4 meses) no han existido pérdidas en la corrección. Este método facilitó la corrección progresiva y segura de la deformidad. No existieron complicaciones neurológicas ni infecciosas.

**Comentarios y conclusiones.** La distracción temporal interna es un abordaje adecuado para el tratamiento de la escoliosis idiopática del adolescente de alto grado.

## CC 174

### ABORDAJE QUIRÚRGICO LATERAL DEL CUELLO INTERMUSCULAR BILATERAL COMO TRATAMIENTO DE COSTILLA CERVICAL BILATERAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Castrillo Amores, M.A.; Orejas Monfort, E.\*; Areta Jiménez, F.J.; Álvarez-Sala Walther, F.\*\*; Bernácer López, J.L. y Carreres Colón, F. *Hospital Gómez-Ulla (Madrid).* \*Hospital del sureste (Madrid). \*\*Hospital Ruber Internacional (Madrid).

**Introducción y objetivos.** Se ha descrito la presencia de costillas cervicales desde los tiempos de los anatomistas Galeno y Vesalio. Estos remanentes suelen derivar del fallo en la segmentación durante el desarrollo embrionario. Esta estructura rudimentaria se origina en el centro de osificación del proceso vertebral costal. Las costillas supernumerarias aparecen más frecuentemente en la columna dorso-lumbar, pero es en la columna cervical cuando suelen asociar sintomatología, normalmente relacionada con síndromes compresivos del plexo braquial o los vasos subclavios en el estrecho torácico superior. El síndrome del estrecho torácico superior (TOCS) se describe por primera vez en 1956 por Peet. Objetivo: revisión bibliográfica y descripción del tratamiento quirúrgico a propósito de un caso de costilla cervical bilateral que provoca un síndrome del estrecho torácico superior (TOCS).

**Material y método.** Revisión bibliográfica y descripción a propósito de un caso de costilla cervical bilateral sintomática. Paciente mujer de 36 años de edad que presenta clínica neurológica compresiva a nivel del



plexo braquial en el estrecho torácico superior constatada mediante estudios neurofisiológicos, descartada patología vascular en el estrecho torácico superior mediante estudios angiográficos y angioTC, y confirmada la presencia de costilla cervical bilateral mediante Rx, RM. La paciente presenta parestesias en MMSS y clínica compresiva C6-C7 bilateral que no responde al tratamiento conservador.

**Resultados.** Se realiza intervención quirúrgica de costilla cervical bilateral mediante doble abordaje intermuscular lateral entre los músculos escalenos hasta encontrar la base de la costilla, con extirpación de la misma y la importante brida fibrosa que la acompaña. En su seguimiento se objetiva mejoría completa de la sintomatología con reincorporación a su vida laboral de forma satisfactoria.

**Comentarios y conclusiones.** El síndrome de estrecho torácico superior (TOCS) causado por costilla cervical bilateral, que no responde al tratamiento conservador, puede ser resuelto de forma satisfactoria mediante un abordaje lateral intermuscular.

## CC 175

### COLUMNA VERTEBRAL CEMENTADA

Andrés Grau, J.; González Rodríguez, E.; Abellán Guillén, J.A.; Martínez Martínez, J. y Arroyo Rodríguez, F.F.  
*Hospital General Universitario José M<sup>a</sup> Morales Meseguer. Murcia.*

**Introducción y objetivos.** Los pacientes con una fractura vertebral osteoporótica sintomática típicamente se presentan con dolor de espalda severo tras un traumatismo banal. La columna muestra una cifosis dorsal exagerada y el dolor es típicamente reproducido con la palpación profunda sobre la apófisis espinosa del nivel afecto. Rara vez se asocian déficit neurológicos a estas fracturas, pero deben descartarse.

**Material y método.** La aumentación percutánea con cemento del cuerpo vertebral se introdujo para tratar un subgrupo de pacientes con fracturas vertebrales por compresión que no precisan descompresión quirúrgica de los elementos neurales pero que sin embargo tienen dolor intratable.

**Resultados.** Mujer 79 años independiente para su actividad diaria, con osteoporosis evolucionada, acude a urgencias por dolor dorsal sin traumatismo previo. En la radiología se observa fractura-acuñamiento del cuerpo de T10 y T11. Se le realiza cifoplastia aliviando su sintomatología. Dos meses después acude con la misma clínica observándose fractura-acuñamiento de cuerpos vertebrales en L3, L4 y L5, se decide realizar nuevamente cifoplastias en dichos niveles. Por tercera vez vuelve a ingresar por nuevo episodio de fractura vertebral de las mismas características anteriores decidiéndose nueva cementación de los niveles afectados 3 meses después.

**Comentarios y conclusiones.** Cifoplastias en un mismo paciente desde T5 a L5, observándose una cementación casi completa de la columna vertebral y un alivio completo del dolor.

## CC 176

### VERTEBRECTOMÍA C7 POR RECIDIVA DE TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES. RESULTADO A 7 AÑOS

Combalia, A.<sup>1</sup>; Muñoz-Mahamud, E.<sup>1</sup>; Casanova Mora, L.<sup>1</sup>; Fuster, S.<sup>1</sup>; Conill, C.<sup>2</sup> y Suso, S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Instituto de Especialidades Médico Quirúrgicas (ICEMEQ), <sup>2</sup>Servicio de Oncológica Radioterapia. Hospital Clínic Universitario de Barcelona.

La cirugía oncológica sobre tumores de raquis debería guiarse por los mismos patrones que la cirugía de las extremidades. Es decir, en tumores localmente agresivos y malignos debería procurarse la resección completa por márgenes sanos. Las dificultades propias de esta cirugía a nivel del raquis hacen que una resección completa se efectuó de forma esporádica. Presentamos los resultados a 7 años obtenidos en el tratamiento de una paciente afecta de una recidiva local de un tumor de células gigantes (TCG) a nivel de C7.

**Paciente y método.** Mujer de 37 años en la que se diagnosticó un TCG a nivel del cuerpo vertebral de C7 en febrero 2002. Fue intervenida efectuándose una corporectomía y reconstrucción con autoinjerto intersomático C6-T1. La evolución postoperatoria fue correcta no volviendo la paciente a controles pasado el tercer mes. A los 7 meses acude de nuevo por recidiva de la sintomatología y del tumor que en este momento afectaba a los elementos anteriores y posteriores de la vértebra

C7 con extensión a partes blandas. En Septiembre de 2002 fue intervenida mediante un doble acceso quirúrgico secuencial. En un primer tiempo, mediante un acceso posterior fue resecado por partes el arco de C7, articulares y pedículos junto con el arco posterior de C6. Se efectuó una fijación posterior C5-T2 y la colocación de un autoinjerto entre C6 y T1. En un segundo tiempo se efectuó una vertebrectomía anterior incluyendo C6-C7 y T1, comunicando con la resección de los elementos posteriores efectuada. La reconstrucción del raquis anterior se efectuó con una malla rellena de injerto liofilizado y fijada por una placa. El procedimiento quirúrgico se prolongó 11 horas. La pérdida sanguínea se cuantificó en 2280 cc. Se transfundieron 4 concentrados de hematies. Como complicación intraoperatoria se observó la pérdida de LCR a nivel C7 izquierdo que se reparó con sutura de la duramadre y tissucol<sup>®</sup>. El postoperatorio fue en UCI durante 8 días. Se observó drenaje de LCR por redones con hipotensión craneal que se solventó retirando los drenajes y elevando el tronco de la paciente. En el postoperatorio se aplicó radioterapia (RDT) externa. Siete años después la paciente se encuentra libre de enfermedad y realiza una vida casi normal sin secuelas (invalidez parcial laboral).

**Discusión y conclusiones.** La cirugía del raquis ha evolucionado rápidamente en los últimos años permitiendo realizar procedimientos de resección del tipo vertebrectomía en bloque por tumores malignos, en particular a nivel del raquis torácico y lumbar. A nivel cervical, por su anatomía compleja (arteria vertebral) puede considerarse hoy un procedimiento muy poco frecuente siendo muy pocos los casos publicados. La resección radical en los TCG se acepta como la mejor opción terapéutica, si bien no siempre es posible a nivel del raquis. El papel de la RDT en los TCG es controvertido pero claramente puede beneficiar a estos pacientes.

## DOLOR (CC 177 - CC 182)

### CC 177

#### DOLOR E HIPERSENSIBILIDAD IRRADIADOS EN TERRITORIO C5-C6 EN NADADORES

Carrasco Martínez, L.; Carrasco Martínez, J.; Robledano Belda, V. y Rodríguez Hernández, A.  
*Clínica N.º S.º del Perpetuo Socorro.*

**Introducción y objetivos.** Los Puntos Gatillo Miofasciales (PGM) son zonas hiperirritables en un músculo esquelético, asociados a un nódulo palpable hipersensible dentro de una banda tensa. La zona es dolorosa a la compresión, ocasionando dolor e hipersensibilidad irradiados característicos, disfunción motora e incluso fenómenos autonómicos. El patrón de dolor e hipersensibilidad referidos constituyen la clave para su identificación. Pueden activarse bruscamente, por una causa evidente de tensión muscular, o progresivamente, por sobrecargas musculares crónicas menos obvias.

**Material y método.** Estudio no experimental de acercamiento a la realidad y tipo descriptivo de 74 nadadores de crawl federados no profesionales que presentaron omalgia en cara anterior, no profunda en articulación, irradiada hacia abajo en cara anterior-posterior brazo, cara radial antebrazo, pulgar e índice. Utilizamos los criterios clínicos diagnósticos propuestos por Travell y Simons, maniobras exploratorias (test compresión y alivio escalenos, test flexión dedos, desviación lateral cuello 30º contralateral al afecto) y EMG.

**Resultados.** Todos (30 men, 20-34 a, 19 en lado dcho y 11 en izq, y 44 mujeres, 21-36 a, 20 en lado dcho y 22 izq) presentaron los criterios diagnósticos esenciales y dolor e hipersensibilidad al presionar PGM en escalenos ant y medio, pero la REL no fue posible reproducirla manualmente. Todos presentaban lateralización cervical contralateral 30º restringida, rotación cervical ipsilateral dolorosa en el rango final, sobre todo cuando descendían la barbilla hacia el hombro (compresión escalenos), alivio con la elevación de brazo y clavícula (alivio escalenos), test de flexión dedos positivo siendo incompleta la flexión dedos a nivel MCF. La activación PGM fue durante la fase respiratoria.

**Comentarios y conclusiones.** Coincidimos con Frankel et al en la activación y perpetuación de estos PGM y con Travell y Simons en la alta prevalencia de ellos entre nadadores. Pudimos comprobar la alta sensibilidad y especificidad de las maniobras exploratorias, como describió Oschner, Travell y Simons. Coincidimos con Gerwin et al, Travell y Simons en la idoneidad de los criterios esenciales diagnósticos y la especificidad que aportan las observaciones confirmatorias. Estamos de acuerdo con Goodridge et al que estos PGM están comunmente asociados con disfunciones articulares cervicales y elevación de la 1ª costilla, debiendo

ser tratadas junto a los PGM. Pudimos comprobar la activación de estos PGM por la natación, coincidiendo con Frankel et al, y su relación con la sobrecarga de músculos respiratorios o el sobrestiramiento durante fase respiratoria.

**Conclusión.** PGM escalenos por sí solos no causan una gran restricción de movilidad en rotación cervical, pero sí grandes trastornos neurológicos, edema, hinchazón, rigidez y tirantez en la mano por atrapamiento del paquete neurovascular braquial, no siendo reconocida la naturaleza de los mismos.

## CC 178

### NADADORES CON DOLOR ESTERNAL: PGM PECTORAL MAYOR VS SÍNDROME TIETZE

Carrasco Martínez, L.; Carrasco Martínez, J.; Robledano Belda, V. y Rodríguez Hernández, A.  
*Clinica Nº 5ª Del Perpetuo Socorro.*

**Introducción y objetivos.** Los Puntos Gatillo Miofasciales (PGM) son zonas hiperirritables en un músculo esquelético, asociados a un nódulo palpable hipersensible dentro de una banda tensa. La zona es dolorosa a la compresión, ocasionando dolor e hipersensibilidad irradiados característicos, disfunción motora e incluso fenómenos autonómicos. El patrón de dolor e hipersensibilidad referidos constituyen la clave para su identificación.

**Material y método.** Estudio no experimental de acercamiento a la realidad y tipo descriptivo de 82 nadadores de crawl federados no profesionales que presentaron dolor esternal que no cruzaba la línea media. Utilizamos los criterios clínicos diagnósticos propuestos por Travell y Simons, y maniobras exploratorias (aducción escapular restringida; aducción glenohumeral, abducción horizontal, rotación externa y elevación brazo en decúbito supino), observación inicial (escápula abducida, hombro anteriorizado) y Ecografía.

**Resultados.** Todos (40 hombres, 48.78%, 19-33 a, 29 en lado dcho (72.50%) y 11 en izq (27.50%) y 42 mujeres, 51.22%, 16-34 a, 15 en lado dcho (35.71%) y 27 en izq (64.29%)) presentaron los criterios esenciales diagnósticos y dolor o hipersensibilidad al presionar PGM en region esternal del pectoral mayor. Así como reproducción manual del REL. Pudimos objetivar la escápula abducida, debido a la debilidad de músculos interescapulares, cabeza adelantada y leve restricción de movilidad del hombro, pero una gran restricción de la aducción escapular con dolor interescapular. En decúbito supino existía limitación a aducción hombro y restricción con dolor e incremento de tensión al estiramiento del pectoral mayor. La activación se produjo durante la aducción del brazo (fase aérea), donde adduce y ayuda a rotación medial y depresión del hombro. La ecografía no mostró patología alguna.

**Comentarios y conclusiones.** Estamos de acuerdo con Kelly, Long y Travell et al en que PGM de sección esternal del pectoral mayor provoca dolor en este lugar concreto, cercano a su unión músculo-tendinosa. Coincidimos con Gerwin et al, Travell y Simons en la idoneidad de los criterios esenciales diagnósticos y la especificidad que otorgan las observaciones confirmatorias. Coincidimos con Greenman, Janda y Lewit en que el acortamiento de este músculo por hipertonicidad y facilitación refleja se deben a bandas tensas y efectos reflejos de PGM latentes. Pudimos comprobar la debilidad muscular como describió Kendall et al al explorar la sección esternal. No descubrimos roturas musculares comparándolo con el lado sano, como encontraron Marmor et al y Zeman et al. Estamos completamente de acuerdo con Jelenko et al y Levey et al y Wise et al que los PGM del pectoral mayor son el principal Dx Diferencial del Sd Tietze. Conclusión: alivio completo del dolor tras inyección de anestésico local en PGM es característico de ellos, así como sus características clínicas diagnósticas y evaluación negativa radiológica.

## CC 179

### DOLOR TORÁCICO LATERAL EN TRIATLETAS DE LARGA DISTANCIA: PGM SERRATO ANTERIOR VS COSTOCONDRIITIS

Carrasco Martínez, L.; Carrasco Martínez, J.; Robledano Belda, V. y Rodríguez Hernández, A.  
*Clinica Nº 5ª Del Perpetuo Socorro.*

**Introducción y objetivos.** Los Puntos Gatillo Miofasciales (PGM) son zonas hiperirritables en un músculo esquelético, asociados a un nódulo palpable hipersensible dentro de una banda tensa. La zona es dolorosa

a la compresión, ocasionando dolor e hipersensibilidad irradiados característicos, disfunción motora e incluso fenómenos autonómicos. El patrón de dolor e hipersensibilidad referidos constituyen la clave para su identificación.

**Material y método.** Estudio no experimental de acercamiento a la realidad y tipo descriptivo de 23 triatletas federados no profesionales que presentaron dolor torácico lateral, presionándose la zona para sentir alivio y poder continuar. Utilizamos los criterios clínicos diagnósticos propuestos por Travell y Simons, y maniobras exploratorias (movilidad escapular retringida mientras mantenía flexión y abducción del brazo), observación inicial (hombro anteriorizado y prominencia del borde superior y espina escapular abducida, inhibición de expansión torácica inferior).

**Resultados.** Todos (12 hombres, 52.17%, 20-33a, 9 en lado dcho (75%) y 3 en lado izq (25%) y 11 mujeres, 47.82%, 19-29a, 7 en lado dcho (63.63%) y 4 en izq (36.37%)) presentaron los criterios diagnósticos esenciales y el dolor o hipersensibilidad al presionar PGM así como la REL. La escápula estaba abducida vista desde atrás con hombro redondeado debido a abducción y rotación escapular por la tensión excesiva del serrato anterior. Visto de frente, tenía un hombro redondeado ipsilateral similar al visto con PGM pectoral mayor. Sólo en un caso vimos una escápula alada debido a inhibición del serrato ant por sus PGM y facilitación de sus antagonistas. En la inspiración, expandían la caja torácica superior pero la medición de expansión torácica en extremo inferior costal mostraba restricción. La activación de estos PGM se produjo por tensión muscular excesivamente mantenida durante la carrera en todos los casos.

**Comentarios y conclusiones.** Estamos de acuerdo con Travell y Simons que estos PGM pueden ser activados y perpetuados por tensión muscular excesivamente mantenida durante la carrera, como la de las sesiones de larga distancia de triatletas. Coincidimos con Gerwin et al, Travell y Simons en la idoneidad de los criterios esenciales diagnósticos y la especificidad de las observaciones confirmatorias. Pudimos demostrar la debilidad muscular como describió Kendall et al, mediante maniobras de contracción activas resistidas, pero son más exactos como indicadores de PGM la tensión muscular, el acortamiento y la limitación dolorosa al estiramiento completo. Coincidimos con Travell et al y Webber et al sobre la localización de estos PGM, sobre la 5ª o 6ª costilla a nivel del pezón. Tuvimos en cuenta la fractura de stress costal atribuida a esta tensión muscular por Mintz et al, siendo fácilmente distinguida por radiología. En cualquier caso, si el dolor y la restricción de movilidad son aliviados al inactivar PGM, éste será el diagnóstico, como afirman Chandler et al, Makin et al, Mintz et al y Travell y Simons. Conclusión: el diagnóstico erróneo por no tener en cuenta y no saber reconocer PGM serrato anterior conducen a una mala calidad de vida y pérdida del rendimiento deportivo.

## CC 180

### DOLOR E HIPERSENSIBILIDAD EN TERRITORIO CUBITAL EN NADADORES PGM REDONDO MENOR VS NEUROPATÍA PERIFÉRICA CUBITAL

Carrasco Martínez, L.; Carrasco Martínez, J.; Robledano Belda, V. y Rodríguez Hernández, A.  
*Clinica Nº 5ª del Perpetuo Socorro.*

**Introducción y objetivos.** Los Puntos Gatillo Miofasciales (PGM) son zonas hiperirritables en un músculo esquelético, asociados a un nódulo palpable hipersensible dentro de una banda tensa. La zona es dolorosa a la compresión, ocasionando dolor e hipersensibilidad irradiados característicos, disfunción motora e incluso fenómenos autonómicos. El patrón de dolor e hipersensibilidad referidos constituyen la clave para su identificación.

**Material y método.** Estudio no experimental de acercamiento a la realidad y tipo descriptivo de 10 nadadores de crawl federados no profesionales que presentaron omalgia en cara posterior y disestesias en 4º y 5º dedos. Utilizamos los criterios clínicos diagnósticos propuestos por Travell y Simons, maniobras exploratorias (mano a escápula contralateral, mano a boca por detrás del cuello, estiramiento pasivo por rotación interna, contracción activa por rotación externa), Rx AP/AXIAL hombros y EMG.

**Resultados.** Todos (5 men (50%) 18-28 a, 3 dchos (60%) y 2 izq (40%) y 5 mujeres (50%) 19-25 a, 3 dchos (60%) y 2 izq (40%)) presentaron criterios esenciales diagnósticos, dolor-hipersensibilidad al presionar PGM entre infraespinoso-redondo mayor mientras se realiza rotación int-ext sin resistencia, y REL. Todos mostraban limitación arco articular, con dolor a contracción activa y estiramiento pasivo, quejándose más

de dolor que de restricción movilidad. Radiografías no mostraron patología aguda. EMG no mostró neuropatía cubital ni radiculopatía C8. La activación se produjo por movimientos repetitivos de rotación externa y abducción (fase aérea).

**Comentarios y conclusiones.** Estamos de acuerdo con Escobar y Ballesteros que pacientes con estos PGM aislados pueden quejarse de adormecimiento y/o punzadas del 4º, 5º dedos con movilización hombro. Coincidimos con Gerwin et al, Travell y Simons en la idoneidad de criterios esenciales diagnósticos y la especificidad de observaciones confirmatorias. Pudimos demostrar la debilidad y acortamiento, así como movilidad limitada como señaló Kendall et al. Estos PGM causan más dolor a la movilidad que restricción. Este músculo actúa junto al infraespinoso y el dolor de éste prevalece hasta que es curado, apareciendo el del redondo menor. Ambos músculos son activados por mismos factores. Es muy frecuente que PGM infraespinoso estén involucrados con PGM redondo menor, no en este caso. Estamos de acuerdo con Sola y Kuitert, y Sola et al que este músculo es uno de los menos afectados por PGM. Y con MacDonald et al, en que el estiramiento pasivo por abducción y rotación medial y la contracción activa por abducción y rotación externa causan dolor. Sentimos y vimos la REL al pinzar músculo entre dos dedos, como comprobaron Travell y Simons y Gerwitt et al. Conclusión: patrón de dolor referido y limitación al estiramiento-contracción en estos tests musculares deben hacer pensar en patología miofascial, descartando otras causas mediante EMG.

## CC 181

### DOLOR CRÓNICO DE TOBILLO

Contreras Citores, Y.; Lambán Mascaray, N.; Áboli Martínez, L.; Gutiérrez Sánchez, L.; Gutiérrez Castanedo, G. y Blanco Pozo, A. *Complejo asistencial de Burgos.*

**Introducción y objetivos.** El objetivo del trabajo es presentar a un paciente con una osteocondritis de astrágalo como causa de dolor crónico de tobillo y a través del caso estudiar esta patología y valorar los diferentes tipos de tratamientos y los resultados a largo plazo.

**Material y método.** Varón de 59 años que acude a Consultas Externas de Traumatología por dolor de tobillo derecho de años de evolución que en el último mes no cede con tratamiento analgésico ni reposo. Diagnosticado de esguinces de repetición.

**Resultados.** La radiografía del tobillo no muestra lesiones óseas. Se realiza TAC que observa una osteocondritis de astrágalo derecho. Se realiza cirugía abierta de la osteocondritis de astrágalo que se encuentra en la cara posteromedial de la cúpula, procediéndose a curetaje y perforaciones de la lesión y a relleno del defecto con injerto autólogo.

**Comentarios y conclusiones.** La osteocondritis de astrágalo es una patología infrecuente que afecta a pacientes jóvenes y está relacionada con la actividad deportiva. Las localizadas en la región medial suele ser por causa atraumática. Entre las técnicas quirúrgicas se discute si por vía artroscópica o artrotomía. El tipo de tratamiento dependerá del estado del cartilago articular, el tamaño de la lesión, su grado de desprendimiento, su localización y estabilidad. La tendencia actual es a restaurar la anatomía del astrágalo

## CC 182

### TRATAMIENTO CON KETAMINA DEL SINDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO SEVERO

Abellán, J.F.; González, J.J.; Castillo, J.A.; Motos, G.; Andres, J. y Martínez, J. *Hospital Morales Meseguer. Murcia.*

**Introducción y objetivos.** El síndrome del dolor regional complejo (SDRC) se caracteriza por un cuadro de dolor desproporcionado y de distribución regional. Se trata de una patología invalidante de difícil tratamiento. La ketamina puede ser útil en el tratamiento de pacientes con un SDRC severo.

**Material y método.** Presentamos una mujer de 32 años, diagnosticada de SDRC tipo 1 tras meniscectomía artroscópica. El tratamiento farmacológico habitual no consiguió reducir el dolor. Tras 3 meses de dolor intenso (EVA 8-9) se trató mediante una infusión continua de ketamina intravenosa (0.45 mg/kg/h, 70 horas). Disminuyó el edema, la coloración y la temperatura, quedando reducido al área del portal anterolateral. El dolor mejoró de manera importante (EVA 3-4). Durante los siguientes

15 meses, empeoró y se realizó un nuevo tratamiento, con control en la Unidad de Cuidados Intensivos, mediante altas dosis de ketamina intravenosa (5 mg/kg/h, 48 horas).

**Resultados.** Tras el tratamiento con altas dosis, los signos vasomotores y el dolor desaparecieron. Dos años más tarde, la paciente permanece asintomática.

**Comentarios y conclusiones.** EL SDRC es con frecuencia difícil de reconocer y los casos severos y avanzados son difíciles de tratar. La ketamina parece ser una importante opción terapéutica en pacientes con SDRC refractario. En el caso presentado, se muestra una remisión completa de la clínica sin recurrencia a medio plazo tras el tratamiento con ketamina a altas dosis. Creemos que la ketamina debe de considerarse dentro del arsenal de tratamiento del SDRC, sobre todo en los casos severos y refractarios.

## HOMBRO (CC 183 - CC 227)

### CC 183

#### PARÁLISIS DE PLEXO BRAQUIAL POR SEUDOANEURISMA AXILAR TRAS OSTEOSÍNTESIS PERCUTÁNEA EN CABEZA HUMERAL

Ruiz de Gopegui Aramburu, K.; Sáez de Ugarte Sobrón, O.; Labayru Echevarría, F.; Cruchaga Celada, A.; García Sánchez, I. y Astobiza Bretones, I. *Hospital de Galdakao (Bizkaia).*

**Introducción y objetivos.** Las lesiones neurovasculares son complicaciones graves que aparecen asociadas, en ocasiones, a las fracturas de cabeza humeral. Las más frecuentes son las lesiones neurológicas; el nervio más afectado es el nervio axilar. Generalmente, las lesiones nerviosas se recuperan espontáneamente. Las lesiones vasculares son de dos tipos: los aneurismas, y los pseudoaneurismas, asociados en general, a traumatismos o punciones. La evolución natural de los pseudoaneurismas es hacia la rotura, por lo que su tratamiento es quirúrgico.

**Material y método.** Mujer de 74 años con antecedentes personales de HTA, diabetes mellitus tipo 2 e insuficiencia renal crónica. Tras una caída casual presentó una fractura de cabeza humeral en cuatro partes. La exploración neurovascular en Urgencias fue normal. A las 24 horas se le realizó una osteosíntesis percutánea de la fractura con 4 agujas de Kirschner, conseguida tras reiterados intentos de "enhebrar" los fragmentos. En el control postquirúrgico, dos de las agujas protruían más allá de la cortical medial. Ante la ausencia de signos radiológicos de consolidación en la 6ª semana se decidió mantener las agujas. A la 8ª semana la paciente acude a la revisión presentando drenaje purulento por los orificios de las agujas, y con limitación severa de la movilidad de toda la extremidad. Se retiraron las agujas y se inició tratamiento con ciprofloxacino.

**Resultados.** Dos semanas más tarde se objetiva una parálisis del nervio radial, así como la aparición de una masa pulsátil a nivel axilar. El estudio RMN se informa como "ausencia de consolidación, con signos de osteomielitis y miositis circundante. Pseudoaneurisma de la arteria axilar que comprime las porciones radial y cubital del plexo braquial". El estudio EMG confirmó la lesión neurológica. Se decidió tratamiento quirúrgico de la lesión vascular. La fractura no mostró signos de consolidación hasta pasados 3 meses. Las lesiones nerviosas mejoraron parcialmente. El injerto vascular se trombosó 2 años después, realizándose una trombectomía. Un año más tarde la paciente falleció debido al deterioro severo de su función renal.

**Comentarios y conclusiones.** La osteosíntesis percutánea con agujas de las fracturas de cabeza humeral pueden asociar graves lesiones neurovasculares.

### CC 184

#### LUXACIÓN GLENOHUMERAL AGUDA EN JUGADOR PROFESIONAL DE RUGBY. REPARACIÓN BAJO ARTROSCOPIA

Jiménez Martín, A.; Santos Yubero, F.J.; Zurera, M.; Pérez Hidalgo, S. y Huesa Jiménez, F. *Hospital FREMAP Sevilla.*

**Introducción y objetivos.** La luxación glenohumeral traumática sucede en el 2% de la población general. La reducción e inmovilización en 10º

de rotación externa conduciría a una tasa del 10% de relajación, frente al 92% de recurrencia tras inmovilización en rotación interna. La artroscopia ha permitido recurrencias del 11%, frente al 75% de los pacientes inmovilizados. Nuestro objetivo es presentar un caso de un jugador de rugby tratado de modo artroscópico.

**Material y método.** Varón de 23 años que sufre luxación aguda glenohumeral anterior, mientras jugaba al rugby. Exploración. Hombro en charretera. Se procede a reducción bajo anestesia mediante maniobra de Rockwood. RNM. Lesión de Bankart. Realizamos artroscopia glenohumeral, reparando la lesión labral de Bankart con tres arpones bioabsorbibles.

**Resultados.** Tras inmovilización de 3 semanas, iniciamos rehabilitación alcanzando un resultado final en el test de Rowe de 95 puntos, con un Constant de 95 puntos y un test de UCLA de 34 puntos.

**Comentarios y conclusiones.** Para Law, los resultados del test de Rowe para los pacientes sometidos a artroscopia arrojan resultados excelentes en el 74% de los pacientes, con un retorno a la actividad normal previa a la luxación en el 90% de los casos. Los factores más relacionados con la recurrencia son las lesiones de Hill Sachs, la pérdida ósea de más del 30% de la circunferencia glenoidea y la laxitud capsular. Consideramos que la artroscopia es un procedimiento útil en las luxaciones agudas glenohumerales en jóvenes, puesto que la tasa de relajación es del 5.2%.

## CC 185

### UTILIDAD DE LOS ANCLAJES BIOABSORBIBLES EN LA INESTABILIDAD GLENOHUMERAL

Jiménez Martín, A.; Santos Yubero, F.J.; Zurera, M.; Pérez Hidalgo, S. y Huesa Jiménez, F.  
*Hospital FREMAP Sevilla.*

**Introducción y objetivos.** El tratamiento de la inestabilidad glenohumeral ha avanzado con la utilización de arpones bioabsorbibles, alcanzando hasta un 90.5% de resultados excelentes en el test de Rowe, con medias de 80.3 puntos. Nuestro objetivo es constatar un caso de inestabilidad postraumática tratado con arpones.

**Material y método.** Paciente de 22 años que sufre accidente sobre el hombro derecho. Radiografía: sin datos de interés. RNM: pequeña lesión de Hill-Sachs crónica y signos de Bankart fibroso. Aún tras rehabilitación, el dolor continúa con test de aprehensión positivo y sulcus negativo. Planteamos artroscopia de hombro.

**Resultados.** Tras desinsertar labrum anterior, objetivamos sinovitis en saco axilar, cuerpo libre intraarticular, degeneración en labrum posterior, manguito indemne. Fresamos cuello glenoideo y fijamos labrum con dos anclajes bioabsorbibles a las 5 y a las 3 horarias. Tras 3 meses de rehabilitación el paciente mejora y es alta con test de aprehensión negativo.

**Comentarios y conclusiones.** Para Monteiro, la tasa de fallos de los arpones no absorbibles supera (12.5%) a la de los absorbibles (9.5%, ó 6.9% para Thal). Para Kagaya la combinación de materiales absorbibles o no, determina mejorías en el test de Rowe significativas,  $p = 0.04$ . Estos materiales bioabsorbibles han mejorado el test ASES hasta 92.1 puntos, sin producir formaciones quísticas glenoideas, como sucedería con los no absorbibles, según Kartus, ( $p = 0.002$ ). Sin embargo, para Tan ambos materiales son eficaces, sin diferencias, con relajaciones del 6%, aunque para Freedman la cirugía abierta supone menos recidivas (3.4%) frente a la artroscópica (12.6%,  $p = 0.01$ ).

## CC 186

### TRATAMIENTO ARTROSCÓPICO DE LA COMPRESIÓN SUPRAESCAPULAR

Jiménez Martín, A.; Santos Yubero, F.J.; Zurera, M.; Pérez Hidalgo, S. y Vargas, J.  
*Hospital FREMAP Sevilla.*

**Introducción y objetivos.** La neuropatía supraescapular vinculada a quistes labrales es una entidad infrecuente, como recoge Fehrman en su revisión bibliográfica (70 casos aislados). La proximidad del nervio supraescapular, 18-21 mm de distancia del anillo glenoideo, determina la posibilidad frecuente, de hasta un 34.24% para Piatt, del atrapamiento nervioso en esta región. Nuestro objetivo es constatar un caso intervenido artroscópicamente.

**Material y método.** Varón de 45 años con omalgia derecha y atrofia en la fosa supraespinosa. Gammagrafía: No captación incrementada

acromioclavicular. RNM. Quiste paralabral comunicante con labrum glenoideo posterosuperior con posible avulsión, situado en la escotadura espino-glenoidea, con atrapamiento del nervio supraescapular dorsal y edema muscular infraespinoso. Electromiografía: Neuropatía supraescapular distal a la escotadura afectando al infraespinoso.

**Resultados.** Artroscopia glenohumeral, desbridamiento de lesión tipo III de SLAP y drenaje quístico. Tras 6 meses de rehabilitación, el electromiograma se normaliza, el paciente se recupera del dolor con buen tono muscular en fosa escapular.

**Comentarios y conclusiones.** La RNM es la prueba que permite detectar a más del 88% de los quistes labrales, especialmente frecuentes, según Tirman, en un 55% de los pacientes con inestabilidad glenohumeral o lesiones de SLAP. Tamaños superiores a 3.1 cm de diámetro tienen una asociación con atrofia y denervación supraescapular, aunque no significativa para Schroder ( $p = 0.08$ ). Para Piatt, el tratamiento de estos quistes mediante artroscopia ha supuesto un 97% de buenos resultados, frente al 53% del tratamiento conservador, aunque para Schroder este tratamiento conservador es el que proporciona los mejores resultados en el test de Rowe, con 98 puntos.

## CC 187

### LESIONES VASCULARES SECUNDARIAS A FRACTURAS DESPLAZADAS DE HÚMERO PROXIMAL: A PROPÓSITO DE 2 CASOS

Martínez Grau, P.; Huguet Boqueras, J.; Berenguer Sánchez, A.; Martínez Álvarez, M. y Solernou Soler, X.  
*Corporació Sanitaria Parc Taulí (Sabadell).*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas de húmero proximal son frecuentes, representando un 5% de todas las fracturas. Son el resultado de traumatismos de alta energía en pacientes jóvenes o de traumatismos de baja energía en pacientes ancianos. Cuando son desplazadas se pueden asociar a lesiones vasculares, las cuales no son fáciles de diagnosticar, por lo que hará falta una alta sospecha clínica.

**Material y método.** Presentamos 2 casos de lesiones vasculares atendidos en nuestro servicio a causa de una fractura subcapital de húmero desplazada. El primer caso fue una paciente con Enfermedad de Parkinson avanzada, que después de la fractura presentaba hemartrosis de repetición. Una Eco-doppler arterial descartó lesiones vasculares. Durante la intervención quirúrgica se objetivó una lesión puntiforme de la arteria subclavia que requirió sutura. El segundo caso fue un paciente con Enfermedad de Alzheimer, que después de la fractura no presentó ningún signo de isquemia ni de déficit neurológico. Durante la intervención se apreció una lesión de la vena axilar que precisó de ligadura quirúrgica. En ambos casos la radiografía inicial mostraba un desplazamiento medial de la diáfisis humeral.

**Comentarios y conclusiones.** Las lesiones vasculares causadas por fracturas desplazadas de húmero proximal pueden pasar desapercibidas. Cuando haya un desplazamiento medial de la diáfisis humeral hay que sospechar que puede haber alguna lesión vascular, y en este caso pedir una exploración complementaria para descartarla.

## CC 188

### ARTROSCOPIA VS. CIRUGÍA ABIERTA. LA CRISIS MANDA

Llaquet Leiva, A.A.\*; Vergara Ferrer, A.\*\*; Martínez Melián, I.\*\*; Peralta, J.V.\*\*; Zuñil, P.\*\* y Cornet, B.\*\*  
*\*Hospital Universitario Severo Ochoa De Leganés, \*\*HUSVO.*

**Introducción y objetivos.** Cada vez está más claro que la morbimortalidad de las luxaciones anteriores operadas, así como los resultados obtenidos son favorables al método artroscópico en detrimento de la vía abierta clásica, sin embargo, las cifras económicas debido al mayor costo técnico y de tiempo quirúrgico (no así el tiempo de estancia hospitalaria) encarecen ese procedimiento por lo que nos hemos preguntado si de cara a la gestión económica qué era más rentable.

**Material y método.** Se plantean dos grupos, uno artroscópico con 39 pacientes y otro de 61 con tratamiento a cielo abierto. En el primer grupo se practica la técnica de Bankart artroscópico y en el segundo la de Putti-Plat desde el año 2001 hasta el pasado 2007 en nuestro centro.

**Resultados.** Los grupos resultaron ser relativamente homogéneos aportando claramente un resultado favorable el grupo a cielo abierto frente al grupo tratado con métodos artroscópicos, a pesar de que el trata-

miento artroscópico disminuye casi a la mitad el tiempo de estancia en el hospital, así como las complicaciones postoperatorias.

**Comentarios y conclusiones.** Desde el punto de vista de gestión económica sale más rentable tratar al paciente con un método a cielo abierto antes que con el artroscópico encarecida probablemente por el mayor tiempo quirúrgico dada la mayor complejidad de la técnica y su curva de aprendizaje. Sin embargo, el conjunto de complicaciones posteriores aplicando este método son mucho menores, por lo que se podría valorar que en un futuro las técnicas mínimamente invasivas logren equipararse a las clásicas ofreciendo ventajas no sólo en el campo médico.

## CC 189

### OMALGIA SUPERFICIAL ANTERIOR EN NADADORES: TENDINITIS BICIPITAL VS PGM BÍCEPS BRAQUIAL

Carrasco Martínez, L.; Carrasco Martínez, J.; Robledano Belda, V. y Rodríguez Hernández, A.  
*Clinica Nª 5ª Del Perpetuo Socorro.*

**Introducción y objetivos.** Los Puntos Gatillo Miofasciales (PGM) son zonas hiperirritables en un músculo esquelético, asociados a un nódulo palpable hipersensible dentro de una banda tensa. La zona es dolorosa a la compresión, ocasionando dolor e hipersensibilidad irradiados característicos, disfunción motora e incluso fenómenos autonómicos. El patrón de dolor e hipersensibilidad referidos constituyen la clave para su identificación. Pueden activarse bruscamente, por una causa evidente de tensión muscular, o progresivamente, por sobrecargas musculares crónicas menos obvias.

**Material y método.** Estudio no experimental de acercamiento a la realidad y tipo descriptivo de 83 nadadores de crawl federados no profesionales que presentaron omalgia superficial anterior, no profunda ni en la zona deltoidea media. Utilizamos los criterios clínicos de diagnóstico propuestos por Travell y Simons, maniobras exploratorias (extensión bíceps, flexión contrarresistencia codo en supinación y pronación antebrazo, signo Yergason), Rx AP/AXIAL hombro y Ecografía.

**Resultados.** Todos (45 hombres (51.32%) 25-35a, 18 dchos (65.51%) y 27 izq (34.49%) y 38 mujeres (48.68%) 20-35a, 20 dchos (72.72%) y 18 izq (27.28%)) presentaron criterios diagnósticos esenciales y REL. Todos sufrieron dolor al estiramiento pasivo y contracción activa resistida. Test de fuerza de flexión bicipital mostró debilidad muscular. Signo de Yergason fue positivo en todos ellos. Estudios radiológicos fueron negativos para patología osteo-tendinosa. La activación de PGM ocurrió durante fase arrastre subacuática.

**Comentarios y conclusiones.** No coincidimos con Curtis en que Signo Yergason es diagnóstico de tendinitis bicipital, puede ser positivo si PGM en bíceps braquial. Coincidimos con Macdonald en las maniobras exploratorias para evaluar la restricción de movilidad del codo cuando existen PGM en Bíceps braquial. Coincidimos con Gerwin et al, y Travell y Simons en la idoneidad de criterios esenciales diagnósticos y la especificidad que aportan las observaciones confirmatorias. Coincidimos con Basmajian et al, Clemente et al, Curtis et al, Duchenne et al, Jenkins et al, Rasch et al en la etiología. Esta fase es asistida por el bíceps braquial (flexiona el codo y ayuda a mantener la cabeza humeral en fosa glenoidea). Pudimos observar, como Travell y Simons, que PGM bíceps son responsables de zona dolorosa insersional de cabeza larga bicipital en labrum glenoideo (entesopatía). Coincidimos con Travell y Simons en que estos pacientes podían dormir confortablemente sobre el lado afecto y llegar más allá de la línea central de espalda sin dolor. Como Gutstein, pudimos reproducir el dolor durante la elevación del brazo sobre la línea del hombro en flexión y abducción. Hong tenía razón al afirmar que bíceps puede desarrollar PGM satélites en infraespinoso, y es imprescindible inactivarlos a ambos. Conclusión: síntomas característicos junto a, un cuidadoso examen físico con estas maniobras exploratorias, conducen al diagnóstico correcto y a una recuperación completa de movilidad, imprescindible para estos deportistas.

## CC 190

### HOMBRO CONGELADO EN NADADORES

Carrasco Martínez, L.; Carrasco Martínez, J.; Robledano Belda, V. y Rodríguez Hernández, A.  
*Clinica Nª 5ª Del Perpetuo Socorro.*

**Introducción y objetivos.** Los Puntos Gatillo Miofasciales (PGM) son zonas hiperirritables en un músculo esquelético, asociados a un nódulo

palpable hipersensible dentro de una banda tensa. La zona es dolorosa a la compresión, ocasionando dolor e hipersensibilidad irradiados característicos, disfunción motora e incluso fenómenos autonómicos. El patrón de dolor e hipersensibilidad referidos constituyen la clave para su identificación.

**Material y método.** Estudio no experimental de acercamiento a la realidad y tipo descriptivo de 13 nadadores de crawl federados no profesionales que presentaron omalgia en cara posterior, escapula y cara posterior de brazo con dolor alrededor de muñeca. Utilizamos los criterios clínicos diagnósticos propuestos por Travell y Simons, maniobras exploratorias (abducción y rotación externa – limitadas abducc 90° y rotación medial, imposible rotación externa), Rx AP/AXIAL hombros y RMN.

**Resultados.** Todos (8 hombres, (61.53%) 22-28a, 4 dchos (50%) y 4 izq (50%) y 5 mujeres (38.47%), 19-23a, 3 dchos (60%) y 2 izq (40%) presentaron los criterios esenciales diagnósticos, pero fue imposible reproducir REL. Eran incapaces de realizar el gesto de tirar balón, y según evolucionaban, abducción quedó limitada < 45° con incapacidad de alcanzar axila contralateral. La zona de dolor alrededor de muñeca, sobre todo dorsal, es el síntoma diagnóstico más útil. Radiológicamente no presentaron patología aguda que justificara síntomas. La activación de PGM se produjo por movimientos repetitivos vigorosos de rotación medial y adducción (fase tracción subacuática).

**Comentarios y conclusiones.** Estamos de acuerdo con Travell y Simons que estos PGM pueden ser activados y perpetuados por movimientos repetitivos de adducción y rotación medial en fase de tracción subacuática. Coincidimos con Gerwin et al, Travell y Simons en la idoneidad de criterios esenciales diagnósticos y la especificidad de las observaciones confirmatorias. Pudimos demostrar la debilidad y acortamiento muscular, así como la limitación movilidad, al igual que Kendall et al. Estos PGM causan una gran restricción y disfunción articular del hombro que contribuyen al dolor, como describió Mennell. Es difícilísimo alcanzar PGM debido al marcado acortamiento muscular que no permite abducción > 30°, siendo imprescindible una adecuada abducción escapular para palparlo. Es más probable sentir REL mediante palpación que verla como señalan Travell y Simons y Gerwitt et al. Los estudios revisados indican que PGM son raramente considerados como diagnóstico de hombro congelado, incluso cuando los dos criterios comúnmente usados para diagnosticarlos identifican dos criterios clave de PGM subescapular. Conclusión: hombro congelado no es un diagnóstico específico, y, a menudo, se basa sólo en la presencia de omalgia junto a limitación movilidad. Debe servir como aviso de que paciente necesita un diagnóstico más específico. Experiencia clínica sugiere que PGM pueden ser principales factores en producir tales síntomas.

## CC 191

### OMALGIA DURANTE TODA LA ABDUCCIÓN HOMBRO EN NADADORES: PGM REDONDO MAYOR VS TENDINITIS SUPRAESPINOSO

Carrasco Martínez, L.; Carrasco Martínez, J.; Robledano Belda, V. y Rodríguez Hernández, A.  
*Clinica Nª 5ª Del Perpetuo Socorro.*

**Introducción y objetivos.** Los Puntos Gatillo Miofasciales (PGM) son zonas hiperirritables en un músculo esquelético, asociados a un nódulo palpable hipersensible dentro de una banda tensa. La zona es dolorosa a la compresión, ocasionando dolor e hipersensibilidad irradiados característicos, disfunción motora e incluso fenómenos autonómicos. El patrón de dolor e hipersensibilidad referidos constituyen la clave para su identificación.

**Material y método.** Estudio no experimental de acercamiento a la realidad y tipo descriptivo de 44 nadadores de crawl federados no profesionales que presentaron omalgia durante la abducción y en reposo. Utilizamos los criterios clínicos diagnósticos propuestos por Travell y Simons, maniobras exploratorias (abducción completa, tocar boca por detrás cuello, estiramiento pasivo por adducción y rotación int, contracción activa por abducción y rotación externa), Rx AP/AXIAL hombros y Ecografía.

**Resultados.** Todos (20 hombres (45.45%) 18-28a, 16 dchos (80%) y 14 izq (20%) y 24 mujeres (54.55%) 19-25a, 13 dchos (54.17%) y 11 izq (45.82%)) presentaron los criterios esenciales diagnósticos y dolor-hipersensibilidad al presionar PGM, no así la REL. Test de tocar boca por detrás cuello estaba limitado, eran incapaces de mantener abducción completa. Sin embargo, era menos limitante en decúbito supino. Dolor era en todo arco ABD no limitado a pequeñas zonas. Radiología no mostró patología aguda ósea ni partes blandas. La activación de PGM

se produjo por movimientos repetitivos de rotación externa y abducción (fase aérea).

**Comentarios y conclusiones.** Estamos de acuerdo con Travell y Simons que estos PGM pueden ser activados y perpetuados por movimientos repetitivos de abducción y rotación externa durante fase aérea. Como Kelly encontró, los nadadores no presentaron alteraciones sueño por dolor. Coincidimos con Gerwin et al, Travell y Simons en la idoneidad de criterios esenciales diagnósticos y la especificidad de observaciones confirmatorias. Pudimos demostrar la debilidad y acortamiento así como la limitación funcional, como Kendall et al. Estos PGM causan dolor durante toda abducción que es la principal queja. Acorde a MacDonald et al, estiramiento pasivo por adducción y rotación interna, y contracción activa por abducción y rotación externa causan dolor. Estamos en desacuerdo con Sola et al en que este músculo es uno de los menos afectados por PGM. Pudimos observar que dolor aparecía durante toda abducción, como describieron Travell y Simons. Ningún nadador se percató de ruidos intrarticulares durante abducción, ni oímos ni palpamos ningun click al movimiento, como Simons et al describieron. La palpación de inserción tendón supraespinoso fue dolorosa coincidiendo con Travell y Simons. Ninguno presentó calcificaciones insercionales del tendón, como describieron Simons et al, y Michele et al. Conclusión: estos PGM pueden causar tensión crónica del tendón que conducen a calcificaciones insercionales. Esta entesopatía produce hipoxia isquémica y finalmente, rotura del tendón. Debemos considerarlos entre las causas más comunes de omalgia en nadadores.

## CC 192

### COMPLICACIONES DE LA GLENA EN LA PRÓTESIS INVERTIDA DE HOMBRO

Del Olmo Hernández, T.; García Medina, P.; Alonso, S.; De Lucas, P.; Almodovar Delgado, J.A. y Moros Marco, S.  
*Hospital Ramón y Cajal. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** La artroplastia de hombro invertida se ha consolidado en los últimos años como alternativa dentro de las posibilidades de tratamiento de las fracturas de húmero proximal, ha aumentado significativamente el número de implantes de este tipo en pacientes ancianos. No es infrecuente el fracaso del implante en este tipo de pacientes, en particular fallos en el componente glenoideo.

**Material y método.** Se exponen diferentes complicaciones de la glena con sus respectivos tratamientos y evolución de los pacientes a través de cuatro casos clínicos.

**Resultados.** Un caso de avulsión de la glena meses después de la cirugía tratado con hemiarthroplastia de hombro de semenza, sustitución de la cabeza humeral por una de mayor tamaño y regularización de la glena anatómica tras retirada del componente glenoideo. Un caso de fractura intraoperatoria de la glena en la inserción de los tornillos de anclaje del componente glenoideo, se revierte a hemiarthroplastia de hombro de semenza en el mismo acto quirúrgico. Un caso de fractura de la glena en el periodo postoperatorio inmediato con movilización del componente glenoideo, se procede a cirugía con sustitución del componente glenoideo por uno cementado.

**Comentarios y conclusiones.** El tratamiento del fracaso del componente glenoideo de la prótesis invertida de hombro es variado, la elección de una alternativa u otra depende fundamentalmente de la experiencia del cirujano, ya que en la actualidad no existen series amplias sobre estas complicaciones y sobre las indicaciones quirúrgicas más adecuadas.

## CC 193

### RELAXACIÓN ACROMIO-CLAVICULAR GRADO III

García Fernández, D.; Guerra Vélez, P.; Morales Muñoz, P.; García Rodríguez, R.; Gutiérrez Narvarte, B. Y Cano Egea, J.  
*Hospital 12 Octubre. Madrid*

**Introducción y objetivos.** Presentamos el caso de un varón de 26 años, mozo de almacén, que acude a urgencias con dolor, deformidad e impotencia funcional de hombro derecho tras caída casual.

**Material y método.** Se aprecia inflamación en la región acromio-clavicular derecha. En el estudio radiográfico se objetiva luxación acromio-clavicular grado III. Es intervenido quirúrgicamente realizándose reducción abierta y cerclaje coraco-clavicular, a través de orificio con trayecto clavicular supero-inferior y sutura de poliéster trenzado del número 5. A las siete semanas, mientras realizaba ejercicios de rehabilitación, el

paciente notó un chasquido y dolor intenso. Se confirmó la relajación de la articulación acromio-clavicular.

**Resultados.** Fue nuevamente intervenido, objetivando la rotura de la sutura y la recidiva de la deformidad. Se redujo la articulación acromio-clavicular y fijación con plastia de homoinjerto de semitendinoso y tornillos de biotenodesis para reparar los ligamentos conoideo y trapezoide, así como el ligamento acromio-clavicular superior. En control radiológico a los seis meses se comprueba mantenimiento de la reducción.

**Comentarios y conclusiones.** Ante aquellos casos de relajación post-cirugía debemos recurrir a técnicas anatómicas, con reconstrucción de los ligamentos coraco-claviculares y acromio-claviculares.

## CC 194

### CONDROMATOSIS SINOVIOL DE HOMBRO. TRATAMIENTO ARTROSCÓPICO

Rodríguez Martín, J.; Pretell Mazzini, J.; Auñón Martín, I.; Guimerá García, V. y Vidal Bujanda, C.  
*Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** La condromatosis sinovial es una enfermedad proliferativa, habitualmente monoarticular, en la que se produce una metaplasia cartilaginosa u osteocartilaginosa en la membrana sinovial de las articulaciones, las bolsas serosas o las vainas tendinosas. Es más frecuente en varones en la edad media de la vida y la localización habitual es la rodilla (2/3 de los casos), aunque también puede afectar a otras articulaciones, como la cadera, muñeca, codo, hombro, etc.

**Material y método.** Caso Clínico: Varón de 27 años sin antecedentes de interés que consulta por dolor en hombro izquierdo de 2 meses de evolución sin antecedente traumático. A la exploración física presenta una limitación de los últimos grados de abducción y rotación externa activa del hombro sin otros hallazgos de interés. La radiografía simple muestra la presencia de cuerpos libres calcificados en el interior de la articulación glenohumeral. En la resonancia magnética nuclear se identifica un contenido heterogéneo, hiperintenso en T2, en el interior de la sinovial e imágenes de múltiples cuerpos libres intraarticulares.

**Resultados.** Se realizó una artroscopia de hombro donde se evidenció una hiperplasia de la membrana sinovial y múltiples cuerpos libres. Se procedió a la extracción de los cuerpos libres y se realizó una amplia sinovectomía. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de condromatosis sinovial de hombro. La evolución postoperatoria fue satisfactoria con desaparición de los síntomas.

**Comentarios y conclusiones.** La condromatosis sinovial de hombro es una entidad infrecuente, con una clínica insidiosa lo que muchas veces ocasiona un retraso en el diagnóstico. La metaplasia de la sinovial que se produce origina cuerpos libres intraarticulares que pueden ocasionar un daño mecánico articular, cambios degenerativos, subluxaciones articulares y fracturas patológicas. El objetivo del tratamiento es el alivio de los síntomas, evitar la progresión a artrosis y prevenir las recidivas, para lo cual es necesario realizar una sinovectomía extensa y la extracción de cuerpos libres, lo cual se puede realizar de forma abierta o artroscópica.

## CC 195

### TRATAMIENTO DE LA LUXACIÓN RECIDIVANTE DE HOMBRO MEDIANTE LA TÉCNICA DE BOYTCHEV. ANÁLISIS RESULTADOS

Valera Costa, E.C.; Pérez Moreno, F.; Alsina Pujol, M.; Chiquillo Llauro, A.; Calbet Moncusi, G. y Ruiz Guillen, A.  
*Hospital Universitario Sant Joan De Reus.*

**Introducción y objetivos.** La luxación recidivante de hombro es la secuela más frecuente de luxación aguda traumática. Existen numerosas técnicas quirúrgicas descritas. Dentro de las cirugías abiertas se encuentra la técnica de boytchev. Nuestro objetivo es presentar los resultados obtenidos mediante dicha técnica llevada a cabo en nuestro servicio.

**Material y método.** Estudio observacional de tipo descriptivo y analítico. Han participado 14 pacientes con luxación recidivante de hombro, a los cuales se les ha practicado la técnica de Boytchev entre Enero 1990 y diciembre 2006. 13 hombres y 1 mujer entre 15 y 40 años. Previamente a la cirugía se les realizó una anamnesis, exploración física y radiología simple. Se hicieron controles en consultas externas después de la intervención quirúrgica y una evaluación funcional del hombro mediante el SCORE de ROWE Y ASE5.

**Resultados.** La principal causa de la primera luxación fue la deportiva, seguida por la traumática. Se obtuvo una pérdida de 7,1 grados de rota-

ción externa. No hubo recurrencia en un 79% de los casos. Las complicaciones intra/postoperatorias fueron dos, la ruptura intraoperatoria del tornillo y la presencia de un hematoma intramuscular en el postoperatorio. Score de ASES: 94 puntos; Score de ROWE:71,4%.

**Comentarios y conclusiones.** Los datos obtenidos con nuestra serie y con comparados con la bibliografía, reflejan que este tipo de cirugía tiene buenos resultados, tanto clínicos, terapéuticos, como de pronóstico, y a pesar de que es una técnica poco conocida y utilizada puede ser una buena opción para el tratamiento de la luxación recidivante de hombro en determinados casos.

## CC 196

### LUXACIÓN POSTERIOR DE HOMBRO.DOS GRADOS DE LESIÓN, DOS TIPOS DE TRATAMIENTO

Román Dopazo, M.D.C.; Vallejo Argüeso,B.; Garcimartín Sevillano, J.A.; López Unceta, P.; Tapia Casado, L.J. y Fernández Prieto, A.  
*Hospital Virgen de la Concha, Zamora.*

**Introducción y objetivos.** 3% de luxaciones glenohumorales. Trampa diagnóstica pese a relacionarse con traumatismos graves y electrocución-convulsiones. Se considera que sólo evidenciamos el 50% de estas lesiones. Clínica: dolor, impotencia funcional con características representativas: bloqueo en rotación interna y prominencia de apófisis coracoides. Los estudios de imagen tras sospecha clínica permiten diagnosticar y orientar terapéutica.

**Material y método.** Presentamos 2 casos en varones, tras traumatismos directos acudieron a Urgencias con dolor en hombro y bloqueo completo articular. Clínica y estudio RX-TAC urgente confirman sospecha. Primer caso: impactación en región antero-interna de cabeza humeral, compromiso del 15% de superficie articular. Reducción cerrada e inmovilización en rotación neutra será el único tratamiento. Segundo caso: hundimiento de superficie articular del 40%, obliga a abordaje anterior de articulación, desimpactación de esponjosa, relleno con sustitutivo óseo y transposición del tendón subescapular (técnica McLaughlin) fijados con arpones intraóseos.

**Resultados.** Se logró estabilización articular que mantuvimos con ortesis en rotación neutra durante 4 semanas y permitió, tras rehabilitación, funcionalidad articular satisfactoria.

**Comentarios y conclusiones.** Se asocia a fracturas por impronta en región anterior de cabeza humeral. Su gravedad, cuantificable mediante TAC, permitirá decidir tratamiento para restablecer la anatomía y mantener estable la articulación. Pensar en ella pese a su escasa presentación: no abusar del diagnóstico de periartrosis escapulohumeral. Opciones quirúrgicas asociadas: técnicas de retensado tipo McLaughlin- modificación Neer, relleno del defecto (sustitutivo óseo, aloninjerto esponjoso), osteotomía del cuello humeral. Prótesis si graves destrucciones de cabeza humeral.

## CC 197

### TRATAMIENTO ARTROSCÓPICO DE LA TENDINITIS CALCIFICANTE DEL SUPRAESPINOZO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Lázaro i Amorós, A. y Cardona Morera de la Vall, X.  
*MC Mutual. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** Revisar el resultado a corto plazo del tratamiento artroscópico de la tendinitis calcificante del supraespinoso por medio de la exéresis de la calcificación y acromioplastia.

**Material y método.** El Sd subacromial refractario a tto conservador con fisioterapia e infiltraciones y con más de 6 meses de evolución, fue tratado en nuestro centro por medio de una artroscopia de hombro con revisión articular y posterior exéresis de la calcificación desde el espacio subacromial. Valoración resultados por medio de la Escala de Constant, la escala EVA.

**Resultados.** No se observaron complicaciones, con buena evolución a corto plazo, la sintomatología desapareció tras la intervención y el inicio de la fisioterapia fue inmediato y sin restricciones. Los hallazgos articulares y la lesión según la clasificación de la Sociedad Francesa de Artroscopia corresponde con una lesión tipo A. Se observó una importante mejoría en relación al dolor y la fuerza.

**Comentarios y conclusiones.** El resultado del tratamiento de la tendinitis calcificante de supraespinoso por medio de la limpieza artroscópica de la calcificación y la acromioplastia presenta unos resultados a corto plazo comparables con el procedimiento abierto. No hemos observado complicaciones.

## CC 198

### TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DEL TERCIO DISTAL DE LA CLAVÍCULA TIPO II DE NEER CON PLACA GANCHO AO. VALORACIÓN DE RESULTADOS A MEDIO PLAZO

Lázaro i Amorós, A.; Cardona Morera de la Vall, X.; Serfaty Soler, J.C. y Otero García-Tornel, E.  
*MC Mutual. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** Valorar los resultados de la utilización de la placa gancho AO en el período 2006-2009 en nuestra Mutua en las fracturas del tercio distal de la clavícula y describir los problemas quirúrgicos, los resultados funcionales y radiológicos de los pacientes.

**Material y método.** 72 intervenciones por lesiones de la clavícula, tuvimos 8 casos de fracturas del tercio distal de la clavícula Tipo II de Neer. La edad media de 39 años, 6 fracturas del tercio distal y 2 fracturas tercio distal + luxaciones A-C tipo III concomitante. 5 tras accidente de tráfico y en 3 laboral. El tiempo hasta la cirugía fue de 8 días. El inicio de la fisioterapia fue inmediato y retirada de la placa a las 12 semanas (10-14 s).

**Resultados.** Constant el último seguimiento fue de 90 y la escala EVA de 2.2, seguimiento de 2.3 años y en un caso se utilizó injerto de cresta al presentar una pseudoartrosis de la fractura del tercio distal cuya retirada fue a los 13 meses de la placa por deseo del paciente. Las molestias en abducción desaparecieron al retirar la placa. No hemos observado retardos de consolidación y en un caso de pseudoartrosis previa se retrasó la RMO.

**Comentarios y conclusiones.** El tratamiento conservador indicado en los Tipos I y III de Neer y parece clara la indicación quirúrgica por el riesgo de pseudoartrosis en las Tipo II. Creemos que el uso de la placa gancho AO ofrece un buen resultado con pocas complicaciones permitiendo la reincorporación laboral temprana de los pacientes.

## CC 199

### PEUDOARTROSIS INFECTADA DE HÚMERO PROXIMAL

Gutiérrez Narvarte, F.B.; Morales Muñoz, P.; García Rodríguez, R.; Guerra Vélez, P.; García Fernández, D. y Cano Egea, J.M.  
*Hospital 12 De Octubre, Madrid.*

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

**Material y método.** Se interviene quirúrgicamente mediante extracción del material de osteosíntesis, lavado y desbridamiento y colocación de espaciador con gentamicina. En el cultivo del material crece *Enterococcus aerogenes*, por lo que es tratada con antibióticos intravenosos. En un segundo tiempo se realiza extracción del espaciador y reosteosíntesis con clavo intramedular bloqueado y autoinjerto de cresta iliaca.

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

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

## CC 200

### DEGRADACIÓN DEL LABRUM GLENOIDEO EN UN PACIENTE CON ARTROPATÍA POR OCRONOSIS

Escribano Rey, R.J.; Albiñana Cunnigham, J.N.; Lamo de Espinosa, J.M. y Amillo Garayoa, S.  
*Clinica Universitaria de Navarra. Pamplona.*

**Introducción y objetivos.** La ocronosis es el cuadro clínico de presentación osteoarticular típico de la alcaptonuria, un trastorno del metabolismo proteico de origen hereditario. En estos pacientes puede producirse un grave deterioro articular por producto de metabolitos de desecho.

Presentamos un caso de ocrónosis diagnosticado a partir de un cuadro de hombro doloroso.

**Material y método.** Paciente de 52 años con hombro doloroso derecho de 1 año de evolución, refractario a tratamiento conservador e infiltraciones. El paciente presenta dolor a la movilización activa con maniobras del manguito rotador dudosas. En radiografías simples y en resonancia magnética se observan hallazgos degenerativos.

**Resultados.** Se realiza artroscopia observándose ausencia de cartilago prácticamente completa en glenoides y cabeza humeral, así como sinovitis profusa y ausencia de labrum glenoideo. Se encuentran dos cuerpos libres de color negro que se extraen y se examinan histológicamente con el diagnóstico de rodete glenoideo. Se realiza prueba de alcaptonuria resultando positiva.

**Comentarios y conclusiones.** Presentamos un caso de una metabolo-patía infrecuente diagnosticada por sus manifestaciones esqueléticas. Aunque hay gran variedad de hallazgos artroscópicos descritos en hombro y rodilla, no hemos encontrado autores que describan la destrucción del labrum que hemos encontrado en este paciente.

## CC 201

### NEUROPATÍA SUPRAESCAPULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Barrera Ochoa, S.; Palau, E.; Núñez, S.; Lluch, A.; Llusá, M. y Nardi, J. *Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** Es una causa infrecuente de omalgia y debilidad, por lo que puede pasar desapercibida. A pesar de su baja incidencia es la rama nerviosa del plexo braquial relacionada con mayor frecuencia con clínica compresiva.

**Material y método.** Hombre de 22 años con distrofia muscular del supra e infraespinoso y omalgia ipsilateral recurrente al tratamiento analgésico y/o rehabilitador, junto a resultados electrodiagnósticos y pruebas de imagen (como la RMN) sugestivas de neuropatía supraescapular. El tratamiento inicial suele ser conservador, cuando no es eficaz o se identifica una lesión, como en este caso, un neuroma prestenótico a la escotadura escapular, la descompresión quirúrgica está justificada. Anatómicamente el nervio supraescapular es vulnerable a la compresión en la escotadura de la escápula, al pasar bajo el ligamento transvers superior de la escápula, antes de alcanzar la fosa supraespinosa, así como en la escotadura espinoglenoidea, al pasar bajo el ligamento transvers inferior de la escápula y llegar a la fosa infraespinosa.

**Resultados.** La resección quirúrgica de ambos ligamentos transversos logró el control algésico a corto plazo (en los 3 primeros meses) y, a medio/largo plazo, la recuperación funcional del hombro y la restauración de la musculatura atrofada.

**Comentarios y conclusiones.** Existe debate a cerca de la actitud a tomar en cuanto al tratamiento. Guiándose por la literatura se puede concluir que en situaciones donde no exista lesión compresiva el tratamiento conservador es el más adecuado (la mejoría puede demorarse aproximadamente un año). En caso contrario, la cirugía descompresiva será el tratamiento óptimo.

## CC 202

### ROTURA COMPLETA DEL MÚSCULO PECTORAL MAYOR EN SU INSERCIÓN HUMERAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Sánchez Guardamano, D.; Orradre Burusco, I.; Romero Campuzano, R.; Brun Sánchez, M.; Arrastia, J. e Ibarra Zulategui, P.

**Introducción y objetivos.** Las roturas completas del músculo pectoral mayor son lesiones bastante raras que principalmente ocurren por mecanismo indirecto durante el levantamiento de pesas en decúbito supino sobre el banco. La mayoría de las lesiones corresponden a roturas o arrancamientos en la proximidad de la inserción humeral, relacionándose las lesiones mediales con traumatismos directos. Su tratamiento de elección es la revisión quirúrgica.

**Material y método.** Varón de 37 años que con pérdida de fuerza en rotación interna del brazo derecho de dos meses de evolución tras episodio agudo de crujido y dolor brusco en ese brazo mientras realizaba levantamiento de pesas, deporte que practica de forma amateur. En la exploración presentaba una movilidad completa de hombro derecho con déficit de fuerza 4 sobre 5 en rotación interna y adducción. En la rotación interna contrarresistencia se palpaba y apreciaba un déficit muscular severo en la región axilar derecha. El estudio radiográfico (RMN)

confirma la rotura completa del músculo pectoral mayor de su inserción humeral y la retracción del mismo en la región torácica. Se intervino quirúrgicamente procediendo a la liberación tendinosa consiguiendo reinsertar el tendón en el húmero. A los 4 meses de la cirugía el paciente retomó la actividad deportiva que realiza hasta la fecha sin limitación; si bien el paciente cifra en un 80% la sensación de fuerza en rotación interna de ese brazo en relación al contralateral.

**Resultados.** La rotura del músculo pectoral mayor fue originalmente descrita por Patissier en 1822. Desde entonces se han publicado menos de 200 casos y un 40% de ellos, los casos más antiguos sobretodo, no han sido confirmados quirúrgicamente. Presentamos este caso tanto por lo infrecuente de la lesión como por el tratamiento quirúrgico y postoperatorio realizado que han permitido la recuperación del paciente.

## CC 203

### TRATAMIENTO ARTROSCÓPICO DE LOS TRAUMATISMOS AGUDOS DE LA CLAVÍCULA DISTAL

Hachem, A.; Armengol, J.; Moranas, J.; Tramunt, C. y Portabella, F. *Hospital de Bellvitge.*

**Introducción y objetivos.** los traumatismos del tercio distal de la clavícula incluyen la fractura y la luxación acromioclavicular. Existen diferentes metodos de cirugía abierta para el tratamiento de las fracturas del tercio distal de clavícula tipo II de Neer y para la luxación aguda acromioclavicular. Recientemente han aparecido publicaciones del tratamiento artroscopico de este tipo de patología. Presentamos nuestra experiencia del tratamiento artroscopico para estos traumatismos.

**Material y método.** Entre noviembre 2008 y enero 2009 intervenimos 4 pacientes, 3 luxaciones agudas acromioclaviculares y una fractura desplazada del tercio distal de clavícula. la edad media fue de 27 a. La técnica empleada fue reducción cerrada y fijación interna asistida por artroscopica. Se localiza la coracoide através del intervalo rotador. Se coloca la guía del ligamento cruzado anterior debajo de la coracoide. Se fresa un tunel de 4 mm desde clavícula hasta la coracoide. un sistema de doble boton unidos por hilos se pasa por el tunel. Se tensa el sistema una vez reducida la clavícula.

**Resultados.** la consolidación se consiguió a los 3 meses. Se mantuvo la reducción acromioclavicular en los 3 casos. A los 10 semanas los pacientes presentaban una movilidad completa con minimas molestias y con un valor del constant ponderado muy elevado. No tuvimos complicaciones.

**Comentarios y conclusiones.** El tratamiento artroscopico produce escasas lesiones de partes blandas con mínimas complicaciones en el tratamiento de los traumatismos distales de clavícula. la fijación interna se realiza de forma indirecta tras la reducción. Creemos que es un tratamiento valido en los traumatismos agudos distales de clavícula.

## CC 204

### RECONSTRUCCIÓN DE ACROMION TRAS EXÉRESIS YATRÓGENA DEL MISMO POR OS ACROMIALE QUE CONDICIONÓ LUXACIÓN SUPERIOR HUMERAL

Etxebarria Foronda, I.; Esnal Baza, E.; Herreros Ugarte, I.; García Puertas, C.; Espinazo Arce, O. y Bedia Arregi, J. *Hospital Alto Deba.*

**Introducción y objetivos.** Paciente que acude a la consulta por luxación glenohumeral antero-superior que se produce tras intervención en su hombro para exéresis de os acromiale, en la que se procedió de forma yatrógena a exéresis de la totalidad del acromion. Es incapaz de movilizar el hombro, presenta dolor y deformidad en el hombro intervenido.

**Material y método.** Se realiza la intervención colocando un injerto óseo preparado al efecto a modo de acromion fijado con agujas kirschner. Previamente a esto se sutura la rotura masiva del manguito colocando una malla de soporte y se reinserta posteriormente el deltoides al nuevo acromion con anclajes óseos.

**Resultados.** Se muestra la iconografía del caso con las radiografías pre y postoperatorias, estudio TAC e imágenes de la intervención.

**Comentarios y conclusiones.** La ausencia del acromion es una rara entidad de la que existen pocas referencias en la literatura. Exponemos el complejo caso y nuestra forma de resolverlo.



## CC 205

### FRACTURA-LUXACIÓN ACROMIO-CLAVICULAR ABIERTA

Centellas Bergareche, I.; Arias Baile, A.; Gil Rodríguez, E.; Morro Martí, R.; Pacha Vicente, D. y Molero García, V.  
*Hospital Universitari Vall d'Hebron.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas de escápula y luxaciones acromioclaviculares son lesiones que raramente precisan tratamiento quirúrgico. Presentamos un caso que por sus peculiaridades ha requerido un tratamiento poco común.

**Material y método.** Varón de 48 años que tras accidente de tráfico presenta traumatismo cráneo-facial y lesión en hombro derecho. A su llegada a urgencias sedoanalgesiado y con ventilación mecánica, deformidad de hombro derecho, pérdida de sustancia en región supraclavicular derecha que expone el manguito de los rotadores. En la seriada ósea, luxación acromio-clavicular, sospecha de fractura de escápula por lo que se solicita tomografía computerizada de hombro que muestra fractura de cuerpo de la escápula y de la base del acromion. Es intervenido de urgencia realizándose desbridamiento quirúrgico y osteotaxis de la fractura-luxación acromio-clavicular precisando un colgajo romboideo para la cobertura del defecto cutáneo.

**Resultados.** Se consigue una estabilidad y reducción satisfactorias mediante el fijador externo y se decide mantener como tratamiento definitivo. Actualmente las fracturas están en proceso de consolidación con una correcta evolución del colgajo, sin signos de infección.

**Comentarios y conclusiones.** Las fracturas de escápula son lesiones muy infrecuentes (0.4-1% de todas las fracturas), producidas habitualmente por mecanismos de alta energía siendo frecuente que nos encontremos ante un paciente politraumatizado, por lo que es frecuente que se asocien lesiones en otros puntos de la cintura escapular, caja torácica o partes blandas. En nuestro caso, dado el gran desplazamiento posterior del acromion, se hacía imprescindible reponer la situación anatómica del mismo para dar cobertura al manguito de los rotadores y garantizar una óptima recuperación funcional de la cintura escapular.

## CC 206

### LUXACIÓN ANTERIOR BILATERAL GLENOHUMERAL

Pérez Sánchez, A.; Ramos Pérez, M.J.; Cañada Oya, H.; Aguilar López, A.; Uceda Carrascosa, P. y González Muñoz, F.  
*Hospital SAS Jerez de la Frontera.*

**Introducción y objetivos.** La luxación anterior representa el 95% de las luxaciones glenohumorales, a pesar de esto la luxación anterior bilateral es una patología poco común y de muy baja incidencia, siendo las principales causas las crisis convulsivas, las electrocuciones y los traumatismos de alta energía.

**Material y método.** Presentamos el caso clínico de un varón de 39 años, sin antecedentes previos de patología glenohumeral, que tras caída casual en la vía pública tras tropezar con un escalón y apoyar ambas manos al caer, acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital presentando dolor, deformidad e impotencia funcional glenohumeral bilateral, sin alteraciones a la exploración vasculonerviosa distal. Radiológicamente presenta luxación anterior bilateral glenohumeral, asociándose fractura no desplazada del troquíter humeral izquierdo. Posteriormente se procedió a la reducción bilateral de ambos humeros mediante maniobra de tracción contra tracción, inmovilizando con Sling durante 3 semanas e inicio precoz de la rehabilitación.

**Resultados.** Actualmente el paciente no presenta limitación alguna en ambos articulaciones, quedando cierta limitación de la abducción completa en el hombro izquierdo, secundario a la fractura del troquíter, que fue tratado ortopédicamente.

**Comentarios y conclusiones.** Es preciso una reducción urgente. Si una luxación unilateral de por sí ya es una urgencia, mucho más si es bilateral. Las luxaciones bilaterales suelen ser posteriores, de ahí la infrecuencia del caso y la escasa bibliografía al respecto. Resolución compleja para el paciente por la necesidad de inmovilización bilateral de ambos miembros superiores.

## CC 207

### TRATAMIENTO DE LA PORCIÓN LARGA DEL BICEPS EN LESIONES SLAP IV

Eguileta Sáenz, D.; Arrieta Alberdi, I.; Intxausti Martínez, M. y Ureta Atutxa, X.  
*Hospital de Zumárraga*

**Introducción y objetivos.** En las lesiones labrales tipo SLAP IV, la alteración en la inserción de la porción larga del biceps (PLB) tiene intensidad y extensión variables. Al tratamiento del labrum debe asociarse la sutura, tenodesis o tenotomía de a PLB según su estado, extensión y la función requerida. Se realiza una revisión bibliográfica del tratamiento artroscópico en las lesiones tipo SLAP IV, y de series de casos publicadas al respecto.

**Material y método.** Se presenta un caso clínico tratado en nuestro Servicio. Paciente varón de 27 años con desinserción labral anterior diagnosticada en RMN, y lesión SLAP IV asociada descubierta durante el tratamiento artroscópico: reinserción labral mediante anclajes reabsorbibles sin nudo y sutura-cinchado de la PLB. Tras buena evolución inicial, aparece cuadro de dolor en corredera bicipital, con test. PLB+ y tendinosis en RMN. Tras fracaso del tratamiento conservador a los seis meses, se realiza revisión artroscópica, comprobándose buena integración del labrum y cicatrización del PLB, con adherencias entre éste la cápsula y el tendón subescapular. Se realiza tenolisis del PLB y retirada de los puntos de sutura previos.

**Resultados.** Las lesiones labrales tipo SLAP IV pueden pasar desapercibidas a la exploración y RMN, al asociarse con otras patologías del labrum y manguito.

**Comentarios y conclusiones.** Se describen amplias series de pacientes con buenos resultados mantenidos a medio plazo tras la reparación artroscópica con anclajes reabsorbibles de lesiones SLAP. La reparación de la PLB lesionada puede asociarse a complicaciones que requieran en algunos casos revisión quirúrgica.

## CC 208

### OPCIONES TERAPÉUTICAS PARA UNA PATOLOGÍA POCO FRECUENTE: LUXACIÓN POSTERIOR ESTERNOCLAVICULAR

Buezo Rivero, O.; Cortés Alberola, S.; Carrera Fernández, I.; Santaló Bru, G.; Majo i Buigas, J. y Aguilera Roig, X.  
*Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** La luxación esternoclavicular posterior (LECP) es una patología poco frecuente (1% de las luxaciones) pero potencialmente grave, debido a la cercanía de importantes estructuras anatómicas. Por este hecho, se considera una patología que requiere tratamiento urgente. Presentamos una revisión a propósito de 2 casos.

**Material y método.** Caso 1: paciente de 27 años acude a urgencias tras accidente de moto. Presenta dolor y deformidad en articulación esternoclavicular derecha. El TAC objetivó LPEC con gran proximidad de la aorta ascendente. Se realizó reducción cerrada bajo anestesia general, con buena estabilidad posteriormente. Caso 2: paciente de 19 años es atendido en urgencias tras caída en bicicleta, presentando dolor y depresión a nivel de la articulación esternoclavicular izquierda. En el TAC se confirmó la LPEC, con el extremo medial de la clavícula entre el tronco braquiocefálico y la carótida interna. La reducción cerrada no fue posible, por lo que se realizó reducción abierta y estabilización con 2 cerclajes.

**Resultados.** Ambos pacientes recuperaron su función previa en los primeros 6 meses.

**Comentarios y conclusiones.** La LECP es una patología potencialmente grave que requiere ser reducida de forma urgente. Es imprescindible completar el estudio diagnóstico con TAC para descartar lesiones mediastínicas asociadas. Realizaremos la reducción cerrada, previo aviso de un cirujano vascular o torácico por si surgen complicaciones intraoperatorias. Si se consigue una estabilidad adecuada, está indicada la reducción abierta y estabilización. Una vez reducida y estabilizada, se considera una lesión de buen pronóstico funcional.

## CC 209

### ARTROPLASTIA DE HOMBRO COMO TRATAMIENTO DE ELECCIÓN EN FRACTURA-LUXACIÓN CONMINUTA DE CABEZA HUMERAL EN PACIENTE ANCIANO CON VIDA ACTIVA

Cortés Muriel, L.; Iglesias, J.J.; Álvarez, P.; Rodríguez, A. y Charcán, A. *Servicio C.O.T. del Hospital San Eloy, Barakaldo (Bizkaia).*

**Introducción y objetivos.** A propósito de un caso de fractura-luxación conminuta de cabeza humeral en paciente anciano activo, tratado mediante artroplastia como primera opción terapéutica.

**Material y método.** Un varón de 86 años tras traumatismo en hombro izquierdo presenta una fractura-luxación de cabeza humeral. En la TAC se observa una fractura-luxación en 4 fragmentos. Se trata de un paciente sin enfermedades y con una vida activa, se decide como primera opción terapéutica la artroplastia parcial específica para fractura.

**Resultados.** El resultado en cuanto al alivio del dolor es satisfactorio. Ha recuperado un balance articular que le permite autonomía.

**Comentarios y conclusiones.** Ante este tipo de fractura-luxación, la osteosíntesis abocaría al fracaso por el riesgo elevadísimo de osteonecrosis y la reconstrucción y la inmovilización postoperatoria causarían gran rigidez y pérdida de movilidad. Es aconsejable la TAC para una buena planificación, puede revelar un mayor número de fragmentos y mayor desplazamiento que el esperado en la radiografía simple. Consideramos una opción terapéutica válida la implantación de una prótesis en pacientes de edad avanzada que llevan una vida autónoma y activa. La orientación del segmento cefálico y la preservación de las tuberosidades y el manguito rotador son fundamentales para la obtención de buenos resultados. La cabeza debe ser de igual o menor tamaño que la original, la retroversión no debe exceder los 20° para disminuir la tensión sobre las suturas de la tuberosidad mayor, y la altura de la prótesis debe ser correcta. Las complicaciones que pueden suceder son: aflojamiento, migración, fracturas peripróticas, inestabilidad, infección.

## CC 210

### PACIENTE CON COMPLICACIÓN VASCULAR TRAS LUXACIÓN ANTERIOR DE HOMBRO

Díez Berrio, M.L.; Vivanco Jódar, T.; Calvo Calvo, S.; Menéndez Crespo, M.T. y Capel Agúndez, A. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** La luxación anterior de hombro es una patología frecuente dentro de la Traumatología, no estando exenta de complicaciones.

**Material y método.** Se presenta el caso de un varón de 82 años que acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por dolor e impotencia funcional del hombro derecho tras una caída casual. Presentaba tumefacción y hematoma en región pectoral derecha. Es diagnosticado mediante radiología simple de luxación anterior de hombro que se reduce en la sala de urgencias mediante tracción suave. Durante su estancia se observa aumento progresivo del hematoma por lo que es valorado por Cirugía Vascular quienes recomiendan la realización de un angio-Tc en la que se observa un extravasado activo y signos de lesión vascular, tanto arterial de ramas de la región pectoral y axilar, como probable lesión venosa, que dado el pequeño calibre de los vasos no son susceptibles de tratamiento por parte de Cirugía ni Radiología Vascular. Por ello, el paciente queda ingresado a cargo de Traumatología para observación.

**Resultados.** El paciente sufrió un incremento del hematoma extendiéndose a pectoral y región braquial así como una anemización progresiva durante las primeras 48 horas, siendo necesaria la transfusión de 2 concentrados de hemátis y 2 pool de plaquetas. Tras este período cesó el sangrado activo, recuperando la estabilidad hemodinámica.

**Comentarios y conclusiones.** Aunque la luxación anterior de hombro es una lesión que en la mayor parte de las ocasiones se resuelve sin complicaciones vasculares o nerviosas, es importante tener siempre presente que éstas son posibles y por ello no deben pasar desapercibidas.

## CC 211

### OSTEOSÍNTESIS CON PLACA PHILOS DE FRACTURAS COMPLEJAS DE HÚMERO PROXIMAL

González Bedia, M.\*; Trigueros Larrea, J.M.\*; Torres Torres, M.\*; Aguado Hernández, H.\*; Burón Álvarez, I.\* y Fernández González, T.\*\*. *\*Complejo Hosp. de Palencia. \*\*Complejo Hosp. de León.*

**Introducción y objetivos.** El tratamiento quirúrgico de las fracturas complejas de húmero proximal continúa siendo un reto terapéutico. El

objetivo es conseguir una buena reducción de la fractura y que ésta se mantenga. El uso de placas de estabilidad angular permite una fijación estable, en un hueso generalmente osteoporótico, iniciando de forma precoz la recuperación funcional.

**Material y método.** Revisión de 21 fracturas de húmero proximal de 3 y 4 fragmentos con desplazamiento significativo y fracturas-luxaciones, intervenidas en nuestro servicio en el período 2005-2008 mediante reducción abierta y osteosíntesis con placa PHILOS. Evaluamos edad, tipo de fractura (Neer), consolidación ósea y rango de movilidad entre otros. En todos los casos se realizó un abordaje deltopectoral estándar o ampliado.

**Resultados.** Utilizamos la escala de Constant y DASH para la valoración de resultados. Entre las complicaciones presentamos 1 pseudoartrosis, 1 infección profunda, 2 infecciones superficiales, 2 casos de material intraarticular y 1 necrosis avascular.

**Comentarios y conclusiones.** Las placas de estabilidad angular consiguen una fijación estable de la fractura, permiten reducir el tiempo de inmovilización e iniciar la rehabilitación precoz, disminuyendo las complicaciones relacionadas con la síntesis y añadidas a las derivadas de la complejidad de estas fracturas. Consideramos la osteosíntesis con placa PHILOS técnica de elección en el tratamiento de las fracturas de húmero proximal incluidas las fracturas en 4 fragmentos y fracturas-luxaciones, reservando la sustitución protésica para los casos de lesión articular de la cabeza humeral.

## CC 212

### CORRELACIÓN ENTRE IMÁGENES DE ARTRO-RMN Y LA EXPLORACIÓN ARTROSCÓPICA EN LA MICROINESTABILIDAD DE LA ARTICULACIÓN GLENOHUMERAL

Brun Sánchez, M.; Orradre Burusco, I.; Romero Campuzano, R.; Ruiz Ruiz, J.; Saenz Bañuelos, J. y González Arteaga, J.

**Introducción y objetivos.** El desarrollo tecnológico que han experimentado la artroscopia de hombro y la artro-RMN en las últimas décadas han posibilitado el mejor conocimiento de la anatomía de la articulación glenohumeral. La combinación de ambas técnicas resulta especialmente interesante en lesiones del labrum anteroinferior o de la inserción bicipital que provocan cuadros de subluxación o dolor (microinestabilidad).

**Material y método.** Presentamos un estudio descriptivo sobre un grupo de 20 pacientes con dolor o sensación de fallo en el hombro a los que se ha realizado una Arthro-RMN y posteriormente una artroscopia. El objetivo es observar el grado de correlación entre las dos técnicas tanto en la detección de patología como en la descripción del tipo de lesión existente.

**Resultados.** Los resultados obtenidos han confirmado una alta correlación entre la presencia o no de lesión en la Arthro-RMN y los hallazgos patológicos artroscópicos. Ésta alta correlación, aunque en porcentaje menor, se mantiene a la hora de determinar el tipo de lesión: lesiones del labrum anteroinferior (Bankart clásico, ALPSA y Perthes) y lesiones de la inserción bicipital (SLAP).

**Comentarios y conclusiones.** La capacidad de la Arthro-RMN para detectar lesiones del labrum anteroinferior y de la inserción bicipital ronda el 85% y 90% respectivamente. En nuestra serie la confirmación artroscópica de la lesión informada en la Arthro-RMN ha tenido lugar en porcentajes similares a la literatura.

## CC 213

### TÉCNICA QUIRÚRGICA MIS EN EL TRATAMIENTO DE FRACTURAS NEER III Y IV CON PLACA NCB

Aguado Hernández, H.J.\*; Torres Torres, M.\*; González Bedia, M.\*; Trigueros Larrea, J.M.\* y Fernández González, T.\*\*

*\*Complejo Asistencial de Palencia, \*\*Complejo Asistencial de León.*

**Introducción y objetivos.** El tratamiento de las fracturas de la extremidad proximal del húmero Neer III y IV suponen un reto para cualquier traumatólogo, ya que técnicamente es una cirugía exigente y asocia una elevada incidencia de rigidez postquirúrgica. Se presenta una técnica quirúrgica mínimamente invasiva empleando la placa NCB (Zimmer) que permite una adecuada reducción y osteosíntesis aumentando la movilidad postoperatoria.

**Material y método.** Se presenta la técnica quirúrgica tal y como se realiza en nuestro centro en la Unidad de Traumatología.

**Resultados.** Se realiza un abordaje transdeltoideo (lateral del hombro) de aproximadamente 3-4 cm. Se localizan las tuberosidades y se referencian, llevándolo a anterior el troquí y a posterior el troquíter. Se expone la cabeza, que está en valgo en muchos casos; se desimpacta y se reduce contra la glenoides. Se aporta injerto y se cierra con las tuberosidades en forma de trípode con la cabeza. Se realiza la osteosíntesis con la placa NCB que lleva una guía que permite la colocación percutánea de los tornillos de bloqueo poliaxiales. Se emplea escopía.

**Comentarios y conclusiones.** Se presenta una técnica quirúrgica que logra una correcta reducción y una osteosíntesis estable que permite una rehabilitación precoz, asociada a una morbilidad menor.

## CC 215

### PRÓTESIS TOTAL DE HOMBRO TIPO INVERTIDA EN PACIENTE DE 60 AÑOS

García Portabella, P. y Tirador Menéndez, J.I.  
*Hospital de Jove. Gijón.*

**Introducción y objetivos.** Presentamos un caso de rescate de prótesis parcial de hombro mediante prótesis invertida (Delta3) en paciente de 60 años.

**Material y método.** Varón de 49 años que tras accidente laboral presenta una fractura de húmero proximal en 4 partes impactada en mala posición con osteosíntesis inviable por lo que se implanta prótesis parcial de húmero (GTS). Se realiza seguimiento en su mutua laboral con excelente resultado inicial y se reincorpora al trabajo. En controles posteriores presenta clínica subacromial, por lo que se realiza acromioplastia artroscópica. 7 años después de la primera cirugía presenta limitación funcional (F 90, RI mano-sacro, RE 0°), dolor y ascenso de cabeza en la radiología, que va en aumento y limita su función, hasta que a los 11 años de la primera prototización se decide recambio mediante prótesis total de hombro de tipo invertida (Delta3) si bien el paciente no cumple el criterio de edad (> 70 años).

**Resultados.** Con un seguimiento de 6 meses y tratamiento rehabilitador el paciente presenta mejoría de la función (F 135, RI mano-L1, RE 15°), y no presenta ningún dolor, por lo que está muy satisfecho.

**Comentarios y conclusiones.** Si bien la prótesis invertida no está indicada en pacientes por debajo de los 70 años, el caso que presentamos de paciente laboralmente activo, que desea mejorar su situación funcional y de dolor y asume la limitación de la técnica a largo plazo justifica el uso excepcional de este recurso.

## CC 216

### MEDICIÓN DE LA FUERZA DE ABDUCCIÓN COMO PRUEBA DE INTEGRIDAD DEL SUPRAESPINOZO

Calafat Sard, J.; Rapariz González, J.M. y Martí Cabré, X.  
*Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca.*

**Introducción y objetivos.** Aclarar si la determinación de la fuerza de abducción es una prueba válida y fiable para conocer la integridad del supraespinoso y comparar los resultados con el test de Jobe.

**Material y método.** Revisamos retrospectivamente 153 pacientes consecutivos, valorados por un único traumatólogo. Criterios de inclusión: 1/Hombro contralateral sano, 2/ No intervenciones quirúrgicas previas en el hombro problema, 3/ Alcanzar la horizontal, 4 / resonancia magnética. 53 fueron excluidos por no cumplir criterios, quedando 100 pacientes de (51 y 81 años) 56 /44 mujeres/varones. Medición de la fuerza con dinamómetro digital. Patrón de referencia resonancia magnética sin contraste.

**Resultados.** Obtuvimos tendinosis/rotura parcial (n = 49), rotura de espesor completo (n = 35), o sin alteraciones (n = 16). La sensibilidad y especificidad de la disminución de la fuerza al 25% era de 95,38% (CI95 [0,87, 0,99]) y 17,14% (CI95 [0,06, 0,33]) respectivamente. Utilizando valores absolutos, la sensibilidad de la prueba supera el 90% cuando se sitúa el umbral en 2 Kg. (sensibilidad 90,77%, CI95 [0,80, 0,96]). Estas cifras son muy superiores a las aportadas por el test de Jobe (sensibilidad 69,23% (CI95 [0,65, 0,80])).

**Comentarios y conclusiones.** La pérdida de fuerza en valores absolutos de 2 Kg y 1 kg aportan sensibilidades superiores al 90%. La determinación objetiva de la fuerza, en valores absolutos o relativos al lado contralateral es muy sensible cuando la pérdida es del 25% o/y el paciente es incapaz de elevar 2 Kg para detectar roturas completas.

## CC 217

### LESIÓN ARTERIAL TRAS REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA-LUXACIÓN DE HÚMERO PROXIMAL

Arias Baile, A.; Gil Rodríguez, E.; Amat Mateu, C.; Corona Pérez-Cardona, P.; Guerra Farfan, E. y Flores Sánchez, X.  
*Hospital Universitario Vall Hebron. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** Las lesiones vasculonerviosas son complicaciones poco frecuentes, pero importantes, de los traumatismos del hombro. Presentamos un caso de lesión arterial tras reducción de una fractura-luxación de hombro

**Material y método.** Varón de 81 años que sufre una fractura-luxación de húmero proximal izquierdo tras caída casual, atendido inicialmente en otro centro se realiza reducción cerrada y remiten a nuestro centro para valoración de tratamiento definitivo. A su llegada a nuestras urgencias, porta cabestrillo, no presenta deformidad y refiere parestesias en mano ipsilateral que se han iniciado progresivamente tras la reducción. Destaca mano izquierda pálida y fría con ausencia de pulso radial y cubital. Se realiza radiografía evidenciándose una fractura en tres fragmentos de húmero proximal con correcta correlación articular. Al estudio doppler no hallamos señal pulsátil en la extremidad superior izquierda; se solicita valoración urgente por cirugía vascular, que decide revisión quirúrgica urgente, hallándose disección de la arteria axilar; se realiza by-pass vena safena interna de la extremidad inferior ipsilateral.

**Resultados.** El paciente evoluciona favorablemente, desapareciendo las parestesias al segundo día postoperatorio. A nivel de la fractura se decide tratamiento ortopédico con cabestrillo y rehabilitación posterior. Actualmente el paciente presenta un hombro funcional con by-pass funcionante.

**Comentarios y conclusiones.** Las lesiones vasculares secundarias a traumatismos del hombro suceden predominantemente en pacientes ancianos con vasos más rígidos y frágiles. Pueden suceder tras el traumatismo o más frecuentemente tras una reducción cerrada inadecuada o traumática. Es importante una exploración neurovascular adecuada ante traumatismos del hombro y revalorar tras cualquier manipulación

## CC 218

### FRACTURAS INESTABLES DE TERCIO EXTERNO DE CLAVÍCULA (NEER II) TRATADAS CON PLACA GARFIO

Navarro González, F.M.; Ricón Recarey, F.J. y Lajara Marco, F.  
*Hospital Vega Baja Orihuela. Alicante.*

**Introducción y objetivos.** Estudio retrospectivo de las fracturas inestables de tercio externo de clavícula (Neer II), tratadas en nuestro centro con Placa Garfio, desde Agosto 2003 a Agosto 2008.

**Material y método.** Se tratan de 10 fracturas, todas ellas en varones con edad media de 32,5 años (17-67). Se evalúa los estudios radiográfico prequirúrgico y durante el seguimiento. Se recogen las extracciones de material realizadas. Los resultados funcionales son examinados al final del seguimiento con la escala Constant.

**Resultados.** Se consigue la consolidación en todas las fracturas, menos en una. No se registran complicaciones operatorias ni en el postoperatorio inmediato. Se realiza retirada de material de osteosíntesis en 9 casos con un tiempo medio de 9,8 meses (2,5-41,5). Se encuentran signos de osteolisis en acromion en los tres casos de mayor tiempo transcurrido hasta la extracción de la placa, así como desarrollo de dolor en hombro tras meses asintomáticos en dos de ellos. Tras un seguimiento medio de 28,9 meses (6-64) se obtiene una valoración Constant excelente en 9 casos y buena en uno.

**Comentarios y conclusiones.** Es un método eficaz en el tratamiento de la fractura y en la restauración de la función del hombro, pero necesita una reintervención para la retirada del material.

## CC 219

### LUXACIÓN GLENOHUMERAL POSTERIOR BLOQUEADA CON GRAN DEFECTO EN LA SUPERFICIE ARTICULAR

Izquierdo Fernández, A.; Ruiz Sanz, J.; Alexis Rodríguez Echeagaray, C.; Muñoz Luna, F. y Moreno Díaz, M.  
*Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

**Introducción y objetivos.** La luxación glenohumeral posterior es una lesión que pasa inadvertida con frecuencia. Se producen tras una rotación interna forzada del hombro. Si no son tratadas puede aparecer

una lesión de Mc Laughlin o Hill Sachs invertida, que comprometa la superficie articular.

**Material y método.** Presentamos tres casos tratados en nuestro servicio. El mecanismo de producción consistió en crisis comiciales secundarias a epilepsia en dos de ellos y a un meningioma intracraneal en el tercero. La edad media es de 48 años. Los tres son varones y fueron diagnosticados tardíamente, habiendo transcurrido más de seis meses desde la lesión. Presentaban una severa pérdida de función con una puntuación promedio en el test de Constant de 22 (18- 26). En los estudios de imagen realizados se apreciaba un defecto en la superficie articular humeral superior al 45%, por lo que fueron tratados mediante artroplastia parcial Global Advantage (DePuy). En dos casos se requirió doble abordaje (deltopectoral y posterior).

**Resultados.** Con un seguimiento medio de 11,6 meses se ha producido una mejoría significativa en el test de Constant, promediando 64 puntos. Los pacientes se encuentran satisfechos con el resultado obtenido.

**Comentarios y conclusiones.** Lesiones de menor tamaño pueden ser tratadas mediante osteotomías. En caso de defectos superiores al 40-45% de la superficie articular los mejores resultados se obtienen con el uso de artroplastias, aunque debemos resaltar que con un adecuado tratamiento inicial se pueden resolver satisfactoriamente la mayoría de los casos.

## CC 220

### SECUELA DE PSEUDOARTROSIS DE HÚMERO PROXIMAL CON COMPLICACIÓN EN PRÓTESIS INVERTIDA. CASO CLÍNICO

Valcárcel Díaz, A.; Martínez Victorio, P.; García Paños, J.P.; Cano Gea, R.; Fernández Sánchez, R. y Puertas García Sandoval, J.P.  
*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

**Introducción y objetivos.** Se presenta un caso clínico que ha precisado distintas intervenciones sobre una pseudoartrosis de húmero proximal de varios años de evolución con necesidad de cirugía protésica final y complicación posterior en la misma.

**Material y método.** Mujer de 66 años que presentó fractura de húmero sobre imagen de pseudoartrosis crónica sintomática. Se decidió efectuar intervención para osteosíntesis con aporte de injerto que fracasó por movilización del material. Dada la inviabilidad de la cabeza humeral se propuso para implantar una prótesis invertida de hombro que se realizó sin incidencias (Delta Xtend, Johnson&Johnson). Durante el postoperatorio se objetivó luxación de los componentes por lo que se efectuó nueva intervención para aportar suplementos en la copa del vástago humeral.

**Resultados.** La evolución clínica y funcional ha sido satisfactoria con una valoración en la escala de Constant de 70 puntos, a los 12 meses de la última cirugía.

**Comentarios y conclusiones.** La resolución de casos complejos en hombro puede pasar por la necesidad de utilizar cirugía protésica, no exenta de complicaciones. La versatilidad de la nueva prótesis invertida Delta Xtend permite afrontar incidencias como la de este caso clínico presentado.

## CC 221

### ¿TUMORACIÓN TORÁCICA O CABEZA HUMERAL LUXADA? IMPORTANCIA DE UNA HISTORIA CLÍNICA CORRECTA

Fontestad Ultrillas, M.A. y Aguilera Fernández, L.  
*Hospital de La Ribera, Alzira (Valencia).*

**Introducción y objetivos.** Presentamos un caso de luxación intratorácica inveterada de la cabeza humeral, que fue erróneamente interpretada como una tumoración.

**Material y método.** Mujer de 76 años, a quien se detecta en un estudio radiológico rutinario de tórax una lesión de aspecto tumoral, por la que es remitida a Cirugía Torácica. El estudio mediante TC mostraba una lesión exofítica dependiente de la cortical de la segunda costilla izquierda, compatible con un osteocondroma versus condrosarcoma. Se indicó tratamiento quirúrgico para exéresis de la lesión.

**Resultados.** Durante la cirugía se observó que la lesión tenía un aspecto similar a una cabeza humeral, hecho que fue confirmado por un cirujano ortopédico al que se consultó. Posteriormente, el estudio anatómico-patológico ratificó que se trataba de una cabeza humeral, sin otro tipo de lesión. Preguntada la paciente, refirió el antecedente de un trauma-

tismo sobre el hombro izquierdo, sufrido hace años en otra ciudad, sin seguimiento posterior.

**Comentarios y conclusiones.** Las neoplasias primarias de la pared torácica son poco frecuentes. Cuando se detectan, deben considerarse malignas y tratarse con resecciones amplias. Los estudios de imagen aportan una información sustancial, pero no pueden sustituir nunca a una historia clínica adecuada, como se puede comprobar en este caso.

## CC 222

### PRÓTESIS INVERTIDA BILATERAL COMO TRATAMIENTO DE DOBLE LUXACIÓN POSTERIOR INVETERADA

Cebreiro Martínez-Val, I.; Moros Marco, S.; Del Cura Varas, M.S.; Jiménez García, D.; Del Olmo, T. y De Lucas Cadenas, P.  
*Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Presentar un caso atípico de fractura-luxación bilateral posterior de hombro resuelta con sendas prótesis invertidas.

**Material y método.** Varón de 67 años ingresado en la Unidad de Cuello tras haber sufrido un accidente isquémico hemisférico. Ingresado, sufre un episodio de crisis convulsiva generalizada. Se nos avisa pasadas más de 24 horas para valoración. Presenta dos hematomas en sendas regiones axilares, tumefacción local e incapacidad para la abducción y rotación externa.

**Resultados.** Tras las radiografías y el TAC se diagnostica al paciente de Fractura-luxación posterior subacromial con fractura-estallido del segmento articular por lesión de Hill-Sachs invertida y fractura del cuello quirúrgico, bilateralmente todo ello. El estado del paciente impidió la reducción y la cirugía durante 10 días por lo que se decidió colocar sendas prótesis invertidas de hombro en el mismo acto quirúrgico. Un año después el paciente tiene unos resultados excelentes de movilidad y dolor.

**Comentarios y conclusiones.** La incidencia de las luxaciones posteriores de hombro se estima en el 2% de todas las luxaciones de hombro, pero es difícil de averiguar exactamente el porcentaje debido a la frecuencia con la que este diagnóstico pasa desapercibido. La indicación de la prótesis invertida bilateralmente viene amparada por las importantes lesiones en el manguito rotador y cápsula articular asociadas con las importantes lesiones de stock óseo articular en cabeza humeral.

## CC 223

### FRACTURA PERIPROTÉSICA DE HÚMERO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Rodríguez Moro, C.; Tamburri Bariain, R.; Carreres Colón, F.J.; Ceballos Rodríguez; Castrillo Amores, M.A. y González Rodríguez, F.  
*Hospital Central de la Defensa "Gómez-Ulla". Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.*

**Introducción y objetivos.** En la literatura existe escasa información acerca del manejo de las fracturas periprotésicas de húmero tras hemiarthroplastia fuera del postoperatorio inmediato.

**Material y método.** Se presenta el caso de un paciente de 83 años, diestro, con hemiarthroplastia de hombro derecho 4 años antes. Tras caída accidental, se diagnostica fractura desplazada en tercios proximal-medio de húmero (Tipo A) Se realizó Reducción Abierta y Fijación Interna mediante placa con tornillos distales y cerclajes proximales al vástago.

**Resultados.** No hubo complicaciones intraoperatorias ni en el postoperatorio inmediato. El paciente fue dado de alta con inmovilización tipo sling. Comenzó la movilización a las 4 semanas. A las 15 semanas muestra un grado de movilidad similar al anterior a su ingreso.

**Comentarios y conclusiones.** Clasificación: Tipo-A con extensión proximal desde la punta del vástago, Tipo-B con extensión distal y Tipo-C que se producen distalmente y se extienden hacia la metáfisis. Factores a considerar en la indicación terapéutica son: el desplazamiento, la altura de la línea de fractura y la conservación del componente humeral. En las de Tipo-A y B puede intentarse un tratamiento conservador en función del desplazamiento con tratamiento quirúrgico a los 3 meses en el caso de no-unió. La cirugía puede ser Reducción Abierta y Fijación Interna ó Revisión Protésica en el caso de pérdida del componente humeral. El tratamiento conservador se recomienda en el Tipo-C. En este caso la cirugía de revisión no se empleó al mantenerse osteointegración entre la parte proximal del vástago y la metáfisis humeral.

## CC 224

### RECONSTRUCCIÓN POSTRAUMÁTICA TARDÍA DE FRACTURA COMPLEJA DE EXTREMO PROXIMAL DEL HÚMERO CON PLACA TITANIA

López Ruiz de Salazar, A.; López Alameda, S.; Alonso Benavente, A.; Cermeño Pedrosa, R.; Marín Guijarro, D. y Casal Grau, R.  
*Hospital General de Segovia.*

**Introducción y objetivos.** La fractura humeral es una de las fracturas más frecuentes (5% de todas). Entre los principales factores de riesgo están la edad, el sexo femenino, la osteoporosis y FR de caída (demencia, inestabilidad de la marcha,...).

**Material y método.** Paciente de 85 que es valorada por traumatismo en hombro derecho por caída tras mareo, secundario a fracaso renal agudo tras urografía intravenosa. En Rx: Fractura de la extremidad proximal del húmero derecho en tres fragmentos de Neer. Dados los antecedentes de la paciente (DM, IR, HTA, obesidad), la edad y el tipo de fractura, se decide un tratamiento conservador de la misma, mediante inmovilización con yeso colgante. En revisión a las cuatro semanas, se objetiva la no consolidación de la fractura y su desplazamiento secundario, por lo que se decide intervenir a la paciente para realizar la reducción abierta de la fractura y fijación interna con placa tipo Titania de tres agujeros.

**Resultados.** La paciente evoluciona favorablemente, por lo que es dada de alta hospitalaria al tercer día postoperatorio. Actualmente, la fractura se encuentra consolidada, la paciente está asintomática y presenta un rango aceptable de movilidad.

**Comentarios y conclusiones.** Es fundamental a la hora de enfocar el tratamiento más adecuado valorar no solo la fractura, sino las lesiones asociadas de partes blandas, anomalías previas del hombro y características propias del paciente. La reducción abierta y la fijación interna con placa Titania es una opción eficaz para el tratamiento de este tipo de casos.

## CC 225

### RESULTADOS DE LA REPARACIÓN QUIRÚRGICA DEL TENDÓN DEL PECTORAL MAYOR

Gómez Roig, C.; Calmet García, J.; García Forcada, I.; Gordillo Santiesteban, A. y Giné Gomà, J.

*Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona.*

**Introducción y objetivos.** La ruptura del tendón del pectoral mayor afecta a hombres jóvenes durante la práctica de actividades físicas donde se produce una contracción brusca excéntrica del pectoral con el hombro en abducción y rotación externa.

**Material y método.** Presentamos 4 casos de ruptura del músculo y del tendón del pectoral mayor. Todos varones con una edad media de 39 años (27-55 años). El diagnóstico fue clínico y se confirmó mediante resonancia magnética. La reparación quirúrgica en 3 casos fue antes de las 3 semanas y en 1 caso se demoró 3 meses, 2 de ellos mediante sutura y los otros 2 mediante anclajes transóseos. Los pacientes fueron valorados posteriormente mediante la Oxford Elbow Score y la DASH Score con un seguimiento medio de 54 meses (25-102 meses).

**Resultados.** Todos los pacientes presentaron una buena recuperación funcional con un balance articular completo de la extremidad afecta. Los resultados en la Oxford Elbow Score fueron una media 17 y en la DASH Score una media 2,1. En 2 casos se realizó resonancia magnética de control a los 3 y 8 meses que confirmó la reparación quirúrgica correcta.

**Comentarios y conclusiones.** La lesión del tendón del músculo pectoral mayor puede pasar desapercibida. Las técnicas de imagen nos confirman el diagnóstico y nos permiten determinar la localización, extensión y grado de retracción de la lesión que es determinante para el tratamiento. La reparación quirúrgica temprana permite la rápida recuperación del paciente a sus actividades habituales.

## CC 226

### COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA DE UNA PRÓTESIS INVERTIDA DE HOMBRO

Erdocia Pascual, J.; Blázquez Díez, P.; Ibor Ureña, I.; Merino Pérez, J. y Rabanal, E.

*Hospital de Cruces.*

**Introducción y objetivos.** Se presenta el caso de una mujer de 72 años que tras una intervención de artroplastia de hombro, presenta un neumotórax.

**Material y método.** Se trata de una mujer que presenta dolor e impotencia funcional del miembro superior derecho por una artrosis gleno-humeral asociada a una lesión del manguito de los rotadores, y que se decide la intervención mediante la artroplastia invertida de hombro. A las 48 horas de la intervención, la paciente presenta un cuadro de insuficiencia respiratoria secundario a un neumotórax apical.

**Resultados.** La paciente es tratada mediante un tubo torácico, resolviéndose el neumotórax siendo dada de alta. En un primer momento, se cree que es una complicación de la cirugía, dándonos cuenta que la paciente fue sometida a la anestesia locoregional (plexo interescalénico) con fines analgésicos previo a la intervención.

**Comentarios y conclusiones.** Los neumotórax secundarios a la cirugía y a los plexos interescalénicos no son muy frecuentes pero sí lo suficiente como para tener en cuenta ante un postoperatorio complicado con un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda

## CC 227

### UTILIDAD DE LA MALLA DE SUBMUCOSA INTESTINAL PORCINA EN LA CIRUGÍA DE RESCATE DEL MANGUITO ROTADOR

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

*Hospital FREMAP. Sevilla.*

**Introducción y objetivos.** La rotura del manguito rotador aparece en un 38-65% de los casos. Actualmente se está trabajando en biomateriales reforzantes de la sutura y su aporte biológico mediante factores de crecimiento. Nuestro objetivo es constatar 3 casos tratados mediante malla de submucosa intestinal porcina, así como, analizar las diversas alternativas actuales.

**Material y método.** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo donde consideramos edad, sexo, lateralidad, tiempos de intervención, afectación en RNM, número de arpones empleados y resultados de movilidad final en las escalas de Constant y de la Universidad de California Los Ángeles (UCLA).

**Resultados.** 3 varones, edad media de 49 ± 2.6 años. Utilizamos previamente 2.3 ± 0.5 arpones. Los 3 pacientes sufrieron roturas de la sutura, requiriendo el refuerzo ortobiológico de submucosa intestinal porcina Restore®. Los resultados finales fueron de 46.3 ± 10.6 puntos para el test de Constant, frente a los 18 ± 5.1 puntos para el test UCLA. Seguimiento de 17 ± 6.2 meses.

**Comentarios y conclusiones.** Consideramos de interés este estudio, dado el interés actual por hallar sustitutos tisulares para la reparación del manguito rotador. En nuestra experiencia, la submucosa intestinal porcina proporcionaría soporte biológico para manguitos cuya sutura ha resultado ineficaz, alcanzando una rigidez del tejido, según Schlegel, frente a las cargas generadas en rehabilitación mejor que para el grupo control (215 +/- 44 N/mm vs 154 +/- 63 N/mm, respectivamente; p = 0.03) y mejorías en el test de Constant para Badhe desde 41 puntos preoperatorios hasta 62 puntos postoperatorios (p = 0.003).

## INFANTIL (CC 228 - CC 281)

### CC 228

#### PSEUDOARTROSIS CONGÉNITA TIBIA

Tormo Martínez, S.; Peña Arantzibia, H.; Peña Baranda, J.L.; Lauzirika Uranga, I. y Monasterio Vicente, J.L.

*Hospital De Basurto, Bilbao.*

**Introducción y objetivos.** Se presenta el caso de un varón, sin alergias conocidas ni antecedentes de interés. Atendido en nuestro servicio a los 11 años de edad siendo diagnosticado de pseudoartrosis congénita de tibia izquierda.

**Material y método.** Se realizan varios intentos de resolver el cuadro mediante diferentes sistemas, desde fijación con agujas e injerto de cresta iliaca, a enclavado endomedular con nuevo injerto, hasta que en la actualidad se realiza osteotomía de perone y tibia más fijación con fijador externo tipo Orthofix.

**Resultados.** En la actualidad el paciente tiene 17 años y la corrección conseguida con este sistema es aceptable estando el paciente sin dolor y iniciando deambulación con bastones ingleses.

**Comentarios y conclusiones.** Tras los diferentes intentos de resolver la patología que se han realizado en este paciente, el cuadro se ha conseguido resolver mediante el uso de un sistema de fijador externo mototubular siendo en la actualidad muy aceptable la evolución del paciente.

## CC 229

### LIPOMA ARBORESCENTE DE RODILLA. A PROPÓSITO DE UN CASO

García Paños, J.P.\*; Salcedo Cánovas, C.\*; Cano Gea, R.\*; Valcárcel Díaz, A.\*; Fernández Sánchez, J.R.\* y Lisón Almagro, A.J.\*\*

\*Hospital Universitario Virgen De La Arrixaca (El Palmar-Murcia),

\*\*Hospital De Cieza (Cieza-Murcia).

**Introducción y objetivos.** El lipoma arborescente es una proliferación vellosa y lipomatosa de la membrana sinovial de carácter benigno. Esta rara entidad afecta generalmente a la articulación de la rodilla, pudiendo ser bilateral e incluso afectar a múltiples articulaciones.

**Material y método.** Paciente de 10 años de edad que presenta cuadro de gonalgia de dos años de evolución acompañado de limitación funcional y episodios recurrentes de derrame articular. Diagnosticada de monoartritis de características reumatoideas infantil con pruebas complementarias (Rx simple y RM iniciales sin hallazgos significativos) tratada con medidas físicas y terapia antiinflamatoria y corticoidea sin mejoría. Se repite RM evidenciando ocupación de fondos de saco por material lipomatoso dependiente de la sinovial. Se decide intervención quirúrgica con un primer tiempo artroscópico confirmando la imagen de RM. Ante la imposibilidad de resección por esta vía, se realiza una sinovectomía mediante abordaje parapatelar medial. El análisis histopatológico de la pieza confirma el diagnóstico de lipoma arborescente.

**Resultados.** Tras inmovilización ferulizada durante 15 días se inicia rehabilitación obteniendo a los tres meses un balance articular completo y deambulación indolora.

**Comentarios y conclusiones.** La verdadera etiología del lipoma arborescente es todavía desconocida. La Resonancia Magnética es muy útil en su diagnóstico y evolución y puede evitar la necesidad de biopsia sinovial. En su diagnóstico diferencial encontramos entidades tumorales (sinovitis vellonodular pigmentada, condromatosis sinovial...) y procesos articulares reumáticos. El tratamiento consiste en una sinovectomía completa, bien por vía artroscópica o bien mediante artrotomía.

## CC 230

### USO DE LA OSTEOTOMÍA EN MEDIA LUNA PARA LA DEFORMIDAD DE MADELUNG. A PROPÓSITO DE UN CASO

Oteo Maldonado, J.A.; Merino Carretero, P.; Calzada Expósito, V.; Alfaro Molero, R. y Rubio Vivanco, I.

Hospital de Fuenlabrada. Madrid.

**Introducción y objetivos.** La deformidad de Madelung consiste en una inclinación anterior y cubital de la carilla articular del radio y una protrusión dorsal de la extremidad distal del cúbito. Se ha asociado con la presencia del ligamento de Vickers, una banda fibrosa que une la metafisis radial con la primera fila del carpo. Va a producir en el paciente dolor y limitación de la pronosupinación. Por lo general se diagnostica en la adolescencia.

**Material y método.** Presentamos el caso de una adolescente de 13 años con dolor y deformidad de Madelung bilateral, en la que se realizó en ambas muñecas (no de forma simultánea) osteotomía en media luna en el plano antero-posterior y lateral, con sección del ligamento de Vickers y epifisiodesis de cúbito distal.

**Resultados.** A los dos años de evolución la corrección cosmética es significativa, a nivel radiográfico se han normalizado las relaciones entre los huesos, el arco de movilidad es completo y la paciente está completamente asintomática.

**Comentarios y conclusiones.** Gracias a la osteotomía en cuña logramos corregir la posición de la extremidad distal del radio y si además respetamos la articulación radio-cubital distal, conseguiremos unas relaciones entre los huesos más coherentes y por lo tanto se normalizará la función de la muñeca.

## CC 231

### HEMIEPIFISIODESIS EN HALLUX VALGUS JUVENIL

del Fresno Molina, J.A.; Abad Lara, J.A.; Ruiz Sanz, J.; Valdivieso García, J.L. y Carpintero Benítez, P.

Hospital Universitario Reina Sofía.

**Introducción y objetivos.** El hallux valgus juvenil es una patología predominantemente femenina siendo causa frecuente de consulta en traumatología infantil. Presenta una alta tasa de recidiva. La etiopatogenia se fundamenta en una excesiva laxitud articular y no esta sujeta a las demandas biomecánicas del calzado. Mostramos los resultados de la hemiepifisiodesis en I metatarsiano y en falange proximal como tratamiento quirúrgico del hallux valgus juvenil

**Material y método.** Presentamos una serie de seis casos tratados desde el año 2000 a 2009 en nuestro hospital. 5 niñas y 1 niño con una edad media de 11 años. El ángulo intermetatarsiano presenta una media de 18° y un ángulo del hallux de 30°. Todos los pacientes presentaban dolor y molestias con el calzado. La hemiepifisiodesis se trata de una técnica percutánea con destrucción de fisis lateral de I metatarsiano y fisis medial de la falange proximal de un 25% en ambos.

**Resultados.** Después de un seguimiento medio de 15 meses los pacientes están libres de clínica. La corrección del Angulo intermetatarsiano y del hallux valgus es de 8 grados y 10 grados respectivamente. No existió alteración del crecimiento del I metatarsiano.

**Comentarios y conclusiones.** El 40% de los pacientes con hallux valgus en la edad adulta presentaban clínica antes de los 10 años. La mayoría de los autores recomiendan el tratamiento del hallux valgus al evidenciar cierre radiológico de la fisis. La hemiepifisiodesis constituye una técnica adecuada para un tratamiento precoz de estas lesiones basándonos en el clásico tratamiento de las alteraciones angulares en fémur y tibia.

## CC 232

### SÍNDROME DE KIRNER. A PROPÓSITO DE 3 CASOS

del Fresno Molina, J.A.; Rodríguez Echegaray, C.; Toribio de Prado López, A.; Gálvez Pérez, M.J. y Carpintero Benítez, P.

Hospital Universitario Reina Sofía.

**Introducción y objetivos.** La enfermedad de Kirner es una enfermedad rara, variante de la camptodactilia, que provoca una incurvación en flexión y radial de la falange distal del 5 dedo de la mano. Normalmente es bilateral y asintomática.

**Material y método.** Presentamos 3 casos entre los años 1992 y 2009, 2 niñas y un niño con una edad media de diagnóstico de 11 años. Los 3 eran bilaterales. El 66% de los casos presentaban antecedentes familiares. Los pacientes acuden sin dolor, sin alteración funcional y consultando por cuestión estética. Se realizó diagnóstico diferencial con artropatía psoriásica, tuberculosis articular o proceso neoplásico.

Únicamente fue necesario el seguimiento en consultas externas y la información al paciente y familia.

**Comentarios y conclusiones.** La enfermedad de Kirner es una alteración del desarrollo de la inserción del tendón flexor profundo del 5 dedo. Supone una deformidad progresiva de la falange distal con incurvación de la uña. Su benignidad y la poca repercusión funcional hacen que el tratamiento conservador sea el más adecuado.

## CC 233

### FIJACIÓN INTERNA DE PSEUDOARTROSIS CONGÉNITA

#### DE CLAVÍCULA (PCC): DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA Y ALTERNATIVA DE MATERIAL

Cortés Alberola, S.; Soria, L.; Embodas, M.; Moya, E.; Pellejero, R.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

**Introducción y objetivos.** La elección de la placa adecuada para la fijación interna de una pseudoartrosis congénita de clavícula puede resultar problemática, por lo que muchos cirujanos creen necesaria la elaboración de una placa a medida. Presentamos el caso de una niña de 6 años tratada satisfactoriamente con una placa de metacarpiano de adulto.

**Material y método.** Paciente mujer de 6 años que presenta una pseudoartrosis congénita de clavícula derecha. Se observa una masa dolorosa en tercio medio de clavícula, que resulta móvil a la palpación. La movilidad del hombro permanece conservada. La radiografía y la TC muestran

esclerosis de los bordes óseos con cierre de la cavidad medular. Al inicio de la intervención se obtiene injerto de la cresta iliaca contralateral preservando el cartilago de crecimiento. La incisión se realiza longitudinalmente 2cm superior a la clavícula. Se resecan los extremos óseos y se realiza la apertura del canal medular mediante perforaciones. Se coloca el injerto estructural intercalary, y se reduce y estabiliza con la placa previamente moldeada.

**Resultados.** El postoperatorio inmediato fue satisfactorio, y hasta el momento la paciente ha presentado una buena evolución estética y funcionalmente.

**Comentarios y conclusiones.** Los extremos óseos, en una pseudoartrosis congénita de clavícula, están recubiertos de cartilago hialino, por lo que se descarta la curación espontánea. La resección de los bordes y el aporte de injerto es el tratamiento de elección ante una pseudoartrosis congénita de clavícula sintomática. Existen autores que defienden el enclavado endomedular con agujas de Kirchsner, y otros que prefieren la síntesis con placa, ambos con buenos resultados. Las placas para osteosíntesis de metacarpianos no ofrecen una estabilidad suficiente para su utilización en la cirugía de la clavícula del adulto, pero en niños puede ser una alternativa. Su versatilidad, capacidad para moldear tridimensionalmente y la posibilidad de bloquear los tornillos a la placa las sitúan como una alternativa económica y eficaz.

## CC 234

### TORTÍCOLIS IDIOPÁTICA INFANTIL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sanz Ruiz, P.; Argüello Cuenca, J.M.; Taberner Fernández, J.M.; Villa Martín, A.; González López, J.L. y Vaquero Martín, J.  
*Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Hoy en día en nuestro medio cada vez son más frecuentes las consultas al servicio de urgencias por molestias cervicales. Dentro de estos cuadros cabe destacar por su frecuencia, así como por su importancia clínica las tortícolis, si bien una patología en su mayoría banal, a veces son la primera manifestación de un cuadro mucho más importante.

**Material y método.** Se presenta un caso clínico de un varón de 9 años que acude a urgencias por una tortícolis no traumática siendo diagnosticado de tortícolis idiopática cuyo tratamiento fue collarín blando y analgesia. La evolución desfavorable obligo a realizar un TAC diagnosticando una subluxación C1-C2 que fue tratada mediante tracción cervical.

**Resultados.** El paciente a 1 año de evolución permanece asintomático con un rango articular normal.

**Comentarios y conclusiones.** La subluxación atlantoaxial rotatoria es una causa común de tortícolis en la infancia, y si se mantiene en el tiempo puede llegar a estructurarse, siendo importante para el diagnóstico una alta sospecha clínica. En casos precoces la tracción cervical es suficiente estando indicada la cirugía en situaciones donde se demuestre una inestabilidad importante.

## CC 235

### CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR "MONUMENTAL" EN LA RODILLA DE UN NIÑO DE 6 AÑOS

Pérez Mañanes, R.; Chana Rodríguez, F.; Villa García, A.; Narbona Cárceles, J.; Parra Grande, J. y Sanz Ruiz, P.  
*H.G.U. Gregorio Marañón. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Los cuerpos extraños son un problema común en las Urgencias pediátricas, aunque es poco frecuente que asocien compromiso intraarticular.

**Material y método.** Presentamos el caso de un niño de 6 años que sufre traumatismo directo sobre su rodilla derecha en flexión, asociando herida inciso-contusa anteroexterna con entrada de cuerpo extraño voluminoso intraarticular.

**Resultados.** Bajo anestesia general se procede a intervención quirúrgica urgente por vía artroscópica y control fluoroscópico, extrayendo el bloque en punta de tres centímetros más la arandela de un llavero modelo "Torre Eiffel".

**Comentarios y conclusiones.** Los cuerpos extraños intraarticulares producen reacciones fibróticas severas y extensas sinovitis. El diagnóstico y tratamiento artroscópico en las primeras 36-72 horas sigue siendo la mejor opción terapéutica. Este caso es poco habitual al afectar una región intraarticular y provocar bloqueo funcional.

## CC 236

### OSTEOMIELITIS SUBAGUDA MULTIFOCAL

Rovira Martí, P.; Provinciale Fatsini, E.; Iftimie, P.; Gordillo Santesteban, A. y Giné Gomà, J.  
*Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona. Tarragona.*

**Introducción y objetivos.** La osteomielitis subaguda es una infección hematogena del hueso caracterizada por un diagnóstico difícil debido a su clínica insidiosa, e inflamación moderada, con un cuadro sistémico de poca importancia y un patrón radiológico variado.

**Material y método.** Paciente hombre de 14 años que presenta gonalgia izquierda de 6 meses de evolución, de predominio nocturno, que cede con ibuprofeno. A la exploración se aprecia un dolor en fosa poplítea, sin calor, ni eritema. Se realizó una punción biopsia que resultó negativa. No presenta fiebre. Análítica con una VSG de 102 y una PCR de 0'2. En las radiografías y el TAC aparecen imágenes de osteólisis de metáfisis femoral. En la RM se aprecian múltiples lesiones de localización metafisaria. Se le realiza una gammagrafía en tres tiempos y leucocitos marcados informada como alta probabilidad de osteomielitis. Se realizó un tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico.

**Resultados.** Normalización de parámetros inflamatorios con disminución del número de lesiones en la RM al año de evolución.

**Comentarios y conclusiones.** La osteomielitis subaguda tiene mejor pronóstico que la aguda. En los niños suele afectarse la metáfisis por su mayor vascularización. La presentación radiológica en la que encontramos múltiples lesiones anulares bien definidas está poco descrita en la literatura. El tratamiento recomendado es el curetaje y el tratamiento postoperatorio antibiótico. Algunos autores han descrito que se puede realizar un tratamiento correcto con solo antibióticos dejando el desbridamiento para los casos en que no se obtenga una buena evolución o en los casos con un patrón radiológico agresivo.

## CC 237

### FRACTURA-LUXACIÓN MONTEGGIA DE DIAGNÓSTICO TARDÍO EN EDAD PEDIÁTRICA

Ripalda Marín, J.; Carbonel Bueno, I.; Gil Albarova, J.; Bregante Baquero, J.; Rebollo, S. y Herrera Rodríguez, A.  
*Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción y objetivos.** La luxación no diagnosticada de la cabeza radial en edad pediátrica es infrecuente y puede constituir un problema de difícil solución y ser causante de importantes complicaciones. En este caso clínico presentamos una fractura-luxación de Monteggia de antebrazo derecho no diagnosticada de forma aguda.

**Material y método.** Acudió a consultas una niña de 5 años para revisión de deformidad plástica tercio medio diáfisis cúbito derecho inmovilizada con férula yeso braquiopalmar con codo en flexión de 90° en un servicio de urgencias tres semanas antes. La radiografía de control mostraba signos de consolidación de la fractura de cúbito y luxación anterior de cabeza radial (Bado I) Se decidió la intervención quirúrgica: osteotomía cúbito, reducción abierta luxación cabeza radial, fijación con aguja Kirschner transcápitelar, reconstrucción del ligamento anular y férula braquiopalmar.

**Resultados.** A las tres semanas de la intervención se retiró la aguja y se colocó una nueva férula braquiopalmar que fue retirada definitivamente a las 6 semanas. Los controles radiológicos mostraban congruencia articular radiohumeral completa y consolidación del cúbito, sin desalineaciones ni alteraciones rotacionales. El balance articular es completo a los 3 meses de la intervención.

**Comentarios y conclusiones.** La habilidad para diagnosticar la luxación de la cabeza del radio en el momento de la lesión ha ayudado a prevenir el complejo problema de la luxación persistente de la cabeza del radio, cuya historia natural no es benigna y se asocia a limitación de la movilidad, deformidad, artritis degenerativa y neuropatías tardías. Los resultados del tratamiento son mejores en niños que en los adultos.

## CC 238

### ESTABILIZACIÓN EN ESPONDILOLISTESIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Natividad Pedreño, M.; López Alonso, S.; Riquelme García, O. y González López, J.L.  
*Servicio de Cirugía ortopédica y traumatología, Unidad de Ortopedia infantil. Hospital U. Gregorio Marañón, Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Podemos definir la Espondilolistesis como el deslizamiento o desplazamiento anterior de una vértebra sobre otra. Los cuerpos vertebrales craneales a la vértebra desplazada acompañan a la misma en su desplazamiento y, por tanto, toda la columna va a sufrir una modificación postural. Se conoce como espondilolisis a un defecto unilateral o bilateral de la pars interarticularis sin desplazamiento de la vértebra. Las espondilolistesis se clasifican dependiendo del origen de las mismas en tipo I o displásica (congénita), tipo II o istmicas, tipo III o degenerativas, tipo IV o postquirúrgica, tipo V o postraumática y tipo VI o patológicas. La clínica incluye dolor lumbar irradiado a gluteos y sensación de "tiratez" a nivel de isquiotibiales. En ocasiones presentan lordosis lumbar marcada y se suelen asociar con acortamiento de isquiotibiales y otras alteraciones (lumbarización de S1, sacralización de L5, espina bifida oculta, escoliosis lumbar, megaapófisis transversa, etc.). El diagnóstico suele ser radiográfico clasificándose la deformidad en 5 grados (Sistema de Calificación de Meyerding). El tratamiento varía dependiendo de la gravedad de la espondilolistesis.

**Material y método.** Paciente mujer de 15 años, derivada al servicio de ortopedia infantil por dolor lumbar irradiado a gluteos sin traumatismo previo de años de evolución. A nuestra exploración la columna se encuentra bien equilibrada, con una distancia dedo-suelo 40 cm, cifosis L5-S1, giba dorsal derecha de 10°, alineación lateral con hiperlordosis lumbar pero con una columna flexible, no se objetiva compromiso neurológico. Acude con una radiografía previa en la que se observa un defecto de fusión a nivel de apófisis espinosa de L5. Se solicitan nuevas radiografías y RMN. En las nuevas rxs anteroposterior y lateral (Fig. 1) se objetiva espondilolisis (espondilolistesis grado 5). Se completa el estudio con RMN (Fig. 2) en la que se observa el importante desplazamiento vertebral con estenosis del canal medular. Tras estudio preoperatorio completo se procede a laminectomía posterior completa de L5 (Técnica de Gill), disectomía completa de disco L5-S1, cruentado de carilla inferior de cuerpo de L5 y superior de cuerpo de S1, injerto de hueso iliofijado, intento de reducción de la espondilolistesis y fijación "in situ" según la técnica de Abdú con 2 tornillos desde pedículos de S1 a cuerpo de L5. Se comprueba la estabilidad de la fijación. El postoperatorio cursa sin complicaciones. Al 5º día postoperatorio se permite la sedestación y se realizan controles radiográficos, se inicia la deambulacion con corsé al 10º día y se procede a su alta a los 12 días post intervención con corsé tipo Boston que se mantuvo durante 6 semanas. Durante su seguimiento en consultas externas la paciente se encuentra asintomática, con una columna equilibrada, con buen perfil y elástica, distancia dedo-suelo 10 cm. Giba torácica derecha de 4º y leve hiperlordosis lumbar. A los 3 años de seguimiento la paciente continua asintomática.

**Comentarios y conclusiones.** Los niños pueden presentar espondilolistesis displásica o istmica. La primera es secundaria a defectos congénitos, mientras que la segunda con frecuencia resulta de una fractura por fatiga. Las espondilolistesis de grados I y II suelen ser asintomáticas, y está demostrado que es mejor no tratarlas quirúrgicamente. Solo estaría indicada la cirugía si existiera dolor intenso que no ceda a tratamiento. Alrededor del 20% de los pacientes con espondilolistesis sintomática requieren cirugía. Para los casos que presentan dolor severo que no responde a la terapia, o si el deslizamiento es severo, grados III y IV, o hay cambios neurológicos, está indicado el tratamiento quirúrgico que consiste en una artrodesis. Las indicaciones para la cirugía son: Espondilolisis aunque no haya compresión, ya que está modificada la estática del raquis, espondilolistesis que progresan de un examen radiográfico a otro y las espondilolistesis sintomáticas que no ceden al tratamiento médico. Actualmente el debate se centra en la necesidad o no de reducción previa a la fijación de la columna y en la técnica quirúrgica a realizar. Algunos autores (Moe, Scaglietti, Suezawa) defienden que el índice de pseudoartrosis y progresión del desplazamiento es muy elevado cuando la artrodesis se realiza "in situ". Por ello recomiendan corregir en primer lugar el desplazamiento vertebral, que debería quedar reducido, en condiciones ideales, a un grado II que permite recuperar el equilibrio vertebral. La terapia conservadora en los casos de espondilolistesis leve tiene éxito en más del 80% de los casos y cuando es necesario, la cirugía produce resultados satisfactorios en el 85 a 90% de los casos.

## CC 239

### SUBLUXACIÓN ROTATORIA C1-C2

Natividad Pedreño, M.; López Alonso, S.; Sanz Ruiz, P.; Gamero Donis, R. y López Valverde, S.  
*Servicio de Cirugía ortopédica y traumatología, Unidad de Ortopedia infantil. Hospital U. Gregorio Marañón, Madrid.*

**Introducción y objetivos.** El Síndrome de Grisel, descrito por primera vez en 1830, es una entidad clínica poco frecuente pero bien documentada. Se trata de una subluxación atlantoaxoidea (C1-C2) no traumática cuya etiopatogenia no está claramente establecida. Las causas probables incluyen alteraciones: Congénitas, traumáticas, inflamatorias, neurológicas, oculares, vestibulares, psicógenas así como iatrogénicas como resultado de alguna cirugía en cabeza y cuello. Los pacientes, característicamente, presentan tortícolis dolorosa, posible historia previa de fiebre y otros signos inespecíficos de infección. Los niños que tienen hiperlaxitud ligamentosa vertebral C1-C2 tienen mayor riesgo de sufrir el síndrome de Grisel cuando presentan cualquier cuadro de características inflamatorias, infecciosas o procesos quirúrgicos a nivel de cabeza y cuello. Fielding y Hawkins han propuesto una clasificación que subdivide a la subluxación rotatoria atlantoaxoidea en 4 tipos: Tipo I: Rotación simple sin desplazamiento anterior del atlas. Tipo II: Con desplazamiento anterior del atlas de 5 mm o menor. Tipo III: Desplazamiento anterior del atlas mayor de 5 mm. Tipo IV: Rotación y desplazamiento posterior del atlas.

**Material y método.** Paciente varón de 9 años de edad que acude al servicio de urgencias de nuestro hospital por tortícolis aguda sin traumatismo previo de 1 día de evolución. No presenta antecedentes de infección ni fiebre en los días previos.

A nuestra exploración presenta una limitación a la rotación lateral derecha sin limitación a la rotación lateral izquierda ni a la flexoextensión, no presenta clínica neurológica. Dolor a nivel de ECM bilateral. En las rxs AP, Lateral y transoral no se objetivan alteraciones a destacar, por lo que se inmoviliza con collarín blando y se deriva para seguimiento en consultas externas de TOI en 7 días. En consultas de TOI se observa que la clínica no ha mejorado, manteniendo la misma actitud rotacional, por lo que se decide su ingreso en planta con tracción cervical 24 horas al día. Durante su ingreso se completa el estudio con TAC de columna cervical, diagnosticándose de subluxación rotatoria C1-C2. Continúa con tracción cervical durante 3 días, mejorando clínicamente, por lo que se retira tracción de manera parcial durante 1 día más, manteniéndose con collarín blando. A los 5 días del ingreso se decide la retirada completa de collarín y tracción y se procede a su alta hospitalaria. En las revisiones periódicas (a los 7 días y al mes) presenta una movilidad cervical completa sin limitaciones, por lo que pasa a seguimiento a los 6 meses.

**Resultados. Comentarios y conclusiones.** El Sd. De Grisel es una situación relativamente rara, que aparece en la literatura habitualmente como casos únicos, su etiología es desconocida, estando relacionado con traumatismos, procesos infecciosos, etc. El diagnóstico suele ser clínico pero siempre precisa una confirmación radiográfica. En nuestro caso el diagnóstico se realizó mediante TAC que es el "patrón oro", se clasificó como Tipo I de Fielding y Hawkins y se trató de manera conservadora. En el diagnóstico diferencial se ha de tener en cuenta anomalía congénita de la columna cervical, tumores de fosa posterior y de médula espinal, traumatismos de columna, desórdenes oculares y vestibulares, distonía, así como efectos de medicamentos. Independientemente de la causa el manejo temprano consiste en inmovilización, tratamiento médico, tracción y fisioterapia. Los casos tardíos o tratados inadecuadamente pueden ocasionar una deformidad dolorosa por luxación rotatoria atlanto-axoidea que puede precisar reducción y fijación quirúrgica. Como complicaciones podemos destacar las alteraciones Vasculocerebrales y las compresiones por rotación de la arteria vertebral o por compresión de la unión bulbomedular por la apófisis odontoides que pueden poner en peligro la vida.

## CC 240

### DÉFICIT DE PRONO-SUPINACIÓN TRAS TRAUMATISMO EN CODO

García Paños, J. P.; Salcedo Cánovas, C.; Cano Gea, R.; Valcárcel Díaz, A.; Fernández Sánchez, J.R. y López Martínez, J.J.  
*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (El Palmar-Murcia).*

**Introducción y objetivos.** Bajo el término de fractura luxación de Monteggia se incluyen hoy día un complejo espectro de lesiones que incluyen la luxación de la cabeza radial en múltiples direcciones y combinaciones



lesionales del cúbito y del húmero distal. La habilidad para diagnosticar precozmente estas lesiones ha ayudado a prevenir el complejo problema de la luxación persistente de la cabeza del radio.

**Material y método.** Niño de 8 años que presenta pronosupinación anulada y déficit de extensión completa en codo izquierdo tras la retirada de inmovilización braquiopalmar, diagnosticado de fractura sin desplazamiento de cúbito proximal. Presenta deformidad de codo en valgo con inestabilidad lateral. Palpación dolorosa y abultada en cara anteroexterna. Las pruebas complementarias muestran consolidación viciosa de fractura subcapital de radio con luxación anterior radiocapitelar desapercibida previamente. Con diagnóstico de equivalente de Monteggia, tipo I de Bado, inveterado, se realiza reparación quirúrgica mediante osteotomía de reangulación radial, reconstrucción de ligamento anular según técnica de Bell Tawse modificada y artrodesis temporal radiocapitelar. Yeso braquiopalmar en 90° de flexión y supinación completa durante 6 semanas.

**Resultados.** A las 6 semanas se retiró yeso y aguja e inició rehabilitación con controles radiográficos seriados satisfactorios. La flexoextensión máxima se alcanzó en las primeras semanas, la pronosupinación mejoró hasta valores funcionales a partir de los 3 meses. No signos de inestabilidad ni puntos dolorosos.

**Comentarios y conclusiones.** La exploración minuciosa de las articulaciones proximales y distales a la lesión de antebrazo va a reducir al máximo que puedan pasar desapercibidas este tipo de lesiones.

Las pruebas de imagen deben incluir la articulación proximal y distal.

## CC 241

### ARRANCAMIENTO TTA EN ADOLESCENTES: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Castells García, G.; Aparicio García, P.; Castro Ruiz, J.; Salazar Fernández de Erenchun, J. y Albertí Fitó, G.  
*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** Los arrancamientos de la tuberosidad tibial anterior (TTA) son poco frecuentes y su tratamiento varía en función de la extensión y del desplazamiento de la fractura.

**Material y método.** Presentamos los casos de dos varones de 14 y 15 años de edad que durante una actividad deportiva sufrieron sendos arrancamientos de la TTA. El diagnóstico fue clínico y radiológico, objetivándose el trazo de fractura fisario que en ambos se extendía a la epífisis proximal de la tibia (epifisiolisis tipo III de Salter-Harris). Ambos casos se engloban en el tipo III de la clasificación de Watson-Jones para este tipo de fracturas.

**Resultados.** En ambos casos se optó por tratamiento quirúrgico, con una latencia de 6 y 15 horas hasta la cirugía. En el primer caso se realizó osteosíntesis con 2 tornillos de esponjosa asociado a un reanclaje del tendón rotuliano con una grapa y un arpón tras observarse su arrancamiento e interposición en el trazo de fractura. En el segundo caso se practicó osteosíntesis con 1 tornillo de esponjosa. Se añadió inmovilización con yeso tipo calza para carga parcial y crupédico en descarga respectivamente. Tras una inmovilización de 6 semanas en ambos casos se inicia rehabilitación con ortesis de control de flexo-extensión. En estos momentos ambos pacientes se encuentran en fase de seguimiento.

**Comentarios y conclusiones.** Los arrancamientos fisarios de la TTA son muy poco frecuentes y suelen ocurrir en la adolescencia durante la actividad deportiva. El tratamiento quirúrgico de las fracturas desplazadas ofrece buenos resultados clínicos y radiológicos.

## CC 242

### PSEUDOARTROSIS SUBTROCANTÉRICA EN CADERA MULTIOPERADA POR DISPLASIA DEL DESARROLLO

Áboli Martínez, L.; Legorreta, G.; Araza Contreras, E.J.; Mora Fernández, M.I.; Hernández Fernández, G. y Blanco Pozo, A.  
*Complejo Asistencial General Yagüe, Burgos.*

**Introducción y objetivos.** La displasia congénita de cadera comprende desde la inestabilidad simple, hasta el desplazamiento completo de la cabeza femoral y acetábulo anómalo. La incidencia está entre 1-2 por cada 1000 nacidos vivos. El tratamiento depende del tipo y duración de la luxación, edad del paciente y grado de desplazamiento de la cabeza femoral. Objetivos: conocer la tórpida evolución del tratamiento quirúrgico de una displasia del desarrollo de la cadera y evaluar el tratamiento de rescate.

**Material y método.** Varón de 6.5 años, operado 5 veces por Displasia del Desarrollo de la Cadera: reducción cerrada, reducciones abiertas, osteotomías de acortamiento, implantándose 3 veces placa trocantérica y Agujas de Kirschner, retirada del material de osteosíntesis por sospecha de infección, momento en el cual ingresa en nuestro Servicio con una Displasia del Desarrollo de la Cadera, Pseudoartrosis subtrocantérica y acortamiento de 5 centímetros de la extremidad inferior.

**Resultados.** Se realiza reducción abierta de la cadera, liberación de partes blandas, desbridamiento del foco de pseudoartrosis, injerto autólogo de hueso, proteína morfogenética, osteosíntesis con placa DHS 145°, osteotomía iliaco tipo Pemberton, Agujas de Kirschner más yeso tipo espica.

**Comentarios y conclusiones.** La osteotomía iliaca redujo el índice acetabular hasta 20°, y junto con la reducción abierta y liberación de partes blandas se obtuvo una buena cobertura acetabular y centraje de la cabeza femoral. El foco de pseudoartrosis fue desbridado hasta obtener tejido óseo sangrante, favoreciendo la osteogénesis con injerto de hueso autólogo, proteína morfogenética y una síntesis estable con la placa DHS.

## CC 243

### FRACTURA DE TUBEROSIDAD TIBIAL ASOCIADA A AVULSIÓN DEL TENDÓN ROTULIANO

Fernández Bautista, A.; Minguell Monart, J.; Velez Villa, R. y Álvarez, S.  
*H. Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas – arrancamiento a nivel de la tuberosidad tibial son lesiones infrecuentes, entre el 0,4 y el 2,7%, que afectan principalmente a jóvenes en edad adolescente (13-16 años). El mecanismo originario de la lesión suele estar ligado con actividades deportivas o de juego, como por ejemplo el fútbol, básquet, etc. Biomecánicamente la avulsión de la tuberosidad se da cuando la tracción del ligamento rotuliano supera la resistencia tanto de la fisis, como de su pericondrio i periostio adyacente. Nuestro objetivo es presentar un caso de fractura tuberosidad asociada a avulsión del tendón rotuliano y su tratamiento.

**Material y método.** Varón de 14 años sin antecedentes patológicos de interés que acude a urgencias con deformidad en la cara anterior de rodilla derecha junto con impotencia funcional y derrame. Se realizan radiografías en AP y P donde se objetiva fractura de la tuberosidad tibial (Clas. Odgen Tipo IIA) desplazada. Se realiza cirugía donde se descubre una desinserción completa del tendón rotuliano además de la fractura previamente descrita. Se vuelve a reinsertar el tendón mediante 2 suturas transoseas y síntesis con 2 tornillos canulados, intentando respetar la línea fisaria. Se mantiene post operatoriamente inmovilizado con yeso cruro – pédico.

**Resultados.** Se mantuvo al paciente durante 5 semanas en descarga. Posteriormente se inicio ejercicios de movilización activa y pasiva, con ganancia progresiva de balance articular y sin déficits del aparato extensor.

**Comentarios y conclusiones.** Las fracturas con arrancamiento del tendón rotuliano son lesiones poco frecuentes pero que se tienen que tener en cuenta. Hay artículos publicados, como los de Uri Frank et al en 1990 donde proponen incluso añadir el subgrupo C a la clasificación de Odgen (cuando coexiste dicha avulsión del tendón rotuliano). Es importante un buen diagnóstico para evitar déficits del aparato extensor. La fijación con sutura transosea asociada a la síntesis con 2 tornillos canulados de esponjosa a resultado una síntesis estable y con un buen resultado post operatorio.

## CC 244

### FRACTURA DE TOBILLO EN NIÑOS, UN CASO INFRECUENTE: PRONACIÓN-EVERSIÓN-ROTACIÓN EXTERNA SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE DIAS-TACHDJIAN EN SU VARIANTE DE SALTER Y HARRIS II, TRANSEPIFISARIA A TRAVÉS DE MALÉOLO MEDIAL

Gallo Padilla, D.; Galadi Fernández, M.L.; Alcántara Atienza, J.A.

y Requena Sánchez, F.

*Hospital Universitario Virgen de Las Nieves. Granada.*

**Introducción y objetivos.** Dentro del campo de las fracturas fisarias de tobillo en niños, existen variantes más frecuentes y por tanto, más estudiadas, y otras menos frecuentes, con menos referencias bibliográficas tanto en el tratamiento como en los resultados finales. El objetivo es

valorar el tratamiento realizado en una variante poco frecuente y comprobar el resultado funcional del mismo.

**Material y método.** Se presenta el caso clínico de un paciente varón de 12 años que, a consecuencia de un traumatismo deportivo, sufrió una fractura por pronación-eversión-rotación externa (clasificación de Dias-Tachdjian, según el mecanismo de lesión) en su variante menos frecuente (fractura transepifisaria a través del maléolo medial Salter-Harris II), con deformidad plástica del peroné y apertura de la sindesmosis. Se le practicó una reducción abierta y osteosíntesis con dos agujas de kirschner y un cerclaje en el maléolo medial con sutura irreabsorbible, y se inmovilizó inicialmente con una férula de yeso.

**Resultados.** El material de osteosíntesis se retiró a los dos meses. En el momento actual, la movilidad activa y pasiva son completas, el paciente no presenta clínica dolorosa y no se han encontrado complicaciones durante el proceso.

**Comentarios y conclusiones.** Generalmente se describe que las lesiones que afectan a las fisis distales de tibia y peroné suponen del 25% al 30% de todas las fracturas fisarias. Entre todas ellas, existen algunas variantes menos frecuentes y que incluso reproducen patrones de fractura similares a los del adulto. Lo particular del caso que presentamos comparando con la bibliografía actual, es lo poco habitual que resulta la lesión descrita.

## CC 245

### LUXACIÓN INTERFALÁNGICA DISTAL DEL SEGUNDO DEDO DEL PIE. REDUCCIÓN ABIERTA EN NIÑO DE 10 AÑOS

García Paños, J.P.; Puertas García-Sandoval, J.P.; Valcárcel Díaz, A.; Cano Gea, R.; Fernández Sánchez, J.R. y Escámez Pérez, A.  
*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (El Palmar-Murcia).*

**Introducción y objetivos.** Las luxaciones metatarsofalángeas e interfalángeas son infrecuentes en los niños. Suelen deberse a traumatismos directos. La reducción cerrada suele ser suficiente. Presentamos un caso en el que la luxación interfalángica distal era irreductible por interposición volar de la cápsula articular.

**Material y método.** Paciente varón de 10 años que presenta hematoma, inflamación, deformidad y dolor a la movilización pasiva y activa del 2º radio del pie izquierdo tras traumatismo directo. Las radiografías muestran una luxación interfalángica distal con desviación de falange distal hacia dorsal. Se intenta la reducción cerrada mediante maniobras de tracción bajo anestesia local y control con radioscopia resultando infructuosa. Se decide reducción abierta mediante abordaje dorsal a nivel de la interfalángica distal, se expone la articulación mediante tenotomía longitudinal del tendón extensor poniéndose de manifiesto la luxación y su irreductibilidad por interposición de la cápsula articular ventral. Se reduce y se estabiliza con una aguja intramuscular.

**Resultados.** La aguja se retira a los 12 días manteniéndose la sindactilia y permitiendo la carga parcial inmediata y la carga total a las tres semanas tras la cirugía. Se consigue balance articular completo no doloroso a la deambulación.

**Comentarios y conclusiones.** La reducción abierta de las luxaciones interfalángeas del pie en niños es obligatoria en caso de irreductibilidad por métodos cerrados. El abordaje dorsal proporciona una adecuada visión y posibilita la reducción.

## CC 246

### SÍNDROME DE BANDAS AMNIÓTICAS

Quintana Cruz, J.J.\*; Quintana Del Olmo, J.J.\*\*; Beltrán Caro, J.M.\*; Sedeño López, S.\* y Lara Pulido, F.J.\*  
*\*Hospital Infanta Elena (Huelva), \*\*Hospital Infantil, HHUU Virgen del Rocío (Sevilla).*

**Introducción y objetivos.** El síndrome de las bandas amnióticas es un trastorno congénito infrecuente, de etiología desconocida, que se caracteriza por la presencia de bandas de constricción durante el período fetal. Ésto interfiere con el normal desarrollo del feto, apareciendo al nacimiento un espectro de alteraciones anatómicas que va desde bandas que afectan únicamente a la piel y el tejido subcutáneo, hasta la aparición de malformaciones en manos y pies, e incluso amputación congénita de dedos.

**Material y método.** Presentamos un caso de síndrome de bandas amnióticas en un recién nacido, con malformaciones en las manos y los pies, y una gran banda amniótica a nivel del muslo derecho, donde se realizó la resección de dicha banda de contricción.

**Resultados.** Presentamos el resultado de la cirugía realizada en este caso, donde intervinieron cirujanos ortopédicos y cirujanos plásticos.

**Comentarios y conclusiones.** Actualmente, el tratamiento de elección para los casos diagnosticados "in utero", es la liberación fetoscópica de las bandas de contricción. Para aquellos casos diagnosticados tras el parto o en aquellos casos donde no fue posible la cirugía fetoscópica, el tratamiento de elección es la resección de la banda amniótica, con reconstrucción de la piel mediante colgajos o injertos, además de las distintas técnicas para la corrección de las malformaciones en manos y pies.

## CC 247

### TRATAMIENTO DE FRACTURA PATOLÓGICA POR ENCONDROMATOSIS FEMORAL Y GENU VALGO CON FIJADOR EXTERNO Y HEMIEPIFISIODESIS

López Alameda, S.; López Ruiz de Salazar, A.; Alonso Benavente, A. y González Herranz P.  
*Hospital General de Segovia, Hospital Teresa Herrera. La Coruña.*

**Introducción y objetivos.** El encondroma es un tumor benigno formador de cartilago maduro sin signos de malignidad. Suele ser solitario aunque puede presentarse de forma poliostótica. Su localización principal es en los huesos largos de las manos, aunque también aparece en otros como fémur, húmero... Generalmente son asintomáticos por lo que el diagnóstico se establece en ocasiones tras fractura patológica o por desviaciones axiales de los miembros.

**Material y método.** Niña de 10 años, vista en la consulta por genu valgo, que acude a urgencias por dolor y deformidad del fémur derecho tras traumatismo banal. Neurovascular distal conservado. Rx: fractura patológica diafisaria sobre encondromatosis femoral y genu valgo. Se estabiliza la fractura mediante fijador externo Orthofix® y se realiza una hemiepifisiodesis temporal mediante placa en ocho en fisis femoral distal medial. Se mantiene el fijador externo durante 3 meses, hasta la consolidación de la fractura tras los que se retira el cuerpo del mismo y se permite apoyo progresivo hasta consolidación completa y retirada de los pines en consulta externa. Igualmente se evidencia la corrección angular del genu valgo de forma parcial y a los 9 meses se realiza RMO de la placa en 8.

**Resultados.** En el momento actual la paciente con 12 años presenta una discrepancia de 3 cm a expensas de fémur y desviación en valgo leve pendiente de evolución y compensación definitiva.

**Comentarios y conclusiones.** Las fracturas de fémur a esta edad se pueden tratar ortopédicamente o mediante cirugía: placa atornillada AO, enclavado intramedular elástico o mediante fijación externa como primeras opciones.

## CC 248

### POLIDACTILIA POSTAXIAL DEL PIE

Merino Pérez, J.; Campos Alonso, O.; Regina Cobos Prada, M.; Ibor Ureña, I.; Martínez de la Llana, O. y Rodríguez Palomo, J.M.  
*Hospital de Cruces. Vizcaya.*

**Introducción y objetivos.** La polidactilia es una de las anomalías más frecuentes del pie. Las formas postaxiales desarrolladas a expensas del quinto rayo, ensanchar el pie y plantear problemas para el calzado, pero también para el apoyo.

**Material y método.** Niña de 2 años afecta de un quinto rayo supernumerario en el pie izquierdo que comienza a caminar con alteración en el apoyo podal. Se realiza exéresis del rayo más próximo al eje del pie, disecando el tronco neurovascular asociado.

**Resultados.** La paciente se recuperó sin incidencias reseñables, ni trastornos tróficos o funcionales aparentes.

**Comentarios y conclusiones.** En el tratamiento de la polidactilia postaxial, no siempre se debe conservar el dedo más próximo del eje del pie. Se debe resear la malformación más importante, aunque los resultados estéticos no siempre sean buenos, las secuelas funcionales suelen ser raras.

## CC 249

### LAMINECTOMÍA CERVICAL Y NECESIDAD FIJACIÓN

Sanz Ruiz, P.; Valverde, S.; Cubillo, F.; Villa Martín, A.; Riquelme García, O. y González López, J.L.  
Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

**Introducción y objetivos.** Actualmente la cifosis postlaminectomía es una causa poco frecuente de cifosis en la población infantil. No obstante su incidencia puede llegar al 30% de las laminectomías.

**Material y método.** Presentamos un caso de un paciente de 16 meses al que se le realizó en otro centro una laminectomía descompresiva secundaria a un compromiso medular a nivel cervical por invasión tumoral de un ganglioneuroblastoma cervicotorácico, que acude a nuestro centro por presentar una cifosis cervical con hemiparesia derecha secundaria a inestabilidad medular.

Tras estudios clínico-radiológicos, el paciente es intervenido de manera multidisciplinar por el equipo de c.pediatra y el de TOI, realizándosele la extirpación de los restos tumorales, así como discectomía C7-T4 por abordaje anterior más artrodesis anterior osea con injerto autólogo de costilla y posterior colocación de chaleco halo.

**Resultados.** El paciente permanece con el halo chaleco a la espera de la consolidación de la artrodesis para la valoración de la necesidad de realizar un tiempo posterior.

**Comentarios y conclusiones.** La cifosis es la deformidad más frecuente después de laminectomía, especialmente cuando esta se realiza a varios niveles, siendo mayor en menores de 15 años y cuanto más alto es el nivel en el que se realizaba. Una vez iniciada la deformidad, el tratamiento ortopédico carece de buenos resultados, siendo la utilidad de este el retrasar la corrección quirúrgica hasta que el paciente sea mayor, cuando se le realizará una artrodesis con el fin de estabilizar el segmento afectado.

## CC 250

### COSTILLA DE TITANIO EXPANSIBLE Y SU APLICACIÓN EN ESCOLIOSIS CONGÉNITAS

Del Río Arteaga, M.; Chacon Cartaya, S.; Lázaro González, A.; Mellado Castellero, J.M. y Farrington Rueda, D.  
HH.UU. Virgen Del Rocío. Sevilla.

**Introducción y objetivos.** El sistema VEPTTR es un sistema torácico tridimensional diseñado para el tratamiento de deformidades complejas de la pared torácica o de la columna vertebral con incapacidad del tórax para mantener la respiración normal o el crecimiento pulmonar en el caso de escoliosis congénitas muy marcadas.

**Material y método.** Presentamos nuestra experiencia con dicho sistema en dos casos de enfermos con escoliosis congénita marcada que presentaban dificultad respiratoria asociada.

**Resultados.** Los implantes se sujetaron perpendicularmente a las costillas naturales del paciente (punto de sujeción superior) y a una vértebra lumbar o al ilion (punto de sujeción inferior) a través de una incisión normal de toracotomía con toracostomía en cuña de apertura. Los resultados funcionales inmediatos postcirugía fueron positivos con una mejora de la capacidad pulmonar, la sedestación y la deambulacion importantes.

**Comentarios y conclusiones.** Consideramos este sistema de elección para el tratamiento de escoliosis congénitas complejas con síndrome de insuficiencia respiratoria asociado.

## CC 251

### RESULTADOS RADIOLÓGICOS DE LA CIRUGÍA DEL PIE PLANO INFANTIL MEDIANTE IMPLANTE DE GIANNINI. REVISIÓN DE 21 CASOS

Estella Nonay, R.; Torres Campos, A.; Bello Nicolau, M.L.; Seral García, B. y Seral Iñigo, F.  
H. Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

**Introducción y objetivos.** Los resultados de los múltiples estudios que han revisado los sistemas de artroereisis subastragalina en el tratamiento del pie plano infantil no son unánimes. Pese a ello; al menos, a corto plazo parece que mantienen la reducción de la deformidad y mejoran la clínica y radiología; sobre todo cuando se asocian a otros procedi-

mientos. Uno de estos sistemas correctores del pie plano es el implante diseñado por Giannini; el cual actúa como una cuña, que colocada en el seno del tarso limita la rotación externa del calcáneo y la rotación interna del astrágalo restringiendo la pronación en la articulación subastragalina.

**Material y método.** En el presente trabajo se han revisado los resultados radiológicos obtenidos en 21 pies planos de 13 niños intervenidos con el implante reabsorbible de Giannini desde el año 2002 hasta el año 2008 en nuestro hospital.

**Resultados.** Estos pacientes fueron seguidos durante una media de 18 meses y se analizaron sus radiografías en carga tanto preoperatorias como postoperatorias (la primera y la última durante el seguimiento). De ellas se obtuvieron, entre otros, los datos de los ángulos astrágalo-primer metatarsiano e inclinación calcánea en las proyecciones laterales y los ángulos astrágalo-primer metatarsiano y astrágalo-calcáneo en las proyecciones anteroposteriores. Los ángulos que más se corrigieron fueron los talo-primermetatarsiano y el de inclinación calcánea lateral.

**Comentarios y conclusiones.** Pese al pequeño tamaño de la muestra, el implante de Giannini demostró ser un instrumento útil para el cirujano ortopédico infantil en la corrección, al menos radiológica, del pie plano infantil.

## CC 252

### AVULSIONES DE LA TUBEROSIDAD ANTERIOR DE LA TIBIA EN ADOLESCENTES

Álvarez, S.; Fernández, A.; Minguell, J.; García-Fontecha, C. y Aguirre, M.

**Introducción y objetivos.** Las avulsiones de la tuberosidad anterior de la tibia son lesiones infrecuentes que suelen afectar a adolescentes. Es importante identificar el tipo de fractura y en ocasiones aportar exploraciones complementarias para realizar una buena planificación preoperatoria. Las complicaciones también son infrecuentes pero hemos de tenerlas en cuenta, principalmente el síndrome compartimental por las repercusiones que supone.

**Material y método.** Presentamos 4 casos de pacientes adolescentes con avulsiones de la TTA. Según la clasificación de Ogden tuvimos 1 caso tipo I, 1 tipo II y 2 tipo III. Se realizaron pruebas complementarias como la RMN en las lesiones tipo III para identificar la extensión a nivel intraarticular. El tratamiento de la lesión de tipo I fue conservador a través de un yeso crurópédico. En los casos tipo II y III se optó por un tratamiento quirúrgico, reducción abierta y fijación interna con tornillos canulados de 3.5 mm. Los arrancamientos meniscales se repararon mediante sutura. En el postoperatorio se colocó un yeso crurópédico durante 4-6 semanas, posteriormente una férula intermitente 2 semanas iniciando ejercicios suaves y activos de cuádriceps.

**Resultados.** Se consiguieron buenos resultados con el tratamiento quirúrgico, logrando la incorporación a las actividades de la vida diaria y un rango de movilidad completo. No se observaron complicaciones adicionales.

**Comentarios y conclusiones.** Las deformidades son poco frecuentes ya que los pacientes que suelen sufrir este tipo de lesiones están cerca del fin de la maduración esquelética. Se ha de conseguir una buena reducción de los fragmentos y limpiar el foco, ya que es frecuente la interposición del periostio. En ocasiones deberíamos plantearnos realizar fasciotomías profilácticas para evitar síndromes compartimentales por lesiones de la recurrente tibial anterior.

## CC 253

### FRACTURAS EN PARÁLISIS CEREBRAL ASOCIADAS A ÁCIDO VALPROICO

Medina León, N.; Corrales Díaz, A.; Camacho Serrano, F. y Carpintero Lluch, R.  
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

La parálisis cerebral se describe como un grupo de trastornos del desarrollo psicomotor, que causa una limitación de la actividad del enfermo, atribuida a problemas en el desarrollo cerebral del feto o del niño. Su incidencia en países desarrollados es aproximadamente de 2-2,5/1000 nacimientos. Existen varios tipos de parálisis cerebral y cada paciente puede presentar una amplia variedad de síntomas. Las manifestaciones ortopédicas más frecuentes son espasticidad, deformidades angulares,

variaciones en el tono muscular, fracturas, etc. Presentamos un caso de varón de 3 años con tetraplejía espástica-distónica por encefalopatía prenatal, pie zambo bilateral y epilepsia. Consulta derivado de Pediatría por presentar irritabilidad de 1 día de evolución y edema en rodilla izquierda con ligero aumento de temperatura. Se diagnóstica de fractura supracondilea fémur izquierdo y extremo proximal húmero derecho, sin antecedente traumático. Teniendo en cuenta su tratamiento habitual con ácido valproico, se planteó la posible relación entre dicho fármaco y las fracturas. La literatura médica confirma la relación entre el uso de ácido valproico y la aparición de fracturas sin antecedente traumático, ya que los antiepilépticos provocan una disminución de la densidad ósea en la infancia y en la adolescencia.

## CC 254

### FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD TIBIAL ANTERIOR DE LA TIBIA EN VARÓN ADOLESCENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Colino Castro, A.; Puente Lozano, A. y Urda Martínez-Aedo, A.  
*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** La fractura de tuberosidad tibial anterior en un paciente joven es una lesión poco frecuente. En los casos en los que ocurre suele tratarse de pacientes en torno a los 13-17 años, durante la actividad deportiva, normalmente al terminar la batida en deportes de salto.

**Material y método.** Varón de 15 años, que acudió a urgencias tras sentir un dolor brusco en la rodilla derecha jugando al baloncesto. Se realizaron radiografías simples y TAC objetivándose una fractura de la tuberosidad tibial grado III de Watson-Jones, con prolongación del trazo fracturario a la epífisis tibial proximal. Se realizó reducción abierta y fijación interna mediante tornillos canulados.

**Resultados.** El paciente presentó una reducción anatómica de la fractura. Se inmovilizó la articulación durante 5 semanas, realizando después ejercicios de rehabilitación para la flexo-extensión. No presentó recurrencia ni rigidez posterior.

**Comentarios y conclusiones.** Existe escasa casuística de este tipo de lesiones en la literatura en lo que al grado III de Watson-Jones se refiere coincidiendo los autores en la reducción abierta y fijación interna de forma precoz como método de elección de tratamiento. La buena evolución del paciente en este caso permiten aconsejar este tratamiento.

## CC 255

### FRACTURAS EN EDAD INFANTIL: ESPINA TIBIAL ANTERIOR

Pérez Sánchez, A.; Corbacho Sánchez, V.; Ramos Pérez, M.J.; Macías Moreno, E.; Soler Nonell, G. y Uceda Carrascosa, P.  
*Hospital SAS Jerez de la Frontera.*

**Introducción y objetivos.** La fractura de espina tibial anterior es una lesión poco frecuente, ocurre principalmente en niños y adolescentes debido a la fortaleza del ligamento cruzado anterior (LCA) y a la relativa debilidad de la porción osteocartilaginosa de la espina tibial. Su ocurrencia está ligada muy ligada a la práctica deportiva por traumatismos directos o indirectos.

**Material y método.** Niña de 10 años que sufrió un traumatismo directo sobre la rodilla izquierda tras caída de la bicicleta, presentando inflamación de la misma asociado a derrame articular, dolor y limitación funcional de la rodilla afecta. La radiología nos permitió el diagnóstico de fractura de espina tibial anterior tipo II según la clasificación de Meyers y McKeever. Ante la reducción incompleta de la fractura con la rodilla en hiperextensión se procedió al tratamiento quirúrgico mediante artroscopia, reduciendo y fijando el fragmento con tornillos canulados por vía percutánea, evitando atravesar la fisis.

**Resultados.** La evolución de la paciente ha sido favorable, presentando en la actualidad una rodilla estable y rango de movilidad completo.

**Comentarios y conclusiones.** Si la lesión no se reduce en extensión, que es cuando el LCA, la grasa de Hoffa y los condilos laterales comprimen el fragmento sobre su lecho, sería necesario el tratamiento quirúrgico ya sea vía abierta o laparoscópica y la fijación con sutura, agujas o tornillos. Todo ello para evitar la laxitud articular por insuficiencia del LCA y la artrosis postraumática tardía. El 90% evoluciona favorablemente pero hasta un 40% puede presentar una laxitud anormal del LCA.

## CC 256

### ENCONDROMATOSIS MÚLTIPLE: SÍNDROME DE OLLIER

Ripalda Marin, J.; Carbonel Bueno, I.; Gil Albarova, J.; Bregante Baquero, J.; Rebollo González, S. y Herrera Rodríguez, A.  
*Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción y objetivos.** La encondromatosis múltiple es un trastorno sistematizado no hereditario del esqueleto caracterizado por la persistencia y proliferación anormal de tejido cartilaginoso dentro del hueso, con extensión y distribución variables y que ocasiona acortamiento y deformidad ósea secundariamente.

**Material y método.** Presentamos el caso de una niña de 12 años de edad con encondroma ya conocido en fémur derecho que con el crecimiento ha producido una extremidad inferior derecha acortada y deformidad en varo, así como cojera y marcha claudicante. Se decide tratamiento quirúrgico: osteotomía diafisaria femoral correctora y fijación externa con distracción progresiva del foco.

**Resultados.** La paciente es dada de alta hospitalaria a los dos días de la intervención y permanece en descarga absoluta de la EID durante 8 semanas con las instrucciones precisas para realizar la distracción diaria y estimulando la flexoextensión activa de la rodilla derecha. Se ha logrado una distracción de 4 cm y corrección del varo de fémur con formación de abundante callo con mejoría del mecanismo de la marcha y reanudación de su vida normal sin restricciones de ningún tipo.

**Comentarios y conclusiones.** El síndrome de Ollier es una forma topográfica de las muchas que puede adoptar la encondromatosis que se caracteriza por su unilateralidad y asimetría. Es muy importante el diagnóstico diferencial con la exóstosis cartilaginosa múltiple y la displasia ósea metafisaria. El tratamiento es quirúrgico en caso de lesiones de gran tamaño, degeneración maligna o incapacidad funcional por acortamiento y deformidad de miembros.

## CC 257

### FRACTURAS DE OLECRANON EN NIÑOS: A PROPÓSITO DE 11 CASOS

Arjona Giménez, C.; Gallo Padilla, D.; Bravo Pérez, A.; López Salinas, T. y Galadi Fernández, M.  
*Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas de Olecranon en el período infantil son muy poco frecuentes. La mayoría de los casos la etiología responde a un traumatismo directo. Clínicamente se manifiestan como dolor a la palpación sobre olecranon y tumefacción de los tejidos blandos. El diagnóstico se basa en la clínica y la radiografía en dos proyecciones. La reducción con yeso cerrado y la osteosíntesis con cerclaje antidistractor constituyen los dos pilares básicos del tratamiento.

**Material y método.** Presentamos un estudio descriptivo de 11 fracturas de olecranon en pacientes menores de 14 años tratadas en nuestro Servicio en los últimos 5 años. La edad media de presentación fue de 10 años. El sexo predominante fue el masculino (10/1). El tratamiento elegido fue conservador en 4 casos (los más jóvenes) y en 7 fue quirúrgico.

**Resultados.** se realizó una evaluación clínica (Clínica Mayo- Morrey- y EVA) y radiológica de los pacientes constatando en todos ellos unos resultados excelentes.

**Comentarios y conclusiones.** Las fracturas de olecranon en edad infantil constituyen una patología menos frecuente y con un resultado funcional mejor que las fracturas de olecranon en adulto. En niños jóvenes (< 8 años) se intenta una reducción cerrada, mientras que en aquellos en los que con medidas conservadoras no se pueda reducir la fractura y/o niños más mayores (> 9 años) se opta por la reducción abierta.

## CC 258

### TRAUMATISMOS INFANTILES: FRACTURA-LUXACIÓN DE MONTEGGIA

Ayala Rodrigo, M.A.; Sánchez Hernández, P.; Coll Mesa, L.; Vayas Díez, R.; Pérez García, E. y de José Reina, C.  
*Hospital Universitario de Canarias.*

**Introducción y objetivos.** La fractura de cúbito proximal asociada a luxación de la cabeza del radio es más frecuente entre los 1-14 años presentando su pico de incidencia entre los 4-10 años. Según Bado dis-

tinguimos cuatro tipos con diferentes mecanismos lesionales. El dolor y deformidad en codo, a veces con palpación de cabeza radial, asociados a radiografía anteroposterior y lateral del antebrazo y codo contribuyen al diagnóstico de las mismas.

**Material y método.** Presentamos dos casos de niños de 3 y 8 años con dolor e impotencia funcional en codo tras traumatismo directo por caída casual diagnosticados de fractura-luxación de Monteggia tipo I y III y con excelente respuesta al tratamiento ortopédico tras reducción cerrada.

**Resultados.** La reducción cerrada de la fractura del cúbito, además de la supinación presionando sobre la cabeza radial en los tipos de Monteggia anterior y lateral es el tratamiento de elección. Si no se logra reducir la cabeza del radio, o no es posible mantener la reducción, hay que practicar un enclavamiento del cúbito. Si con el enclavamiento no se puede reducir la cabeza habrá que practicar una reducción abierta.

**Comentarios y conclusiones.** Monteggia en niños en fase aguda, subsidiarios en su práctica totalidad de un tratamiento ortopédico consiguiendo unos resultados excelentes. No así las lesiones con diagnóstico inicialmente erróneo que siempre requieren un tratamiento cruento, con unos resultados sólo aceptables.

## CC 259

### PSEUDOARTROSIS CONGÉNITA DE TIBIA. CORRECCIÓN DE DEFORMIDAD AXIAL

Pérez, S.; Ortego, J.; Mut, T.; Miranda, L. y Cervelló, S.

**Introducción y objetivos.** La pseudoartrosis congénita de tibia es una forma de displasia ósea particular y compleja con falta de unión o no unión que frecuentemente compromete al peroné. Supone la deformidad más frecuente de la pierna, y el 0'5% de las deformidades de miembro inferior. Cursa con debilitamiento segmentado del hueso, angulación anterolateral de la tibia y fractura patológica, formando tejido hamartomatoso en lugar del callo normal, dando lugar a la pseudoartrosis. Se han propuesto numerosas teorías (traumatismos intrauterinos, alteraciones metabólicas, malformaciones vasculares) pero la etiología sigue siendo desconocida y probablemente existan varios factores patógenos. El objetivo es presentar una técnica de corrección de la secuela, en este caso de la desviación axial (recurvatum).

**Material y método.** Presentamos el caso de una niña de 17 años de edad que presenta una pseudoartrosis congénita de metafisis proximal de tibia izquierda, que ha precisado anteriormente 6 intervenciones (osteotomías y alargamiento con injerto óseo) entre los años 2001 y 2005. A la exploración Deformidad en recurvatum de convexidad anterior de tercio proximal de tibia izda. Dismetría mayor de 20 cm entre ambos miembros inferiores. La piel muestra cicatrices previas secundarias a intervenciones anteriores con buena circulación distal. Se realiza intervención en 2 tiempos: 1º tiempo: osteotomía en cuña con corrección de la deformidad y osteosíntesis con placa atornillada e injerto extraído de la fragmentación de la osteotomía e hidroxapatita sintética. 2º tiempo: está previsto colocación de injerto de peroné en cañón de escopeta.

**Resultados.** Tras el primer tiempo se ha corregido la deformidad axial y ha mejorado notablemente la disimetría. La paciente se muestra satisfecha con el resultado. En espera de un segundo tiempo quirúrgico para finalizar el proceso.

**Conclusiones.** La pseudoartrosis congénita de tibia es un problema poco frecuente, complejo y de difícil manejo para el cirujano ortopédico. A pesar de las mejoras técnicas persiste el pesimismo respecto al pronóstico y el futuro de la pierna es incierto, acabando con frecuencia con disimetrías, distrofias, inestabilidades e incluso llegando a la amputación del miembro. Para obtener el mejor resultado posible, es adecuando el estudio individualizado del paciente y decisión del tratamiento más adecuado en cada caso.

## CC 260

### ANQUILOSIS DE CADERA CON HIPERLORDOSIS COMPENSATORIA SEVERA DE DIEZ AÑOS DE EVOLUCIÓN EN PACIENTE DE TRECE AÑOS DE EDAD

Touza Fernández, A.; Aragonés Maza, P.; Sánchez Gutiérrez, S.; Bueno, A.M. y Parra García, J.I.  
H. U Getafe. Madrid.

**Introducción y objetivos.** La anquilosis de cadera en el paciente adolescente es una patología muy poco frecuente que plantea múltiples problemas de cara al tratamiento quirúrgico.

**Material y método.** Se presenta el caso de una paciente de trece años de edad de origen centroafricano que acude a nuestro centro, sin haber recibido asistencia médica alguna, con grave cojera. Refiere antecedentes de un episodio infeccioso no tratado en la cadera izquierda a los tres años de edad. Presenta un flexo de cadera izquierda fijo de 90°, rotaciones nulas, abducción de 5°, acortamiento del miembro inferior izquierdo de cuatro centímetros y una hiperlordosis compensatoria severa de 80° que se corrige parcialmente con la sedestación. Tras el estudio radiológico se evidencia anquilosis de la cadera izquierda en flexión de 90°. Tras la valoración de las opciones terapéuticas se realizó osteotomía de extensión subtrocanterea de 90° y osteosíntesis mediante clavo placa deslizante con aporte de autoinjerto de la osteotomía, tenotomías del sartorio, tensor de la fascia lata y recto anterior.

**Resultados.** Tras la cirugía se consigue una corrección de 70° respecto a la situación previa, una corrección notable de la lordosis y una progresiva corrección de la marcha.

**Comentarios y conclusiones.** En el tratamiento quirúrgico de esta patología en el paciente adolescente debe tenerse en cuenta la necesidad de futuras cirugías en el futuro como la artroplastia total de cadera que se puede ver dificultada por intervenciones quirúrgicas agresivas previas.

## CC 261

### UN CASO REFRACTARIO DE ENFERMEDAD DE KAWASAKI CON UNA REAMPUTACIÓN METATARSAL

Santana Suárez, R.Y.\*; Montesdeoca, P.\*\*; López San Nicolás, A.\*\*; Romero Pérez, B.\*; Quintana, J.\*\* y Valencia Sola, L.\*\*\*

\*Hospital Universitario Insular De Gran Canaria, \*\*Hospital Materno Infantil De Gran Canaria, \*\*\*Hospital Universitario Dr. Negrín-Servicio Anestesiología y Reanimación.

**Introducción y objetivos.** La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis febril, aguda y multisistémica, que afecta a niños menores de 5 años en el 85% de los casos aunque poco común en niños muy pequeños. Su etiología es desconocida y tiene una patogenia de tipo inmunológica. El diagnóstico es clínico y se basa en los criterios clínicos descritos por Kawasaki en 1967. Las complicaciones de gangrena periférica son muy raras

**Material y método.** Presentamos un caso de un niño de 9 meses de edad, varón como antecedente patológico de interés presenta síndrome de Kawasaki. Acude en un primer tiempo por una sintomatología congruente a una isquemia de los dedos del pie. Es atendido por cirugía pediátrica y le realizan una amputación metatarsal aportándole un colgajo en la zona amputada del pie Esa primera amputación tiene mala evolución y se necrosa el injerto e infecta la zona. En un segundo tiempo desarticulamos a nivel de la articulación de Lisfrank.

**Resultados.** El paciente no ha presentado ninguna complicación de la herida con un seguimiento de varios meses.

**Comentarios y conclusiones.** La gangrena periférica es una complicación poco frecuente y grave que se observa en niños. La asociación con gangrena periférica es una complicación rara y severa, sólo se publicaron 21 casos en la literatura mundial. También hay que destacar el nivel de la amputación (Lisfrank), normalmente es a nivel falángico

## CC 262

### DEFORMIDAD IRREDUCTIBLE EN MUÑECA TRAS CAÍDA EN UNA NIÑA DE 7 AÑOS

Lambán Mascaray, N.; Contreras Citores. Y.; Gutiérrez Sánchez, L.; Mora Fernández, M. y Blanco Pozo, A.  
Hospital General Yagüe, Burgos.

**Introducción y objetivos.** Paciente de 7 años de edad, sin alergias medicamentosas ni antecedentes de interés. Acudió a Urgencias tras sufrir caída casual (traumatismo de baja energía) presentando dolor, deformidad e impotencia funcional en muñeca derecha, con buena perfusión distal.

**Material y método.** Se realizó inmovilización analgésica en un primer momento y estudio radiológico, en el que se evidenció una Epifisiolisis grado II de radio distal y fractura de tercio distal de cúbito, con desplazamiento. Se intentó reducir con anestesia local y sedación, sin resultado. Por ello fue solicitado un TAC que mostró un fragmento cortical volteado a nivel palmar con fisis íntegra en el radio distal.

**Resultados.** El tercer día de evolución se intervino quirúrgicamente realizando reducción abierta, estabilización percutánea con agujas Kirschner,

se inmovilización con yeso braquiopalmar. La radiografía de control presentó una reducción anatómica, y a las 6 semanas se retiraron las agujas y el yeso iniciando movilización progresiva. A las 11 semanas la movilidad de la muñeca era normal y la paciente se encontraba asintomática.

**Comentarios y conclusiones.** La importancia de este caso radica en valorar la posibilidad de desplazamientos infrecuentes ante fracturas irreductibles mediante métodos cerrados convencionales. En fracturas con gran inflamación de partes blandas o riesgo de síndrome compartimental, posible afectación neurovascular y cercanía o implicación de fisas abiertas, no se deben insistir en maniobras de reducción intempestivas si no son efectivas en primera instancia. Si no hay una situación de urgencia por compromiso de partes blandas es recomendable realizar un estudio de imagen previo. Si existe esta afectación, se debe valorar la intervención quirúrgica de urgencia. La reducción abierta de las fracturas de muñeca es poco habitual en niños, pero al igual que en las cerradas, la estabilización con agujas Kirschner es el tratamiento de elección cuando son inestables.

## CC 263

### EPIFISIOLISIS TIBIAL PROXIMAL BILATERAL TIPO V DE SALTER Y HARRIS DESPUÉS DE TRAUMATISMO DE BAJA ENERGÍA

Masferrer Pino, A.; Casellas García, G.; Melero Tercero, V.; Abarca Vegas, J.; Aliaga Orduña, F. y Asencio Santotomas, J.  
*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona).*

**Introducción y objetivos.** Las epifisiolisis son fracturas localizadas en la fisis o cartílagos de crecimiento y cuyo trazo recorre o cruza esta estructura, provocando la separación de una parte o la totalidad de la epifisis, de la metafisis.

**Material y método.** Paciente varón de 15 años, obeso, sin AP de interés, que ingresó por presentar dolor, hematoma y tumefacción en cara anterior de ambas rodillas, tras caída casual en mecanismo de baja energía. El estudio radiográfico simple fue normal. Se practicaron ecografías objetivándose integridad de tendones rotulianos y presencia de hematomas por rotura muscular del tibial anterior. La RMN mostró hallazgos compatibles con fracturas fisarias bilaterales tipo V de Salter y Harris, acompañadas de fracturas trabeculares horizontales con extensión a ambas tuberosidades tibiales (grado I de Watson), con mínimo desplazamiento.

**Resultados.** La evolución de los hematomas fue favorable, con disminución progresiva del dolor y la tumefacción, bajo tratamiento antiinflamatorio. Se colocaron inmovilizadores de rodilla en extensión con descarga parcial durante 2 meses, iniciando posteriormente rehabilitación. Sigue controles clínico-radiológicos en CCEE.

**Comentarios y conclusiones.** La epifisiolisis tipo V es una lesión por aplastamiento, prácticamente indistinguible radiográficamente, y cuyo diagnóstico es mayoritariamente prospectivo, casi siempre a raíz de sus complicaciones, fundamentalmente las epifisiodesis. Es el peor tipo de todos, por su presentación, y porque solo diagnosticamos sus complicaciones, mucho tiempo después de producirse. Con el tiempo, aparecen signos clínicos y paraclínicos de detención o distorsión del cartilago de crecimiento.

## CC 264

### LUXACIÓN TRAUMÁTICA RECIDIVANTE DE CADERA EN NIÑOS

López-Orosa, C.; Pascual Del Hoyo, S.; Alfaro Molero, R.; García Sorando, R.; Calzada Expósito, V. y Oteo Maldonado, J.A.  
*Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** La recidiva de la luxación traumática de cadera es un proceso raro, su incidencia se estima en menos del 3%. El manejo precoz y apropiado puede disminuir el riesgo de complicaciones.

**Material y método.** Paciente varón de 10 años, con antecedente de luxación posterior de cadera izquierda a los 6 años de edad que se trató de forma ortopédica con buena evolución. Acude al Servicio de Urgencias por dolor en cadera izquierda tras movimiento brusco, la cadera se presenta en actitud de flexión, adducción y rotación interna sin alteración neurovascular. En la radiografía y TAC de pelvis se confirma nuevo episodio de luxación posterior cadera. Se realizó reducción cerrada de Urgencia en quirófano, se colocó tracción blanda durante 10 días. Al alta hospitalaria, se mantuvo reposo en cama dos semanas y posteriormente dos meses con carga protegida.

**Resultados.** Tras la vuelta a su actividad habitual, el paciente no ha presentado nuevos episodios. En los controles radiológicos realizados no

se ha apreciado signos de necrosis avascular, estando en la actualidad asintomático.

**Comentarios y conclusiones.** La recidiva de la luxación de cadera en niños es muy infrecuente, se produce por hiperlaxitud en la cápsula articular o flexibilidad en la pared posterior del cartilago acetabular. Tras un diagnóstico precoz clínico y radiológico, se debe efectuar la reducción de la luxación. La principal complicación es la necrosis avascular de la cabeza femoral, el factor más importante para su prevención es la reducción dentro de las 6 horas posteriores al episodio traumático.

## CC 265

### PAPEL DEL CIRUJANO ORTOPÉDICO EN LA EXTROFIA DE CLOACA

García Paredero, E.; Martí Ciruelos, R.; Vidart Anchia, M. y Curto de la Mano, A.

**Introducción y objetivos.** La extrofia de Cloaca es un defecto congénito con una frecuencia estimada de 1/400000. Estos pacientes presentan un defecto en la línea media de la pared abdominal con una extrofia vesical, prolapso intestinal, ano imperforado y diástasis púbica.

**Material y método.** Varón de 3 años y 8 meses con el diagnóstico de malformación tipo OEIS (Onfalocele, Extrofia Vesical, Ano Imperforado y Alteraciones Esqueléticas). Al nacimiento se le realizó una derivación digestiva y se le intervino de un mielomeningocele lumbosacro sin presentar alteraciones neurológicas en el momento de nuestra valoración. Existe un defecto ventral con un remanente de onfalocele, un resto del ciego y mucosa vesical con 2 meatos urinarios. El periné es plano sin restos esfinterianos. Los genitales externos están hendidos. Se realiza Rx, RMN y TAC observándose una diástasis púbica mayor de 10 cm. Se realiza una intervención conjunta con Cirugía Pediátrica. En primer lugar realiza una osteotomía de Salter bilateral, en segundo lugar la reconstrucción genitourinaria y digestiva y posteriormente se cierra la diástasis con una cinta de Dacron a través de los agujeros obturadores para tensar aproximando la sínfisis. Por último se reconstruye la pared abdominal.

**Resultados.** Se ha conseguido un cierre sin tensión de la pared abdominal y de las estructuras reconstruidas, con una diástasis residual de la sínfisis de unos 2 cm. El paciente ha presentado una parálisis del ciático en el postoperatorio inmediato

**Comentarios y conclusiones.** El papel de la osteotomía pélvica en la extrofia de cloaca es fundamental para conseguir una reconstrucción digestiva y genital sin tensión y así evitar el fracaso precoz.

## CC 266

### FIBULOPLASTIA DE ROTACIÓN EN LA RESECCIÓN QUIRÚRGICA DE LOS OSTEOCONDROMAS DISTALES DE TIBIA EN LA INFANCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Valcárcel Díaz, A.; Salcedo Cánovas, C.; López Martínez, J.J.; Rodríguez Martínez, R.; García Paños, J.P. y Cano Gea, R.  
*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

**Introducción y objetivos.** La excisión quirúrgica del osteocondroma distal de tibia es complicada por el difícil acceso a esta zona. La técnica de elección para su resección es a través de un abordaje transfibular teniendo en cuenta que se debe respetar la fisis de crecimiento en los niños.

**Material y método.** Presentamos un caso de un niño de 9 años con osteocondroma distal de tibia (anterior lateral) derecha que le estaba produciendo una deformidad en el tobillo por la compresión ejercida sobre el peroné. La técnica llevada a cabo consiste en un abordaje transfibular mediante osteotomía de peroné bifocal para exponer el osteocondroma tibial y llevar a cabo su resección. La osteotomía del fragmento del peroné se debe hacer respetando la fisis de crecimiento. Posteriormente se realiza una rotación del fragmento de peroné y se estabiliza con aguja de Kirschner. Inmovilización con férula suropédica 6 semanas con consolidación, EMO, y carga parcial desde esa fecha hasta la completa marcha a las 8 semanas.

**Resultados.** Corrección de la deformidad en varo del tobillo sin afectación fisaria distal de tibia y peroné.

**Comentarios y conclusiones.** La fibuloplastia de rotación en la resección quirúrgica de los osteocondromas de tibia en la infancia es una técnica con la que se consigue un correcto abordaje para la excisión de la lesión y permite la corrección de la deformidad producida.

## CC 267

### OSTEOCONDRIITIS POSTEROMEDIAL DE ASTRÁGALO EN NIÑA DE 12 AÑOS. ABORDAJE RETROMALEOLAR Y ESTABILIZACIÓN CON AGUJAS DE ÁCIDO POLILÁCTICO

Valcárcel Díaz, A.; Salcedo Cánovas, C.; García Paños, J.P.; Escámez Pérez, A.; López Martínez, J.J. y Cano Gea, R.  
*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

**Introducción y objetivos.** Presentamos un caso de osteocondritis postero medial estabilizado con pines de material biodegradable mediante abordaje retromaleolar interno sin necesidad de osteotomía transmaleolar.

**Material y método.** Paciente de 12 años de edad con dolor y edematización de tobillo de varios meses de evolución que no presentaba mejoría con tratamiento conservador (modificación actividad, inmovilización y antiinflamatorios). En la Rx y RMN se observa osteocondritis de cúpula posteromedial de astrágalo de gran tamaño. Dada la localización posterior que nos dificultaría el acceso artroscópico y el estado de la fisis abierta se decide un abordaje retromaleolar tibial (Abordaje de Colonna) que nos permitió un buen acceso a la lesión. Se realizó refresco de la superficie, reducción y estabilización con Polipin (compuesto de ácido poliláctico, biodegradable). Inmovilización con férula suropélica 4 semanas, retirada de inmovilización e inicio de RHB pasiva y 2 semanas con carga parcial, tras la cual se permitió carga total.

**Resultados.** Control radiográfico a los 2 meses ya presentaba reosificación del lecho osteocondrítico y clínicamente ausencia de dolor con movilización completa.

**Comentarios y conclusiones.** La estabilización con polipin en niños puede ser una opción interesante dada su característica biodegradable. El abordaje retromaleolar permite el acceso completo a la lesión sin osteotomía añadida en pacientes con fisis abiertas.

## CC 268

### LAS COMPLICACIONES DE UNA FRACTURA A EDAD PEDIÁTRICA

Martínez Melián, I.\*; Acosta Zuñil, P.\*; Peralta Molero, J.V.\*; Muñoz Sánchez, G.\*\* y Cornet Flores, B.\*  
*\*Hospital Universitario Severo Ochoa, \*\*Hospital Universitario Santa Cristina.*

**Introducción y objetivos.** Entre todas las complicaciones de una fractura una de las más temibles por la dificultad del diagnóstico y por las consecuencias a largo plazo es el síndrome compartimental.

**Material y método.** Presentamos el caso de un paciente varón que sufrió fractura de extremidad distal del cúbito y radio, fue tratada de forma ortopédica. 48 horas más tarde comienza con imposibilidad de extensión de la muñeca y de los dedos. Dolor a las maniobras de estiramiento pasivo de los músculos radiales y de los extensores de los dedos. Se libera el nervio interóseo posterior en la arcada de Froese, fasciotomía amplia de la musculatura epicondilea y fijación de la fractura con agujas.

**Resultados.** En el post-operatorio se objetiva recuperación parcial de la extensión activa de los dedos.

**Comentarios y conclusiones.** Lo más importante del síndrome compartimental es tenerlo presente como posible complicación tras una fractura, incluso de miembro superior y a edad pediátrica.

## CC 269

### REPARACIÓN ARTROSCOPIA DE AVULSIÓN DE LCP

Mellado Castellero, J.M.; Lázaro Gonzalez, A.; Andrés Martínez, M.; Del Río Arteaga, M. y Domecq Fernández de Bobadilla, G.  
*Hospital Universitario Virgen Del Rocío. Sevilla.*

**Introducción y objetivos.** Las lesiones de los ligamentos cruzados de la rodilla son muy infrecuentes en menores de 18 años. Hay muy pocos casos recogidos en la literatura de lesiones aisladas del LCP en pacientes esqueléticamente inmaduros. Nuestro interés reside en la rareza de la lesión, y la dificultad de su diagnóstico diferencial.

**Material y método.** Varón de 15 años que sufre accidente de tráfico y traumatismo en rodilla. Acude a Urgencias con dolor, impotencia funcional y derrame articular en rodilla. Las radiografías mostraban un pequeño fragmento osteocondral en la escotadura femoral. La artroscopia reveló la presencia de una desinserción completa a nivel femoral del LCP

unido a un pequeño fragmento osteocondral. No se encontraron otras lesiones asociadas en la rodilla. Se reinsertó el LCP a su lecho mediante un tornillo, introducido desde el portal de artroscopio ayudado por abordaje mini open paratrotuliano.

**Resultados.** Tras completar rehabilitación el paciente ha vuelto a realizar su actividad previa sin presentar inestabilidad o rigidez alguna a los 6 meses.

**Comentarios y conclusiones.** La avulsión aislada de la inserción femoral del LCP en niños y adolescentes es muy infrecuente (catorce avulsiones y una rotura intrasustancia del ligamento cruzado posterior en este grupo de edad en la última revisión de 2007). El tratamiento conservador de esta lesión en adultos es bien tolerado. No obstante no podemos considerar a esta lesión como equivalente a la del adulto. En nuestra opinión esta intervención ha evitado la retracción ligamentosa disminuyendo la morbilidad perioperatoria, consiguiendo un resultado postoperatorio excelente en el tiempo de seguimiento.

## CC 270

### CORRECCIÓN ANGULAR Y ALARGAMIENTO EN TIBIA DE GENU VARO POST-MENINGOCOCÉMIA MEDIANTE OSTEOTOMÍA PERCUTÁNEA DE APERTURA PROGRESIVA CON FIJADOR EXTERNO MONOLATERAL

Valcárcel Díaz, A.; Salcedo Cánovas, C.; Martínez Ros, M.; Fernández Sánchez, J. R.; García Paños, J.P. y Rodríguez Martínez, R.  
*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

**Introducción y objetivos.** La afectación osteoarticular en los casos de sepsis meningocócica en la infancia puede afectar a nivel de la fisis desarrollándose un desplazamiento o pérdida de la misma que conlleva a deformidades normalmente permanentes y con frecuencia progresivas.

**Material y método.** Niño de 10 años de edad que acude a la consulta de traumatología infantil con genu varo y dismetría de 5 cm en miembro inferior derecho desarrollada tras una sepsis meningocócica previa. Se optó por una fijación externa monolateral colocando de forma ortogonal las fichas proximales y perpendiculares al eje diafisario las restantes que permite convertir el movimiento longitudinal de la distracción del cuerpo del aparato en otro rotacional que corrija la deformidad.

**Resultados.** Se consiguió una corrección del genu varo completamente y de la dismetría en un 90% con una función articular adecuada tras la retirada del fijador externo (5 meses de tratamiento).

**Comentarios y conclusiones.** Las correcciones angulares tratadas con FE monolateral, aunque posibles y efectivas, plantean dificultades y complicaciones derivadas de la cuantía y duración de las mismas. En los pacientes con crecimiento finalizado o con CORA fuera de la zona fisaria utilizamos la corrección de deformidad mediante osteotomía percutánea de apertura progresiva con FE monolateral. La versatilidad de los FE monolaterales permiten realizar correcciones angulares y alargamientos simultáneos en el tratamiento de desviaciones axiales severas combinadas con disimetrías de los miembros.

## CC 271

### EPIFISIOLISIS DE CARTÍLAGO TRIRRADIADO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ortega Briones, A.; De Lucas, J.C. y Janez Moral, F.  
*Hospital Universitario Puerta De Hierro Majadahonda. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas acetabulares en niños son poco frecuentes. La posibilidad de afectación del cartílago de crecimiento y su posterior epifisiodesis condiciona un estudio pormenorizado de cada caso.

**Material y método.** Presentamos el caso de un varón de 13 años que acude a urgencias tras accidente de motocicleta con intenso dolor en miembro inferior derecho. En estudio radiológico protocolizado, se objetiva alteración en trasfondo de cotilo derecho, realizándose TAC que demuestra epifisiolisis de cartílago trirrariado tipo I de Salter y Harris con incongruencia articular mayor de 5 mm. Se decide RAFI por vía posterior de Kocher Langebeck.

**Resultados.** En TAC de control se comprueba reducción anatómica de la cadera intervenida. El paciente permaneció en descarga durante 2 meses con posterior carga parcial, siendo supervisado por el servicio de Rehabilitación. En la actualidad tras un año de seguimiento el paciente

deambula independiente, sin dolor y con estudio radiológico dentro de la normalidad.

**Comentarios y conclusiones.** La posibilidad del desarrollo de una displasia acetabular postraumática y sus implicaciones funcionales condicionan un estudio detallado de los accidentes de alta energía con afectación del anillo pélvico en pacientes en edad pediátrica.

## CC 272

### FRACTURA CONMINUTA DE RÓTULA POR MECANISMO INDIRECTO TRATADA QUIRÚRGICAMENTE EN VARÓN DE 12 AÑOS

Revuelta Romo, J.; Cienfuegos, A.; Mesa, E.; Holgado, M. y García Castro, J.

*Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme.*

**Introducción y objetivos.** Las lesiones traumáticas de la rótula en niños son raras, constituyendo menos del 1% del total de fracturas infantiles. Las fracturas de la rótula pueden producirse por mecanismo directo (las más frecuentes) o por mecanismo indirecto.

**Material y método.** Paciente de 12 años de edad sin antecedentes familiares ni personales de interés que refiere tras sufrir un resbalón sin traumatismo directo dolor e impotencia funcional en rodilla derecha. A la exploración destaca dolor a la palpación y hemartros. Se le realiza estudio radiográfico de dicha rodilla diagnosticándose de fractura conminuta de rótula por mecanismo de producción indirecto.

**Resultados.** En el área de urgencias se inmovilizó con férula inguinobimaleolar y posteriormente se realizó en quirófano reducción abierta + osteosíntesis con 3 A.K. + cerclaje de alambre + Ficat. La evolución radiográfica y funcional fue favorable practicándose extracción del material de osteosíntesis a los 9 meses.

**Comentarios y conclusiones.** Las fracturas patelares son raras en niños siendo el mecanismo de producción indirecto el menos frecuente. Las fracturas completas del «cuerpo» rotuliano son similares a la de los adultos y suponen tratamiento quirúrgico si el mecanismo extensor de la rodilla está afectado.

## CC 273

### MANEJO ORTOPÉDICO DE LA FRACTURA LATERAL DE CLAVÍCULA Y DISYUNCIÓN AC TIPO V. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Gutiérrez Monclus, R.<sup>1</sup> y Salgado Martínez, D.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Servicio de Traumatología y Ortopedia, Hospital San Borja Arriarán.*

<sup>2</sup>*Interno Traumatología y Ortopedia. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Medicina. Universidad Diego Portales. Chile.*

**Introducción y objetivos.** La prevalencia de la fractura lateral de clavícula en la población pediátrica es de 10 a 12% de las fracturas de clavícula. El mecanismo lesional característico es el impacto lateral sobre la clavícula. En este tipo de lesiones combinadas no existe un consenso con respecto al manejo. Objetivos: presentar un caso manejado de manera ortopédica destacando su evolución.

**Material y método.** Femenina, 9 años, sana, que sufre accidente de tránsito. Consulta de urgencia refiriendo dolor, aumento de volumen e impotencia funcional total del hombro izquierdo. Las radiografías evidencian fractura lateral de clavícula desplazada y elevación mayor a un 100%. En TAC de reconstrucción existe fragmento lateral de clavícula desplazado, no identificándose acromion.

**Resultados.** Como manejo inicial se plantea reducción ortopédica bajo sedación y analgesia no visualizándose mejoría en la radiografía de control seguido de inmovilizador de clavícula. Se observa en controles sucesivos recuperación rápida de la movilidad en rangos completos y fuerza del hombro.

**Comentarios y conclusiones.** En Radiografías de control se observa rápida osificación del periostio e incorporación del fragmento clavicular desplazado y remodelación de la deformidad por la elevación de la clavícula. Conclusión: Las lesiones laterales de clavícula, en los niños, tienen una alta probabilidad de ser fractura de la fisis antes que disyunción acromioclavicular propiamente tal. La combinación de una fractura de la fisis con una lesión ligamentaria, es de inusual presentación; y al parecer no respeta el principio básico de que un hueso se fracturará antes que una estructura ligamentaria en un niño.

## CC 274

### TUMOR RABDOIDE MALIGNO COMO CAUSA DE TORTÍCOLIS EN ADOLESCENTE

Vilalta Vidal, I.; Ventura Gómez, N.; Costa Clara, J.M.; Sunol Capella, M. y Ullot Font, R.

*Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** La tortícolis es un síntoma clínico de consulta frecuente en nuestros servicios de urgencias de ortopedia pediátrica. Múltiples son las etiologías y su diagnóstico diferencial difiere dependiendo de la edad. Puede ser congénita o adquirida. Entre las causas adquiridas puede ser el síntoma inicial de patologías como neoplasias del sistema nervioso central.

**Material y método.** Presentamos el caso clínico de un niño de 13 años, remitido por estudio de tortícolis de 3 meses de evolución. El cuadro se inicia con dolor cervical con un empeoramiento progresivo e irradiación a brazo izquierdo. La exploración evidencia atrofia muscular de deltoídes y ligera pérdida de fuerza en brazo izquierdo de difícil valoración por dolor. Ingresa en nuestro centro con tracción de Cotrel y analgesia.

**Resultados.** Los estudios muestran una masa paravertebral izquierda con extensión intraraquídea, que se introduce al canal de C2-C3 hasta C5-C6. Se realiza intervención quirúrgica laminectomía y biopsia de la lesión con resultados per-operatorios de sospecha de lesión de extirpe mesenquial. La anatomía patológica no es concluyente. El TAC toracoabdominal muestra implantes peritoneales, realizándose nueva biopsia, siendo el resultado compatible con un tumor rabdoide extrarenal, iniciándose tratamiento con quimioterapia.

**Comentarios y conclusiones.** El tumor rabdoide maligno está causado por una delección cr locus 22q11 que contiene el gen tumoral supresor hSNF5/INI1. Mal pronóstico, recurrencias y metástasis a distancia. La supervivencia estimada con quimioterapia es de un 19-25%. Los tumores cervicales son raros en los niños, pero ante una tortícolis intermitente o persistente asociada a vómitos, cefalea o clínica inusual debemos pensar en ellos.

## CC 276

### SÍNDROME COMPARTIMENTAL DE ANTEBRAZO AGUDO EN AUSENCIA DE FRACTURA

García Mata, S.; Sánchez-Guardamino, D. y Hidalgo Ovejero, A.

*Hospital Virgen del Camino. Pamplona.*

**Introducción y objetivos.** El síndrome de Volkmann en el niño es infrecuente, pero cuando ocurre lo hace en 75%-80% de los casos asociado a fracturas. Sin embargo, existen apenas tres estudios acerca de síndrome de Volkmann atraumático como consecuencia de miositis, fascitis, medicación iv en UCI, sepsis o torniquete. El objetivo del trabajo es mostrar un raro caso de Volkmann atraumático en un niño, sus causas y manejo.

**Material y método.** Niño de 5 años de edad que tras sufrir una contusión volar y dorsal en antebrazo con exploración clínica y radiológica normales, sin enfermedades asociadas, infecciones, alteraciones sanguíneas, etc, acudió a Urgencias por fiebre y síndrome de Volkmann (volar, dorsal e interóseos). Se realizaron fasciotomías de dichos compartimentos, apareciendo hematoma muscular difuso y absceso hematógeno.

**Resultados.** Tras fasciotomías y drenaje del absceso se realizó cierre cutáneo diferido. No ocurrieron secuelas, excepto las cicatrices. La funcionalidad de la extremidad es completa a un año de seguimiento.

**Comentarios y conclusiones.** Es posible la aparición de síndrome de Volkmann en el niño de forma atraumática por complicación de infección hematógena sobre hematoma. El diagnóstico y tratamiento tempranos favorecen un buen pronóstico.

## CC 277

### SUBLUXACIÓN DE LA CABEZA DEL RADIO IDIOPÁTICA. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

García Mata, S.; Esparza Estaún, J. y Hidalgo Ovejero, A.

*Hospital Virgen del Camino. Pamplona.*

**Introducción y objetivos.** La luxación o subluxación traumática y congénita de la cabeza radial son bien conocidas en la bibliografía. Sin embargo, la subluxación idiopática de la cabeza radial tan sólo se ha descrito en dos casos previos. El objetivo de la presentación es mostrar dos nuevos casos así como su evolución espontánea.



**Material y método.** Dos paciente varones adolescentes que acudieron a consulta por pérdida progresiva de prono-supinación unilateral de antebrazo. No presentaban otro tipo de antecedentes, historia familiar, síndromes o enfermedades asociadas, displasias óseas ni traumatismos previos. Se realizó estudio Rx y RNM.

**Resultados.** Su etiología congénita se descartó por la morfología de la cabeza radial, así como la traumática. En ambos casos existía una deformidad parcial progresiva de parte de la cabeza radial. La limitación de la prono-supinación se mantiene en un caso (2 años de evolución) y ha mejorado en el otro paciente parcialmente (3 años evolución)

**Comentarios y conclusiones.** Excepcionalmente puede ocurrir la subluxación idiopática de la cabeza radial en adolescentes. En su evolución a medio plazo no evolucionan a la luxación completa, pudiendo mejorar parcialmente en algún caso de forma espontánea.

## CC 278

### CLAVÍCULA TIPO FOSA ROMBOIDEA EN LA INFANCIA. UNA VARIANTE DE LA NORMALIDAD

García Mata, S.; Esparza Estaún, J. y Hidalgo Ovejero, A.  
*Hospital Virgen del Camino. Pamplona.*

**Introducción y objetivos.** Dentro de las posibles alteraciones congénitas de la clavícula las más frecuentes son la pseudoartrosis congénita y la duplicidad de clavícula. Las alteraciones morfológicas y de volumen de la clavícula pocas veces son encontradas. Presentamos el caso de una paciente con una clavícula de mayor profusión y grosor como parte de una variante anatómica.

**Material y método.** Niña de 5 años que acude por prominencia de mitad medial de la clavícula derecha, sin anomalía radiológica aparente. No existía patología subyacente, anomalías óseas, displasias óseas, ni antecedentes traumáticos. La paciente era asintomática.

**Resultados.** En Rx se evidenciaba mayor prominencia y grosor de la mitad medial de la clavícula, que fue confirmado mediante TAC, el cual fue informado como variante de la normalidad tipo fosa romboidea. Su diferencia con el lado contralateral estriba en una mayor prominencia y grosor cortical de la mitad medial. Existía una fusión congénita de las costillas 1ª y 2ª ipsilateral, reafirmando su etiología congénita. Dos años más tarde permanece similar.

**Comentarios y conclusiones.** Una clavícula de mayor grosor y/o volumen de mitad medial puede tratarse de variante de la normalidad asintomática tipo fosa romboidea. Dado su carácter congénito y asintomático, se considera como una variante de la normalidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial.

## CC 279

### HEXADACTILISMO POSTAXIAL EN MANOS Y PIES EN UNA NIÑA DE 4 AÑOS

Santana Suárez, R.Y.\*; Valencia Sola, L.\*\*; Navarro Navarro, R.\*; Martín García, F.\*; Romero, B.\* y Barroso, S.\*  
*\*Hospital Universitario Insular De Gran Canaria, \*\*Servicio De Anestesiología -Hospital Universitario Dr. Negrín.*

**Introducción y objetivos.** La polidactilia aislada fue la primera enfermedad autosómica reconocida por su herencia dominante, en cuanto a su modo de transmisión y genes responsables, debido a su penetrancia incompleta y heterogeneidad genética. La distribución familiar de polidactilia encontrada es concordante con un modelo de herencia autosómica dominante con una penetrancia génica de 62,65%. Se presenta en una niña blanca, sin antecedentes de malformaciones, un hexadactilismo postaxial sin padecer ningún síndrome congénito.

**Material y método.** Se describe un caso inusual de hexadactilismo postaxial de ambas manos y pies en una niña de origen caucásico de 4 años. La imagen clínica es caracterizada por la duplicación simétrica del 5º dedo en ambas manos y ambos pies. No hay malformaciones de las extremidades de origen maternal ni paternal. Tampoco se recogen malformaciones asociadas en la niña y el cariotipo resulta normal. A la paciente se le realiza una amputación estética de el 6º dedo en ambas manos en un primer tiempo quirúrgico.

**Resultados.** La paciente presenta una imagen estética de ambas manos tras la cirugía con buenos resultados y una buena funcionalidad. Respecto a la polidactilia de ambos pies se reinterviene en un segundo tiempo.  
**Comentarios y conclusiones.** Un análisis exhaustivo de la literatura científica nos confirman la peculiaridad de una hexadactilia bilateral de am-

bas manos y pies en una niña de origen caucásico sin ninguna malformación asociada y sin antecedentes familiares con buena evolución tras una amputación estética.

## CC 280

### VALGO-ANTECURVATUM DE FÉMUR DERECHO EN NIÑO RUSO DE 5 AÑOS CON RAQUITISMO

Lara Pulido, F.J.; Quintana Camacho, J.J.; Beltrán Caro, J.M.; Sedeño López, S. y Martínez Vázquez, M.  
*Hospital Infanta Elena. Huelva.*

**Introducción y objetivos.** Se presenta el caso de un niño de 5 años de raza blanca procedente de Rusia, adoptado por una familia española, con antecedentes personales; lesión perinatal del sistema nervioso, tetralogía de Fallot intervenido, retraso del crecimiento, raquitismo carencial, fémur derecho con deformidad en valgo y antecurvatum y tibia vara izquierda.

**Material y método.** Pruebas complementarias: Telerradiografía de miembros inferiores: fémur derecho con deformidad en valgo y antecurvatum, ensanchamientos fisarios con deformidad en copa de las metafisis. TAC fémur derecho e izquierdo: Ambas diáfisis femorales presentan un encurvamiento de convexidad posterior, más acusado en fémur derecho. Las mediciones de dichas angulaciones realizadas en la placa: diáfisis femoral derecha en vista lateral 145,5° y en vista anterior 170,5°.

**Resultados.** Diagnóstico: Secuelas de raquitismo carencial en el contexto de síndrome alcohólico fetal. Tratamiento: Se realiza una osteotomía varizante recurvante del fémur derecho.

**Comentarios y conclusiones.** Hasta hace poco, el raquitismo secundario a déficit de vitamina D era considerado en España una curiosidad médica más que una realidad clínica. Sin embargo, datos recientes muestran un «resurgir» de esta enfermedad en la infancia. Las deformidades severas de miembros inferiores como secuela de raquitismo son frecuentes y se asocian con gemelaridad, falta de luz solar y destete precoz.

## CC 281

### DORSO-LUMBALGIA EN EDAD INFANTIL

Varo Rodríguez, I.; Teruel Collazos, J.L.; Zazo Espinosa, M.; López Ortiz, R.; De Cabo Rodríguez, J.A. y Queiruga Dios, J.A.  
*Hospital Virgen del Puerto.*

**Introducción y objetivos.** Durante los últimos años han aumentado las consultas por dolor dorso-lumbar en pacientes de edad infantil, pretendemos analizar la frecuencia y etiología de este dolor en nuestro medio.

**Material y método.** Presentamos la revisión realizada en 34 pacientes de edades comprendidas entre 6 y 17 años de edad pertenecientes a nuestra Área de Salud, que acudían por aquejar dorsolumbalgia, observando que, aproximadamente, en menos del 40% hallamos una causa orgánica, siendo el resto de etiología idiopática

**Resultados.** A pesar del estudio y exploración clínica, en más de la mitad de los casos no se pudo objetivar una causa orgánica. Se localizó un caso de hernia discal confirmada.

**Comentarios y conclusiones.** Analizamos las causas, incidencias y etiología hallada, así como la repercusión sobre la calidad de vida de los pacientes y los tratamientos aplicados junto con las posibles formas de prevenir esta patología.

## INFECCIÓN (CC 282 - CC 320)

### CC 282

#### UTILIDAD DEL CEMENTO CON ANTIBIÓTICOS EN LA CIRUGÍA DE UNA OSTEOMIELITIS DIGITAL

Jiménez Martín, A.; Romero Candau, F.; Najarro Cid, F.J.; Gómez de los Infantes Troncoso, J.G.; Gutiérrez Naranjo, E. y Pérez Hidalgo, S.  
*Hospital FREMAP. Sevilla.*

**Introducción y objetivos.** Para Reilly las osteomielitis de la mano representan el 1-3% de todas las infecciones de la mano, donde el S.Aureus es el agente microbiano más frecuentemente aislado (más del 30%

de los casos). Nuestro objetivo es mostrar un caso tratado eficazmente mediante legrado y relleno con sulfato cálcico e hidroxiapatita con vancomicina (PerOssal®), dada su gran biocompatibilidad y ausencia de necesidad de retirar dicho material.

**Material y método.** Varón de 46 años, que sufre sección del extensor en la IFD del 3º dedo de la mano derecha, tratado mediante reinserción con arpon bioabsorbible. Desarrolla osteomielitis con supuración, dolor, foco de osteolisis radiográfico y obliteración articular en IFD. RNM: Artritis séptica y celulitis. Ecografía: tejido fibrinoflamatorio con zonas hiperecogénicas en pseudocavidad blanda. Se procede al drenaje, curetaje y relleno de la cavidad con PerOssal®.

**Resultados.** Osteomielitis por *S.Aureus*. Se continua de tratamiento oral con levofloxacino 500 mg y rifampicina 600 mg, 1 cada 24h, (3 semanas), consiguiendo la artrodesis final a las 4 semanas y controlándose la infección, con VSG final de 5 mm/h.

**Comentarios y conclusiones.** La aplicación de hidroxiapatita con vancomicina permite una liberación del antibiótico superior frente al espaciador de sulfato cálcico (96.3% Vs 74.8%), mayor resorción, porosidad y biocompatibilidad. No se han hallado diferencias en citotoxicidad in vitro o liberación de la lactato deshidrogenasa (532 ± 45m U/mg Vs 570 ± 40 m U/mg). Obviaría la retirada del material descrita por Shinto a las 12 semanas tras liberarse el 70% del antibiótico intratisular.

## CC 283

### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA PERFORACIÓN CON OBJETO PUNZANTE POSIBLEMENTE CONTAMINADO POR PHOENIX CANARENSIS

Jiménez Martín, A.; Zurera Carmona, M.; Najarro Cid, F.J.; Pérez Ferri, R., y Pérez Hidalgo, S.  
*Hospital FREMAP Sevilla.*

**Introducción y objetivos.** La herida por púa de palmera supone para Ramanathan una causa de frecuente sinovitis, especialmente cuando el agente etiológico resulta Phoenix canarensis. Nuestro objetivo es presentar un caso de herida por púa de palmera y revisar los diversos agentes etiológicos asociados.

**Material y método.** Paciente de 43 años que acude refiriendo herida punzante con púa de palmera en la tabaquera anatómica izquierda. Tras un intento fallido previo de extracción a través de la zona V en otro centro es derivada con intenso edema de la muñeca. Rx: No osteomielitis, ni cuerpos extraños visibles. Ecografía: Cuerpo extraño subyacente al paquete neurovascular radial, cuya punta roza a 1 mm el nervio mediano. VSG, PCR, hemograma y bioquímica normales. Tinnel positivo en tabaquera anatómica y túnel carpiano, limitación funcional evidente.

**Resultados.** Se procede a la extracción de púa de 3 cm, disecando el paquete neurovascular radial. Cultivo negativo. Tras 1 semana de amoxicilina-clavulánico y 2 de rehabilitación, el paciente se recupera completamente, sin lesiones neurovasculares.

**Comentarios y conclusiones.** Entre los riesgos de las heridas punzantes vegetales reside la contaminación por Clostridium perfringens, con alto riesgo de gangrena gaseosa para Halpern; la migración distal intratendinosa descrita por Bu, la fascitis necrotizante de Hajji, o la artritis séptica por Pantoea agglomerans recogida por Kratz, donde la ultrasonografía diagnóstica, con una sensibilidad del 83%, resulta fundamental. Para Vega-Curiel, el diagnóstico diferencial en los procesos crónicos es con las lesiones pseudotumorales y puede requerir hasta una media de 1.3 operaciones por paciente.

## CC 284

### PIOMIOSITIS. ¿ENFERMEDAD RARA?

García Regal, J.; García Hermosa, A.; Hueso Macías, A.; Díaz Jaraquemada, D.; Mariscal Peralta, J.M. y Romero Guerra, F.  
*Hospital de Mérida.*

**Introducción y objetivos.** La piomiositis es una rara infección bacteriana que afecta al músculo estriado. Es más frecuente en climas tropicales, habiéndose descrito sólo 50 casos en países con clima templado hasta 1981. Cursa con dolor, engrosamiento y abscesos musculares, y en estadios más avanzados, aparece sintomatología sistémica, llegando al shock séptico y destrucción muscular. El diagnóstico se confirma mediante pruebas de imagen como TAC y RMN, además del cultivo del material del absceso muscular. En cuanto al tratamiento, hay que aplicar antibioterapia intravenosa además del drenaje quirúrgico.

**Material y método.** Paciente varón de 57 años con coxartrosis de larga evolución que ingresa por un cuadro agudo de coxalgia acompañada de fiebre, leucocitosis con neutrofilia e insuficiencia renal, para estudio y tratamiento.

**Resultados.** Durante el ingreso, se realizan diversas pruebas complementarias y el paciente es sometido a antibioterapia intravenosa. Finalmente, se llega al diagnóstico de piomiositis en estadio supurativo y a pesar de la antibioterapia y drenaje quirúrgico, el paciente evoluciona desfavorablemente, alcanzando el estadio septicémico y falleciendo en pocos días.

**Comentarios y conclusiones.** En 1885, Scriba fue el primero en describir la formación de abscesos en el músculo estriado. Inicialmente se denominó piomiositis tropical porque era un cuadro endémico en estas regiones. Afecta con mayor frecuencia al sexo masculino y en la 1ª y 2ª décadas de la vida. En el 90% de los casos el patógeno causante es *S. aureus*. La mortalidad oscila entre un 1-10%. La clave es el diagnóstico precoz y la terapia agresiva con antibioterapia intravenosa y desbridamiento quirúrgico.

## CC 285

### INFECCIÓN FÚNGICA DE PRÓTESIS PARCIAL DE CADERA EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDA

García Fernández, D.; Guerra Vélez, P.; Morales Muñoz, P.; García Rodríguez, R., Gutiérrez Narvarte, B. y Cano Egea, J.  
*Hospital 12 Octubre. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Presentamos el caso de una mujer de 70 años con mieloma múltiple en tratamiento quimioterápico que acude por dolor de muslo proximal derecho y aumento de volumen en la región trocántera. Tres años antes fue intervenida quirúrgicamente implantando prótesis parcial bipolar cementada de cadera derecha tras sufrir fractura subcapital desplazada.

**Material y método.** Mediante eco de cadera se observa colección líquida tubular en la cara lateral del tercio proximal de 10 centímetros de eje mayor longitudinal, que se punciona y se remite para cultivo.

**Resultados.** El estudio microbiológico del absceso confirmó la infección por *Candida albicans*. Fue intervenida quirúrgicamente para drenaje de los abscesos (de aspecto blanquecino grumoso), retirada de la prótesis parcial cementada tras ventana ósea, lavado exhaustivo y colocación de espaciador de cemento. La biopsia ósea confirmó la infección candidiásica y se instauró tratamiento con Fluconazol 200 mg/12 h. A los tres meses tras la retirada de la prótesis, se realizó en recambio mediante prótesis total de cadera, con cotilo fijado con tornillos y vástago largo femoral cementado y cerclaje alámbrico.

**Comentarios y conclusiones.** La infección protésica por hongos es bastante rara (1% del total de las infecciones protésicas). Está por definir la duración mínima de tratamiento con antifúngicos, cuando se puede realizar la reimplantación y si es beneficiosa la administración local de antifúngico en el cemento.

## CC 286

### FASCITIS NECROTIZANTE

Gorostiola Vidaurrazaga, L.; Sáez de Ugarte Sobrón, O.; Cruchaga Celda, A.; Sánchez Sobrino, A.; Molina Martos, M. y Martínez de los Mozos, J.L.  
*Hospital de Galdakao (Bizkaia).*

**Introducción y objetivos.** La fascitis necrotizante (FN) es un proceso infeccioso que aparece de forma rara, con evolución frecuentemente fulminante, afectando principalmente a fascia y tejido subcutáneo, y provocando trombosis de la microcirculación cutánea. Su pronóstico depende de la rapidez del diagnóstico y de la inmediatez con la que se aplique el tratamiento. El diagnóstico es difícil por la escasez de signos físicos iniciales. En cuanto a la clínica, es preciso tener la sospecha ante la siguiente tríada de presentación: intenso dolor, tumefacción y fiebre. Si la infección sigue progresando, aparecen ampollas, bullas... La clave diagnóstica es el empeoramiento clínico y analítico del paciente tras 24 horas de tratamiento antibiótico intravenoso. Suelen catalogarse inicialmente de "celulitis". Hay que tener presente que los antibióticos de amplio espectro administrados previamente enmascaran el proceso. El diagnóstico definitivo lo da la cirugía: fascia necrótica grisácea, presencia de tejidos friables, sangrado escaso y líquido purulento maloliente.

La Microbiología los clasifica en distintos tipos, siendo la tipo I o polimicrobiana la más frecuente. Ésta se da en paciente inmunocomprometido, sobre todo en diabéticos. Es una urgencia quirúrgica.

**Material y método.** Se registran en nuestro hospital 9 casos, desde enero de 2006 hasta enero de 2009, siendo fulminantes, con resultado de muerte, 3 de ellos. La clínica abigarrada con que se presentó la infección provocó un retraso en el diagnóstico y tratamiento, con resultado fatal. Presentamos el caso más representativo, en cuanto a actuación médica y evolución, con soporte de imágenes. Varón, 74 años con HTA, dislipemia y DM tipo II, que acude por dolor en pierna sin antecedente traumático. En la exploración física presenta eritema, rubor y dolor pantorrilla dcha., con fiebre de 38 °C. Eco-doppler sin datos de TVP. Ecografía musculoesquelética sin colecciones. Se diagnostica "celulitis". Ingresado en el Servicio de Infecciosas comienza tratamiento empírico con amoxicilina-clavulánico, y evoluciona a las 24 horas hacia la abscesificación local con dolor intenso y flictenas. Tras consultar con nuestro servicio, se decide cirugía para desbridamiento. En el cultivo de las muestras de quirófano se aíslan cocos gram positivos en racimos, y *Streptococo pyogenes*.

**Resultados.** La evolución es satisfactoria, con curas locales y antibioterapia, y control glucémico.

**Comentarios y conclusiones.** La Fascitis Necrotizante es una infección grave, en ocasiones fulminante, que afecta a las partes blandas. Se trata de un proceso infeccioso que es preciso conocer para poder sospecharlo. La cirugía urgente en las primeras 24 horas de evolución es la clave.

## CC 288

### OSTEOMIELITIS HEMATÓGENA AGUDA DE HÚMERO

Altemir Martínez, V.; Más Atance, J.; Forcada Calvet, P.; Pérez Villar, F.; Gros Aspiroz, S. y Fernández Martínez, J.J.  
*Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida.*

**Introducción y objetivos.** La osteomielitis hematógena aguda es la infección supurada del hueso causada por una bacteria vía hematógena (*S. Aureus* 90%) Afecta principalmente a metáfisis de huesos largos, fémur, tibia y en menor frecuencia húmero. Cursa con fiebre, síndrome constitucional, dolor e impotencia funcional del miembro afecto, aumenta VSG y PCR con leucocitosis negativa hasta en un 60%. La radiografía, gammagrafía y RM son útiles para el diagnóstico. El tratamiento consiste en ATB endovenoso y desbridamiento quirúrgico si existe colección purulenta.

**Material y método.** Niña de 3 años sin antecedentes de interés acude a urgencias con fiebre de 39,5° de dos días de evolución, dolor e impotencia funcional de hombro izquierdo. A la exploración hay aumento de la temperatura local y tumefacción en hombro, resto ESI sin alteraciones. No leucocitosis, PCR: 258. Radiografía sin alteraciones. Con sospecha de artritis séptica de hombro se realiza artrocentesis sin éxito. Se ingresa para ATB endovenoso y estudio. A las 48 horas aumenta la tumefacción y eritema en brazo hasta codo. La gammagrafía muestra captación asimétrica en hombro-húmero izquierdo y la RM absceso subperióstico en región metáfisis-diafisaria de húmero.

**Resultados.** Se realiza desbridamiento quirúrgico con vía de abordaje delto-pectoral y drenaje del absceso subperióstico, positivo para *S. Aureus*. Es dada de alta tras 3 semanas de Cloxacilina ev (ATB específico según antibiograma) y correcta evolución clínica.

**Comentarios y conclusiones.** OHA de húmero es infrecuente en niños, la placa fisaria impide el paso de la infección a epífisis y articulación, coleccionándose pus en el espacio subperióstico metafisario. El diagnóstico y tratamiento precoz son cruciales para una correcta resolución del cuadro.

## CC 289

### TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA Y EMPLEO DE ALFA EPOETINA EN EL PACIENTE INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA: RELACIÓN CON INFECCIÓN HOSPITALARIA

Hamam Alcober, S.; Cuenca Espiérrez, J.; Báguena García, A.; Iglesias Aparicio, D.; Roche Albero, A. y Garrido Santa María, I.  
*Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción y objetivos.** El paciente intervenido de fractura de cadera presenta características inherentes que le hacen especialmente susceptible a sufrir una complicación infecciosa durante su ingreso. ¿Se relaciona la transfusión y el uso de alfa epoetina (EPO) con la infección?

**Material y método.** Se realizó estudio retrospectivo de los casos intervenidos por fractura de cadera, con edad superior a 65 años, que ingresaron en el Hospital Universitario Miguel Servet durante el año 2006. Se revisó en la historia clínica la aparición de complicaciones infecciosas. Se constató el empleo de transfusión sanguínea, y el uso de EPO. Los resultados se sometieron a cálculo estadístico.

**Resultados.** 445 pacientes, 75 varones y 370 mujeres, con edad media de 84,7. Presentaron infección 41 pacientes: 9 en herida quirúrgica, 27 en tracto urinario, y 4 respiratoria. Un 5,9% de los pacientes no transfundidos presentaron infección, por un 14,5% de los transfundidos ( $p = 0,002$ ). Un 12,1% de los pacientes con menos de 13 g/dl de hemoglobina (Hb) que no recibieron EPO presentaron infección, un 6,4% que sí recibieron presentaron, y un 8,7% de los pacientes con Hb mayor de 13 (no recibieron EPO) ( $p = 0,346$ ).

**Comentarios y conclusiones.** El uso de EPO no guarda relación con la aparición de infección en el paciente intervenido de fractura de cadera. La transfusión se correlaciona con el desarrollo de cuadro infeccioso.

## CC 290

### LUXACIÓN DEL ESPACIADOR ARTICULADO EN RECAMBIO SÉPTICO DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Conesa Muñoz, X.; Amat Mateu, C.; Corona Pérez-Cardona, P.; Guerra Farfán, E. y Flores Sánchez, X.  
*Hospital Traumatología y Rehabilitación Vall d'Hebrón, Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** El recambio en dos tiempos se considera el tratamiento de elección en la infección de las prótesis de rodilla. Los espaciadores articulados permiten la movilización de la rodilla tras el primer tiempo quirúrgico. Presentamos la luxación del espaciador como una complicación poco frecuente de esta técnica.

**Material y método.** Mujer 72 años con aflojamiento séptico en una PTR de 9 años de evolución. Se realizó un primer tiempo quirúrgico colocando un espaciador articulado de cemento con antibiótico preconformado, rellenando los defectos óseos (IIA femoral y I tibial) con cemento. El quinto día postoperatorio apareció limitación funcional y deformidad de la rodilla observándose la luxación de los componentes. Se redujo de forma cerrada bajo control escópico, destacando la inestabilidad de los componentes por lo que se limitó la carga y el balance articular hasta el segundo tiempo quirúrgico.

**Resultados.** Los espaciadores articulados permiten movilizar activamente la rodilla a la espera del segundo tiempo quirúrgico, disminuyendo la retracción ligamentosa y la contractura de partes blandas. Esta técnica permite un mayor balance articular postoperatorio y facilita la implantación de componentes protésicos definitivos, manteniendo las tasas de erradicación de la infección. Se describen pocas complicaciones como rotura o luxación del espaciador y dehiscencia de la herida quirúrgica.

**Comentarios y conclusiones.** El uso de espaciadores articulados con cemento antibiótico permite mejorar el balance articular de la rodilla, facilitando la implantación de los componentes definitivos. La movilidad debería limitarse en pacientes con inestabilidades ligamentosas o pérdidas óseas importantes para evitar la luxación de los espaciadores.

## CC 291

### FIEBRE Y COJERA EN NIÑA: ABSCESO EN MÚSCULO OBTURADOR IZQUIERDO

Miranda Sanromà, E.\*; Boada Roig, J.J.\*\*; Jarma Antacle, M.; Gebellí Jové, J.T.\*; Bel Llop, M.\* y Recasens Robert, J.\*

\*Servicio de COT. \*\*Servicio de Radiología Hospital de Sant Pau i Santa Tecla, Tarragona.

**Introducción y objetivos.** El absceso del músculo obturador es una entidad poco frecuente descrita en la literatura médica. Pese a ello, debemos tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de la artritis séptica de cadera en el niño.

**Material y método.** Niña de siete años de edad, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por fiebre alta de cuatro días de evolución y dolor de características mecánicas a nivel de la cadera izquierda. A la exploración física: Thomas positivo, dolor severo a la movilización de la cadera.

**Resultados.** RX: sin alteraciones significativas. Laboratorio: leucocitosis 12300, PCR 133, VSG 66. Ecografía: no evidencia de derrame articular ni colecciones. La RMN urgente de cadera: piositis con absceso del

músculo obturador externo izquierdo. Se inicia tratamiento antibiótico endovenoso, empíricamente, con cloxacilina y ceftriaxona. Hemocultivos (2): negativos. La paciente evoluciona de forma correcta, sin fiebre y sin dolor, los parámetros de laboratorio se normalizan. La paciente se trasladó a su hospital de referencia (otra comunidad autónoma).

**Comentarios y conclusiones.** Los síntomas más frecuentes de esta entidad: fiebre y cojera, pueden dirigirse hacia una entidad mucho más frecuente y temida: la artritis séptica de cadera. No es extraño que en algunos casos se proceda a la exploración operatoria de urgencia. Así pues, damos gran importancia a las pruebas complementarias (ecografía y resonancia magnética) en las primeras horas. Estamos ante una patología donde el tratamiento antibiótico es clave para su resolución.

## CC 292

### FASCITIS NECROTIZANTE TRAS INFILTRACIÓN EN EL CONTEXTO DE OSTEOPATÍA DE PUBIS

Torres Campos, A.; Estella Nonay, R.; García Gutiérrez, C.; Velázquez Acón, C.; Lasierra Sanromán, J.M. y Seral Iñigo, F. *HCU Lozano Blesa. Zaragoza.*

**Introducción y objetivos.** La fascitis necrotizante es una enfermedad poco frecuente pero muy grave. Supone una infección de partes blandas de rápida evolución y posterior necrosis de planos musculares y cutáneos que compromete la vida del paciente. Se presenta un caso clínico cuyo origen fue una infiltración por osteopatía de pubis.

**Material y método.** Paciente de 61 años que a las 48 horas de una infiltración en aductor medial presenta un cuadro de bajo gasto con empastamiento de zona de punción. Trasladado a nuestro centro se realiza TAC que impresiona de fascitis necrotizante de EII. Procedimientos Quirúrgicos: De urgencia se realizan fasciotomías amplias en cara medial y lateral de la cadera, desbridamiento agresivo en zona de fascia lata, glúteos y aductores, drenaje y antibioterapia sistémica.

**Resultados.** Se requiere reintervención ampliando fasciotomías y aumentando el desbridamiento inicial por persistencia de la clínica en el postoperatorio precoz. El cuadro sistémico cede a las 48 horas de la cirugía. Es dado de alta hospitalaria a las 4 semanas iniciando deambulación. Tras seis meses de rehabilitación la recuperación funcional completa.

**Comentarios y conclusiones.** La fascitis necrotizante suele deberse a una infección por gérmenes virulentos o *Streptococcus* del grupo A aislado. Es fundamental un diagnóstico muy precoz. El tratamiento agresivo puede ser la clave para frenar la toxicidad sistémica. Un desbridamiento amplio de las zonas necróticas asociado a antibioterapia específica y un soporte adecuado el paciente es la pauta necesaria para una correcta resolución del proceso.

## CC 293

### PIOMIOSITIS EN EXTREMIDADES INFERIORES. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Casellas García, G.; Panadero Moncusí, M.; Castro Ruiz, J.; Salzar Fernández de Erenchun, J. y Aliaga Orduña, F. *Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.*

**Introducción y objetivos.** La infección del músculo esquelético, piomiositis, es un proceso poco frecuente en países desarrollados. El microorganismo más frecuente es *S. aureus* y la evolución de la enfermedad puede cursar con formación de un o múltiples abscesos. La mayoría de casos ocurren en pacientes inmunodeprimidos.

**Material y método.** Presentamos 2 casos de piomiositis de nuestro centro en 2 hombres de 50 años. El primero tiene antecedentes de diabetes mellitus tipo I y insuficiencia renal en diálisis y consulta por dolor en muslo derecho que un mes después retorna por empeoramiento del estado general sin signos flogóticos ni fiebre. Se realizó resonancia magnética donde se observó piomiositis del vasto anterior. Se cursaron cultivos de material y hemocultivos seriados que fueron negativos. El segundo tenía antecedentes de hepatopatía crónica autoinmune en tratamiento con corticoides y consultó por debilidad, mialgias, edemas y lesión purpúricas en EEII. La RM mostró múltiples abscesos intramusculares en ambas EEII y la punción filió un *S. aureus*.

**Resultados.** El primer caso se trató mediante antibioterapia empírica por riesgo quirúrgico, la RM de control al mes observó mejoría acompañada de mejoría clínica. El segundo caso requirió desbridamiento quirúrgico

seguido de tratamiento antibiótico 15 días, con mejoría de parámetros clínicos y biológicos.

**Comentarios y conclusiones.** La piomiositis es poco frecuente en nuestro medio y frecuentemente se asocia a factores de riesgo o inmunosupresión. El tratamiento de elección es el desbridamiento quirúrgico seguido de antibioterapia, excepcionalmente el tratamiento puede ser exclusivamente con antibioterapia.

## CC 294

### INFECCIÓN HEMATÓGENA POR SALMONELLA ENTERITIDIS EN PRÓTESIS TOTAL DE CADERA

Iftimie, P.; Jordà Fernández, G.; Gordillo Santiesteban, A.M.; Pérez Rivas, M.C. y Giné Gomà, J. *Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona.*

**Introducción y objetivos.** En las artroplastias primarias de cadera se han comunicado tasas de infección de hasta un 2%. El *Staphylococcus aureus* es el patógeno más frecuente. La infección por *Salmonella* en prótesis de cadera es muy poco frecuente, según la bibliografía consultada. Presentamos un caso de infección hematológica de prótesis total de cadera por *Salmonella*.

**Material y método.** Mujer de 66 años, portadora de una prótesis primaria de cadera izquierda (2004), sin otros antecedentes de interés. En Mayo 2007 se presenta a Urgencias por fiebre, dolor e impotencia funcional cadera izquierda de 2 días de evolución, 1 semana después de un episodio agudo de gastroenteritis. La exploración clínica muestra rigidez y signos inflamatorios en cadera izquierda. La exploración radiológica es normal. En la analítica destaca leucocitosis y PCR elevado. Se realizan hemocultivos, coprocultivos, TAC, gammagrafía ósea y RM. Se diagnostica de artritis séptica hematológica de cadera y se realiza desbridamiento con recambio en 1 tiempo del componente acetabular y de la cabeza femoral. Los cultivos intraoperatorios: positivos para *Salmonella* enteritidis grupo C. Los coprocultivos: negativos. La paciente realiza tratamiento antibiótico con Ciprofloxacino.

**Resultados.** A las 6 semanas la PCR y VSG se normalizan. La evolución es buena, sin signos de recidiva durante el seguimiento (23 meses).

**Comentarios y conclusiones.** La *Salmonella* enteritidis puede ser responsable de infecciones hematológicas protésicas previo episodio de gastroenteritis. En este caso, un tratamiento precoz con un recambio parcial en un tiempo y tratamiento antibiótico adecuado han sido efectivos, hasta la actualidad para tratar la infección hematológica protésica de cadera por *Salmonella*.

## CC 295

### SEPSIS, MENINGITIS Y ABSCESO EPIDURAL POST INYECCIÓN PERIDURAL CON CORTICOIDES

Miranda Sanromà, E.; Buñuel Viñau, A.; Aixalà Llovet, V.; Sanchís Bernabeu, M.; Andreu Jiménez, M.L. y Recasens Robert, J. *Hospital de Sant Pau i Santa Tecla (Tarragona).*

**Introducción y objetivos.** El uso de corticoides peridurales es un tratamiento muy frecuente en el tratamiento de dolor lumbar y radicular. El absceso epidural con o sin meningitis asociada es una complicación rara pero gravísima. El agente etiológico mayoritario en la literatura fue el *Staphylococcus aureus*.

**Material y método.** Mujer de 71 años con antecedentes de obesidad mórbida, hipotiroidismo y anemia perniciosa. Controlada por lumbociatalgia L5 izquierda por una fractura osteoporótica de L5 asociada a hernia discal L4-L5 con componente foraminal de la raíz izquierda L4. Se remite a clínica del dolor que realiza dos infiltraciones peridurales con una gran mejoría.

**Resultados.** Siete días después, la paciente ingresa en la UCI por sepsis de origen desconocido. A la exploración destaca: Fiebre de 39°, Glasgow 8, pupilas isocóricas mióticas, hipotensión y tendencia a la hipoxemia. Laboratorio: leucocitosis 19000, alcalosis mixta. Punción lumbar: LCR turbio sin gérmenes en el Gram. Leucocitos 2560, proteínas 1382 mg/dl. Cultivos de LCR y hemocultivos positivos a *Staphylococcus aureus* meticilina sensible. RMN: Imagen compatible con absceso epidural de 3 mm de amplitud desde L2 a S2. Tratamiento con cloxacilina durante 6 semanas. Mejoría paulatina de los parámetros de la inflamación, del dolor lumbar y reducción del tamaño con los controles radiográficos.

**Comentarios y conclusiones.** El absceso epidural es una complicación infrecuente del tratamiento con corticoides peridurales. El tratamiento antibiótico precoz y el desbridamiento quirúrgico (si precisa) son imprescindibles para una correcta evolución. La existencia de una fractura osteoporótica concomitante es una entidad que nos dificulta la actitud terapéutica a seguir. Actualmente la paciente continúa con dolor lumbar y disestesias en extremidad izquierda sin dermatoma claro.

## CC 296

### OSTEOMIELITIS TIBIAL POR BRUCELLA MELITENSIS

Alonso Benavente, A.J.; López Ruíz De Salazar, A.; López Alameda, S.; Marín Guijarro, D. y Matesanz Velasco, F.J.  
*Complejo Asistencial de Segovia.*

**Introducción y objetivos.** La Brucelosis es una zoonosis endémica en el área Mediterránea. La principal vía de contagio es la cutáneo-mucosa. Las complicaciones osteoarticulares son frecuentes, no así la osteomielitis, afectando en mayor medida a la columna vertebral, sacroiliacas y articulaciones periféricas (principalmente tobillo y rodilla).

**Material y método.** Ganadero, 52 años que acude a urgencias por celulitis en región anterior de tibia derecha fluctuante, de 15 días de evolución. No clínica febril, no traumatismo previo. Como antecedentes personales, refiere Brucelosis en la infancia. Se realiza radiografía que muestra imagen sugerente de absceso de Brodie en tercio medio de tibia. Se solicita serología para *Brucella* spp que confirma reactivación de Brucelosis. Los hemocultivos efectuados fueron negativos.

**Resultados.** Se procede al drenaje del absceso subcutáneo, toma de muestras para cultivo y posterior curetaje del foco de osteomielitis, además de iniciar antibioticoterapia empírica. El análisis microbiológico confirma la existencia de la infección por *Brucella melitensis*, por lo que se instaura tratamiento con Estreptomicina (2 semanas), Rifampicina (4 semanas) y Doxiciclina (4 semanas). La evolución fue satisfactoria y los cultivos posteriores se negativizaron, por lo que fue dado de alta.

**Comentarios y conclusiones.** La osteomielitis por *Brucella* es rara, afectando la región anterior del tórax y la epifisis de huesos largos con mayor frecuencia. Se suele manifestar como absceso de partes blandas. Su diagnóstico es complejo por su baja incidencia, porque la clínica es sutil y su cultivo es difícil.

## CC 297

### SHOCK SÉPTICO POR INFECCIÓN HEMATÓGENA DE PTR

Garrido Santa María, I.; Araguás Biescas, A.; Benedí Alcaine, J.A.; Garrido-Santamaría, R.; Martínez Delgado, F. y Peguero Bona, A.  
*Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción y objetivos.** Varón de 73 años que acude a Urgencias por dolor, tumefacción y rubor en rodilla izquierda donde llevaba PTR desde hace 12 años. La Rx urgente muestra movilización del platillo tibial y contacto entre los componentes femoral y tibial por desgaste del polietileno. Antecedente de infección urinaria tres meses atrás tratada con antibióticos con persistencia de sensación distérmica ocasional.

**Material y método.** Se hace artrocentesis de rodilla izquierda, obteniéndose un líquido espeso y purulento, con aumento de proteínas, descenso marcado de glucosa y 133000 células nucleadas. Fiebre entonces de 38,5 °C y leucocitosis con neutrofilia. Se realiza nueva punción para tomar muestras para cultivo y antibiograma (se aísla E.coli). Se ingresa al paciente para tratamiento antibiótico intravenoso (tobramicina y cefonicida) y extracción de la prótesis en los días siguientes.

**Resultados.** La fiebre va en aumento a pesar del tratamiento antibiótico y antitérmico. A los 5 días debuta con disnea, hipotensión y disminución de la consciencia, destacando leucopenia y acidosis mixta. En shock séptico se ingresa en UCI. Se interviene de urgencia para extraer la PTR izquierda drenándose contenido purulento y se hace desbridamiento de sinovial con metalosis y osteitis periprotésica. La evolución es tórpida a pesar de inotropos, perfusión de furosemida y tratamiento antibiótico intensivo, falleciendo el paciente por fracaso multiorgánico a los 12 días.

**Comentarios y conclusiones.** No debemos subestimar las infecciones hematógena larvadas sobre implantes protésicos, ya que en este caso llevó al shock séptico a un paciente previamente sano, que falleció a pesar de la actuación de urgencia

## CC 298

### TUBERCULOSIS VERTEBRAL MÚLTIPLE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Polo Simon, F.; Laredo Rivero, R.; Gómez Bermejo, M.A.; Menéndez Martínez, P. y Cibantos Martínez, R.  
*Hospital Virgen de la Salud de Toledo.*

**Introducción y objetivos.** Presentamos el caso de un paciente varón de 30 años, natural de Mali, residente en nuestro país desde hace 2 años, sin antecedentes personales de interés, que tras ser atendido en 2 ocasiones en urgencias por dolor lumbar mecánico, en la última ocasión presentó además fiebre de 38°C, cansancio precoz y dolor en fosas renales a la puño-percusión.

**Material y método.** Ante esta nueva sintomatología y la presencia de imágenes líticas vertebrales en las Radiografías simples se inicia estudio analítico y serológico completo y se completan las pruebas de imagen con una Ecografía abdominal, TAC toraco-abdominal y RMN cervico-dorso-lumbar.

**Resultados.** El diagnóstico diferencial incluía la etiología tumoral versus infecciosa. La confirmación diagnóstica la dio el análisis anatómico-patológico de una PAAF de una de las lesiones osteolíticas lumbares, tratándose definitivamente de una Tuberculosis vertebral múltiple.

**Comentarios y conclusiones.** La Tuberculosis (TBC) sigue siendo, hoy día, una de las principales causas de mortalidad en el mundo. En nuestro medio, en las últimas décadas, gracias a la mejora de los mecanismos de identificación y tratamiento, había disminuido de forma significativa; sin embargo, el aumento de la inmigración proveniente de países menos desarrollados ha vuelto a poner al día los olvidados casos como el que presentamos. Lo más común en la TBC vertebral es la afectación de 1 ó 2 vértebras vecinas. Nuestro paciente presentaba una TBC vertebral múltiple con extensión pre y post-vertebral a varios niveles. Tras limpieza y descompresión quirúrgica y tratamiento médico específico el paciente evolucionó satisfactoriamente.

## CC 299

### ABCESO DE TIBIA EN NIÑO PROCEDENTE DE UN PAÍS TROPICAL

Colado Domínguez, J.; Navarro, R.; Rodríguez-Vellando, E. y Vicent, V.  
*Servicio de COT. Hospital Universitario la Fe. Valencia.*

**Introducción y objetivos.** Presentamos el caso clínico de un varón de 11 años de origen ecuatoriano que acude a nuestro centro remitido para valoración por una probable artritis séptica de tobillo de días de evolución. El paciente presentaba fiebre, edema de miembro inferior derecho con aumento de la temperatura local y dolor. Los valores de la analítica se encontraban alterados con una PCR de 293,2 mg/L y una VSG de 80 mm/h. En la RNM se objetivaban signos sugestivos de miofascitis de compartimento anterior y medio de la pierna. El tratamiento realizado consistió en fasciectomía y limpieza más antibioterapia intravenosa. Los hemocultivos y cultivos aislados dieron positivo para *Streptococo Beta Hemolítico grupo A* y confirmó el diagnóstico de piomiositis. El paciente evolucionó favorablemente y al alta continuó la pauta de antibioterapia con linezolid oral. Transcurridos 6 días del alta el paciente regresa a urgencias debido a un empeoramiento del estado general más impotencia funcional de la pierna derecha.

**Material y método.** A la exploración se apreciaba tumefacción, rubor, calor y dolor a la palpación en tibia distal y tobillo derecho con buena perfusión periférica. El paciente presentaba fiebre de 38 °C y una tensión arterial de 90/50 mm de Hg con palidez mucocutánea. Analítica alterada (VSG 60 mm/h, PCR 148,2 mg/L). En la radiografía de tibia y tobillo junto a la RNM se objetivó de osteomielitis de tibia distal acompañado por focos de infartos óseos. Ante el cuadro séptico que presentó el paciente se decidió realizar tratamiento quirúrgico por segunda vez en 15 días, realizándose drenaje de líquido tipo seroso-hemático y limpieza del secuestro mediante la apertura de una ventana ósea sobre la fistula existente en la cara antero-medial de la tibia.

**Resultados.** Se administró tratamiento intravenoso con ceftriaxona y linezolid, al quinto día se suspendió la ceftriaxona y se mantuvo con linezolid. Los redones se dejaron durante 10 días y se realizaron curas diarias presentando el paciente una rápida mejoría de su estado general, una disminución del dolor y de los signos inflamatorios locales. Los hemocultivos y los cultivos intraoperatorios fueron negativos. Al alta se mantuvo con la pauta de linezolid oral 600 mg 1 cada 12 horas. En los controles sucesivos a la primera, segunda y cuarta semana no se objetivó recidiva de derrame local, el paciente se encuentra afebril y sin impotencia funcional de la pierna derecha. Los controles analíticos y radiográficos se encuentran dentro del rango de la normalidad.

**Comentarios y conclusiones.** La piomiositis primaria es una infección subaguda bacteriana musculoesquelética. No está clara la etiología en la mayoría de los casos pero no es secundaria a una infección contigua de la piel, huesos o partes blandas. Se cree que puede ser debido a una complicación de una bacteriemia transitoria, siendo más frecuente su presentación en África y países del Pacífico Sur. El retraso en el diagnóstico puede resultar en un síndrome compartimental, la destrucción de tejidos adyacentes, la sepsis y en ocasiones la muerte. Una de las muchas secuelas que puede dar la piomiositis primaria es la osteomielitis de los huesos adyacentes. Para evitar todas estas complicaciones se requiere del rápido drenaje del absceso muscular seguido de la limpieza ósea junto a la administración adecuada de antibióticos durante un período de tiempo prolongado.

## CC 300

### ARTRITIS SÉPTICA FÚNGICA EN RODILLA POR *SCEDOSPORIUM OPIOSPERMUM*

Fernández Bran, B.; Castro Salvador, R.; Otero Pérez, R. y Barahona Argüelles, F.  
*Hospital POVISA.*

**Introducción y objetivos.** Las infecciones osteoarticulares producidas por hongos son cuadros poco frecuentes. *Scedosporium apiospermum* es un hongo filamentososaprófito posible responsable de infecciones en la piel, el sistema respiratorio, el sistema nervioso central o los huesos, siendo grave la afectación en estados de inmunodepresión.

**Material y método.** Presentamos un caso de artritis séptica de rodilla causada por este organismo tras una cirugía en un paciente inmunocompetente y se revisa la literatura.

**Resultados.** En el momento actual el paciente continúa a tratamiento antifúngico específico, encontrándose estable después de un desbridamiento radical. Hubo mejoría considerable del dolor tras el desbridamiento quirúrgico y el tratamiento quimioterápico inicial.

**Comentarios y conclusiones.** Con este caso queremos poner de manifiesto que un caso de artritis séptica en un paciente inmunocompetente, como complicación de una cirugía artroscópica, debe tenerse en cuenta el origen fúngico a la hora del diagnóstico diferencial.

## CC 301

### DESIMPLANTACION DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS CERVICAL EN PACIENTE CON LESIÓN MEDULAR

Polo Simón, F.; Santacruz Arévalo, A.; Holgado Moreno, E.; Fajardo Romero, J.F. y Laredo Rivero, R.  
*Hospital Virgen de la Salud. Toledo.*

**Introducción y objetivos.** Paciente de 32 años, remitido al Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo para tratamiento rehabilitador de síndrome de lesión medular transversa tipo ASIA A, a nivel C5, secundario a fractura luxación C5/C6. En su centro de origen fue intervenido, realizándose reducción y osteosíntesis anterior con placa atornillada y caja intersomática.

**Material y método.** Al tercer mes postquirúrgico los controles radiológicos mostraron aflojamiento y movilización del material de osteosíntesis sin otros datos clínicos ni analíticos acompañantes.

**Resultados.** Se optó por reintervenir al paciente para realizar retirada del material y nueva fijación anterior. Sin embargo, en el acto quirúrgico apareció una colección purulenta densa sobre los implantes que obligó a optar por una artrodesis posterior en un segundo tiempo. En el cultivo creció *Candida albicans*.

**Comentarios y conclusiones.** El aflojamiento y desimplantación del material de osteosíntesis en columna cervical es una complicación rara, pero grave. Cuando la desimplantación es de origen séptico suelen existir manifestaciones locales y sistémicas propias de la infección, sin embargo, en ocasiones como en nuestro caso, no es así al tratarse de una infección fúngica. Este tipo de infecciones deben tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de una desimplantación de material en pacientes de las características comentadas, y por tanto puede estar justificada la profilaxis antifúngica en pacientes sometidos a cirugía cervical que porten una traqueostomía. Aunque mayoritarias, las desimplantaciones sépticas del material de osteosíntesis no se deben en exclusiva a gérmenes bacterianos, en ocasiones, pueden estar debidas a otros tipos de microorganismos.

## CC 302

### ABSCESO EN HOMBRO EN PACIENTE CON TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR QUE DEBUTA COMO TUMORACIÓN DE 1 MES DE EVOLUCIÓN. IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS

Sánchez-Guardamino, D.; González Arteaga, F.J.; Moreno Izco, I.; Brun Sánchez, M.; Romero Campuzano, R. y Hidalgo Ovejero A.  
*Hospital Virgen del Camino – Clínica Ubarmin. Pamplona. Navarra.*

**Introducción y objetivos.** Los abscesos en pacientes inmunosuprimidos pueden cursar sin fiebre ni clínica evidente de infección.

**Material y método.** Se presenta el caso de una mujer de 66 años remitida a la consulta de Traumatología desde Urgencias. La paciente refería dolor en el hombro derecho desde hacía más de un mes y en las últimas semanas había detectado la aparición de una tumoración en la zona escapular. No tenía fiebre ni afectación del estado general. Al interrogar sobre sus antecedentes sólo comenta estar intervenida por una tumoración maligna de la mama derecha. Se sospechó como primer diagnóstico la existencia de un tumor primario o metastático. En la analítica se detectó una importante elevación de la PCR y neutrofilia. En la RMN se objetivó la existencia de un voluminoso absceso cervicotorácico con extensión periescapular. Al volver a revisar la historia de la paciente se constató que padecía una hepatitis autoinmune por la que estaba siendo tratada con inmunosupresores. Fue intervenida por los Servicios de Cirugía Torácica y ORL, realizando drenaje del absceso. En los hemocultivos y en las muestras quirúrgicas se aislaron *Salmonella enteritidis* y *S. aureus*.

**Resultados.** Tras el drenaje y tratamiento antibiótico se consiguió la resolución del cuadro infeccioso.

**Comentarios y conclusiones.** En los pacientes inmunosuprimidos los abscesos pueden tener un curso clínico insidioso y orientar hacia un diagnóstico erróneo. Es importante una exhaustiva anamnesis del paciente para recabar toda la información relevante para el diagnóstico.

## CC 303

### PIOMIOSITIS MASIVA DE NALGA Y MUSLO POR *SALMONELLA* PRODUCTORA DE GAS

San Nicolás, J.A.; Gracia Alegría, I.; Colomina Morales, J.; Carrera, I. y Trigo, L.  
*Servicio C.O.T. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** Las infecciones extra-intestinales por *Salmonella* son poco frecuentes (5%- 10% de pacientes con bacteriemia por *Salmonella*), especialmente las de partes blandas esqueléticas (3%- 12% de todos los casos de afectación extra-intestinal). A pesar de presentar capacidad formadora de gas, sólo se han descrito seis casos de afectación esquelética con formación de gas por *Salmonella* en toda la literatura. Se presenta un nuevo caso.

**Material y método.** Paciente de 53 años con cuadro febril y dolor en muslo y nalga derecho de 6 días de evolución, con empeoramiento en las últimas 24 horas. Presenta antecedente de sarcoma fusocelular, tratado mediante cirugía, radioterapia y quimioterapia. Se aprecia nalga y muslo derecho de mayor tamaño, calor, dolor y crepitación a la palpación, y aire en partes blandas en radiografía simple. El TC demuestra la presencia de múltiples colecciones con aire en musculatura y tejido subcutáneo. Se realiza punción aspiración, revelando material purulento, con presencia de BGN en la tinción de Gram.

**Resultados.** Se realiza desbridamiento agresivo y tratamiento con ceftriaxona y ciprofloxacino endovenoso durante 3 semanas, pasando posteriormente a vía oral. Tanto hemocultivos como cultivos del material purulento demuestran el crecimiento de *Salmonella enteritidis*. La evolución es satisfactoria, pero el paciente fallece 3 meses después por diseminación pulmonar del sarcoma fusocelular.

**Comentarios y conclusiones.** La presencia de piomiositis por *Salmonella enteritidis* productora de gas es muy infrecuente; de los seis casos publicados por *Salmonella*, tan sólo 2 lo son. Este es el primer caso descrito en nuestro país. Su tratamiento obliga al desbridamiento agresivo y a tratamiento antibiótico específico.

## CC 304

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESIÓN LÍTICA DE CADERA: TUBERCULOSIS TROCANTÉREA

Lambán Mascaray, N.; Contreras Cítores, Y.; Gutiérrez Sánchez, L.; Mora Fernández, M. y Blanco Pozo, A.

**Introducción y objetivos.** Paciente de 75 años con antecedentes de DM tipo II, hipertrofia benigna de próstata, fibrilación auricular y artrosis de columna vertebral, que acude a consultas por dolor inguinal mecánico izquierdo de 2 años de evolución sin causa aparente. Presenta una limitación moderada a la rotación interna y externa.

**Material y método.** La radiografía muestra una lesión lítica de bordes mal definidos con reabsorción ósea del trocánter mayor sin reacción perióstica, por lo que ingresa para estudio para descartar un sarcoma. TAC: engrosamiento sinovial, derrame articular y erosiones óseas. RMN: masa sinovial compatible con sinovitis vellonodular. Gammagrafía: inflamación-infección de cadera. Prueba de la tuberculina positiva. Se realiza una biopsia a cielo abierto mostrando una sinovitis tuberculosa y diagnosticándose de Tuberculosis de cadera.

**Resultados.** Junto con el servicio de Medicina Interna se decide tratamiento conservador con reposo inicial y carga progresiva, AINES, profilaxis antitrombótica y antibioterapia con rifampicina e isoniazida, consiguiendo una disminución casi total de los síntomas locales pese a la persistencia de la radiología y un empeoramiento inicial del estado general por el tratamiento, que luego se normaliza.

**Comentarios y conclusiones.** La diseminación hematogena del *Mycobacterium tuberculosis* es la causa más frecuente de la tuberculosis osteoarticular, cuya localización en fémur proximal, aunque rara, es la segunda más frecuente. El diagnóstico definitivo requiere cultivo e histología, y hay que realizar diagnóstico diferencial con osteomielitis y tumores principalmente. Produce gran reacción de partes blandas, abscesos, fístulas y lesiones radiológicas crónicas.

## CC 305

### ARTRITIS SÉPTICA DE CADERA POR STREPTOCOCCUS AGALACTIAE EN PUERPERA

Vivanco Jódar, T.; Diez Berrio, L.; Calvo Calvo, S.; López Goenaga, J. y García de la Blanca, J.C.  
*Hospital 12 de Octubre. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** A propósito de un caso.

**Material y método.** Se presenta el caso de una mujer de 38 años, que refiere dolor e impotencia funcional en cadera derecha, que comienza unos días después de su segundo parto vía vaginal. Como antecedentes destaca una osteotomía de Sugioka en fémur proximal derecho por necrosis avascular fijada con DHS. La sintomatología es progresiva e incapacitante. Al mes de evolución en la radiografía simple se aprecia destrucción articular coxofemoral, con gammagrafía ósea con Tecnecio y Galio hipercaptante y sugerente de proceso infeccioso a dicho nivel. Niveles de PCR y VSG elevadas. Se interviene quirúrgicamente, encontrando material purulento e importante afectación articular. Se realiza lavado y artroplastia de resección de Girdstone y se coloca espaciador de cemento con gentamicina. En varios cultivos crece *Streptococcus Agalactiae*. Se instaura tratamiento antibiótico durante dos meses.

**Resultados.** A los cuatro meses, con analíticas seriadas en rango normal, se decide nueva intervención quirúrgica, retirando el espaciador e implantándose una prótesis total de cadera no cementada. El postoperatorio cursa sin complicaciones, iniciando rehabilitación y deambulación progresiva. Tras un seguimiento de seis meses, la paciente no presenta ningún signo clínico ni analítico de recidiva de la infección.

**Comentarios y conclusiones.** La infección articular por *S. agalactiae* está descrita en pacientes adultos no gestantes que presentan enfermedades crónicas subyacentes (cáncer, hepatopatías) y en aquellas que cursan con disminución de la inmunidad. Los casos relacionados con puerperas tras parto vaginal son excepcionales en la literatura médica.

## CC 306

### INFECCIÓN AGUDA POSTOPERATORIA POR CANDIDA ALBICANS EN ARTROPLASTIA: A PROPÓSITO DE 2 CASOS

Sales Fernández, R.; Cebreiro Martínez Del Val, I.; Moros Marco, S.; Herrera Mera, P.; García Medina, P. y Del Olmo Hernández, T.  
*Hospital Ramón y Cajal. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Presentamos 2 casos poco habituales de infección aguda postoperatoria tras artroplastia por *C. albicans*.

**Material y método.** Caso 1: paciente de 76 años en tto con qt<sup>a</sup> (chop) por linfoma tipo b difuso de células grandes. Sufre fractura patológica cadera dcha. Se interviene realizándose ptc. En postoperatorio inmediato luxación recidivante de ptc (5 episodios) lo que requiere recambio del cotilo. En 11º dpo drenaje abundante por herida qx de aspecto serohemático sin signos inflamatorios locales de la herida. Se realiza desbridamiento urgente. Cultivos positivos *C. albicans*. Tto antifungico con fluconazol 400 mg/24 horas y evolución favorable de herida y alta. Fallece por enfermedad de base. Caso 2: paciente de 67 años con aflojamiento séptico de ptr dcha. Recambio en dos tiempos con terapia AB IV 6 semanas. En postoperatorio al 13º día aparece drenaje serohemático abundante en zona proximal de herida qx con inflamación local. Se decide desbridamiento urgente y recambio de polietileno. Cultivos *C. albicans*. Tto antifungico con fluconazol 400 mg/24 horas durante 3 meses.

**Resultados.** Caso 2: evolución satisfactoria al año con remisión clínica y normalización de PCR.

**Comentarios y conclusiones.** Ambos pacientes son inmunosuprimidos. Múltiples cirugías. Infección subclínica en mucosas por candida *albicans* la clínica aparece a los 13-15 días como drenaje por herida de abundante líquido serohemático. Paciente afebril y no séptico. La cirugía precoz permite el desbridamiento quirúrgico, la obtención cultivos del líquido articular y evitar sobreinfección por drenaje persistente. Tratamiento con antifúngico por vo durante 3 meses ha dado resultado satisfactorio preservando el implante

## CC 307

### TUBERCULOSIS ÓSEA EN PALA ILÍACA

García Portabella, P.; Sánchez-Mayoral Posada, A.\* y Barrio Bernardo-Rúa, J.  
*Hospital de Jove.\*Hospital de Cabueñes. Gijón.*

**Introducción y objetivos.** Presentamos un caso de tuberculosis ósea en pala ilíaca en paciente intervenido de tumor de colon y tumor de células claras de riñón.

**Material y método.** Varón de 50 años, operado de un adenocarcinoma de colon tipo B y un adenocarcinoma de riñón de células claras, ambos sin conexión, que acude 6 meses después de la cirugía por lumbalgia, detectándose en la radiografía de pelvis una imagen lítica de 2 cm de diámetro en pala ilíaca izquierda. Se realizan estudios de Gammagrafía ósea que descartan otras imágenes captantes a la de la lesión ósea, y una primera punción con TAC cuyo resultado de Patología informa de "lesión necrotizante sospechosa de malignidad".

**Resultados.** Ante la necesidad de un diagnóstico anatomopatológico preciso para valorar el tratamiento quimioterápico apropiado (válido para tumor de colon pero no válido para tumor renal), se realiza nueva punción-TAC que se informa como "inflamación crónica granulomatosa sugestiva de tuberculosis". Ante este resultado, el paciente es sometido a tratamiento tuberculostático obteniéndose remisión de la lesión sin recidiva en controles en años posteriores.

**Comentarios y conclusiones.** La repetición de la biopsia por punción estuvo indicada en este caso ya que la cirugía alternativa presentaba considerables inconvenientes (sangrado si hubiera sido hipernefroma, metastatización de vía de abordaje en exéresis completa). A pesar de la excepcionalidad de la localización de esta infección que la hacía poco probable en el diagnóstico diferencial, se demostró que el estricto criterio de los oncólogos de no tratar lesiones sin confirmación histológica era la opción más acertada.

## CC 308

### COMPLICACIÓN INUSUAL TRAS ENCLAVAMIENTO DE FRACTURA PERTROCANTÉREA DE FÉMUR

Carreras Castañer, A.; Esteban Navarro, P.L.; Martínez Grau, P.; Morales Codina, A.M. y Salomó Domenech, M.  
*Hospital de Sabadell.*

**Introducción y objetivos.** El enclavamiento de las fracturas inestables del segmento proximal del fémur es un tipo de osteosíntesis que suele dar buenos resultados. No obstante, no está exento de complicaciones.

**Material y método.** Varón de 77 años de edad traído a urgencias tras sufrir caída. Presentaba dolor e impotencia funcional a nivel de cadera derecha, con acortamiento y rotación externa de la extremidad. Radiografías: fractura pertrocantérea (AO: 31-A2.3). Se intervino qui-

rúrgicamente: reducción cerrada y osteosíntesis (clavo endomedular). Deambulacion al tercer día. Evolución tórpida de la herida, requiriendo desbridamiento y aislándose colonias de *S. epidermidis* y *P. acnes*. Se instauró terapia antibiótica domiciliaria con clindamicina asociada a rifampicina. Cinco semanas después el paciente fue traído a urgencias por dolor en cadera derecha e impotencia funcional. Las radiografías mostraban luxación coxofemoral. Se realizó reducción cerrada bajo sedación y se colocó ortesis, a pesar de lo cual sufrió dos nuevos episodios de luxación. Se indicó la extracción del material de osteosíntesis y se realizó una artroplastia de resección. En las muestras de tejido no se aislaron gérmenes, pero la anatomía patológica mostró abundantes infiltrados inflamatorios agudos, siendo la impresión diagnóstica la infección del material de osteosíntesis.

**Comentarios y conclusiones.** El tratamiento de las fracturas de fémur proximal es uno de los procedimientos más habituales en nuestros servicios. La tasa de infección es aceptablemente baja y no suele acompañarse de esta complicación. Dadas la inestabilidad mecánica y las características del paciente, se optó por realizar una artroplastia de resección.

## CC 309

### ABSCESO EN PSOAS SECUNDARIO A ESPONDILODISCITIS LUMBAR

Salomó Domènech, M.; Esteban Navarro, P.L.; García Casas, O. y Girvent Montllor, F.  
*Hospital de Sabadell (CSPT).*

**Introducción y objetivos.** Las espondilodiscitis bacterianas son procesos poco frecuentes. El germen más frecuentemente relacionado es *Staphylococcus aureus*. La asociación entre absceso de psoas y espondilodiscitis lumbar por bacilo gram negativo es una entidad muy rara. Existen una gran variedad de causas de absceso secundario entre las que se encuentran la infección del tracto urinario, diverticulitis, apendicitis, espondilodiscitis lumbar, endocarditis, hemodiálisis, instrumentación e intervenciones quirúrgicas.

**Material y método.** Paciente varón de 56 años no inmunodeprimido, como antecedentes de interés constan: intervención quirúrgica de absceso perianal desbridado bajo raquianestesia dos meses antes de la consulta actual. Consulta por dolor lumbar irradiado a ambas extremidades inferiores y fiebre. Se realiza TAC lumbar donde se muestra lesión del cuerpo vertebral L5-S1 compatible con espondilodiscitis. Se decide ingreso para tratamiento antibiótico endovenoso. Posteriormente inicia cuadro de inestabilidad hemodinámica que precisa de drogas vasoactivas e ingreso en UCI. Se realiza una RMN urgente que muestra alteración de la señal del disco y esponjosa ósea de L5-S1 y colecciones líquidas abscicadas en la musculatura paravertebral posterior derecha, psoas y glútea derecha. Los hemocultivos son positivos a *Bacteroides fragilis*. Se intenta punción y drenaje percutáneo bajo control radiológico que no es factible y dado el estado general del paciente se decide drenaje quirúrgico. Se realiza junto drenaje anterior a través de vía de Mc Burney obteniéndose gran cantidad de líquido purulento al llegar al espacio de los psoas y posteriormente por vía Kocher-langhenbeck.

**Resultados.** Realizó 8 semanas de tratamiento antibiótico endovenoso. Buena evolución clínica y normalización de los parámetros analíticos.

**Comentarios y conclusiones.** -El desconocimiento de esta entidad por su reducida incidencia puede conducir a retrasos en el diagnóstico que prolongan la hospitalización y aumentan la morbimortalidad (> 20%). Descartar siempre inmunosupresión. La mayoría de los autores consideran como diagnóstico de elección del absceso en psoas la realización de una TC abdomino-pélvica. El drenaje percutáneo dirigido por TC, y el tratamiento antibiótico prolongado es la alternativa terapéutica más extendida.

## CC 310

### TENOSINOVITIS AGUDA DE FLEXORES EN CANAL CARIANO POR PRUNUS SPINOSA

Najarro Cid, F.J.; Jiménez Martín, A.; Romero Candau, F.; Navarro Martínez, S.; Gómez de los Infantes Troncoso, J.G. y Pérez Ferri, R.  
*Hospital FREMAP. Sevilla.*

**Introducción y objetivos.** La herida por púa de *Prunus spinosa* supone para Ramanathan y Baskar una causa de frecuente sinovitis. Nuestro objetivo es presentar un caso de herida por púa vegetal desencadenante de un síndrome del túnel carpiano.

**Material y método.** Paciente de 50 años que acude refiriendo herida punzante con púa vegetal extraída supuestamente entera inicialmente por el propio paciente, en la región del túnel carpiano. Tras 2 semanas con el cuerpo extraño en el interior de la mano, y ecografía inicial sin hallazgos significativos, es derivado por Tinnel, Phalen positivos, con intensa retracción flexora, compatible con tenosinovitis en la mano izquierda. Rx: No osteomielitis, ni cuerpos extraños visibles. Ecografía: Inflamación de tendones flexores, sin aparentes cuerpos extraños. VSG, PCR, hemograma y bioquímica sin hallazgos significativos.

**Resultados.** Se procede a la extracción de púa de 8 cm, dispuesta longitudinalmente entre los flexores, tras apertura del túnel carpiano. Cultivo positivo para *Pantoea agglomerans*. Tras 1 semana de amoxicilina-clavulánico y 4 de rehabilitación, el paciente se recupera favorablemente, sin lesiones neurovasculares.

**Comentarios y conclusiones.** El 44% de estos traumatismos pueden no ocasionar síntomas a largo plazo, pero entre los riesgos de las heridas punzantes vegetales reside el riesgo de la tenosinovitis por *Pantoea agglomerans*. Otras complicaciones evidentes son la gangrena gaseosa, la migración intratendinosa, o la artritis séptica. La ultrasonografía detectaría cuerpos extraños de menos de 0.5 cm. Sin embargo, la complicación de un túnel carpiano resulta excepcional y justifica nuestro interés por el caso, dado, además, el gran tamaño del cuerpo extraño hallado.

## CC 311

### INFECCIÓN PROTÉSICA POR MYCOBACTERIUM FORTUITUM: A PROPÓSITO DE UN CASO

Aragonés Maza, P.; Rubio Torres, J.A.; Bau González, A.; Touza Fernández, A. y Martín Guinea, J.  
*Hospital Universitario de Getafe. Getafe, Madrid.*

**Introducción y objetivos.** *Mycobacterium fortuitum* es una micobacteria atípica resistente a la mayoría de los agentes antituberculosos clásicos. Es muy infrecuente hallarlo como responsable de una infección protésica, existiendo pocos casos documentados.

**Material y método.** Varón de 70 años intervenido de ATR. Cuatro semanas después presenta dolor, fiebre, rodilla caliente y ocupada, extrayéndose líquido articular turbio con un recuento de 46.600 células/mm<sup>3</sup> (95%PMN), glucosa baja y proteínas altas. Presenta además leucocitosis y PCR 84. Se realiza lavado artroscópico urgente y toma de muestras, creciendo *Mycobacterium fortuitum*. Con este diagnóstico se opta por un recambio en dos tiempos; un primer tiempo para extracción de material, desbridamiento y colocación de espaciador de cemento con amikacina, iniciando un ciclo de antibioterapia intravenosa de 6 meses (amikacina y ciprofloxacino), durante los cuales se autoriza deambulación con ortesis QTB y bastones. El segundo tiempo se realiza tras normalización de parámetros analíticos.

**Resultados.** Pasados 6 meses el paciente está asintomático, con parámetros analíticos normalizados. Moviliza 0-90° y camina sin bastones.

**Comentarios y conclusiones.** *Mycobacterium fortuitum* es un agente patógeno raro en humanos. Aparece principalmente en abscesos tras inyecciones, cirugía protésica valvular e infecciones pulmonares en inmunodeprimidos. El tratamiento curativo consiste en la retirada del implante, desbridamiento y antibioterapia prolongada; por lo general es sensible a amikacina y cefoxitina. La respuesta a antibióticos es lenta, debiendo mantenerse de 3 a 6 meses. En conclusión, es un agente infrecuente de difícil erradicación para el que no existen protocolos universalmente estandarizados, debiendo individualizarse cada caso.

## CC 312

### ARTROSCOPIA DE RODILLA: 2 CASOS DE ARTRITIS SÉPTICA

Camacho Serrano, F.; Corrales Díaz, A.; Medina León, N.; Carpintero Lluch, R.; Nieto Díaz de los Bernardos, I. y Sánchez de la Villa, O.  
*H.U.V. Macarena. Sevilla.*

**Introducción y objetivos.** La cirugía artroscópica, ha sido considerada como una técnica con escasas complicaciones, sin embargo éstas existen, siendo la infección la más dramática.

**Material y método.** Presentamos un estudio observacional descriptivo de 113 artroscopias de rodilla en 18 meses realizados por el mismo personal, en el mismo quirófano, y en las mismas condiciones de asepsia.



**Resultados.** Como complicaciones surgen 2 casos de artritis séptica (1.76%. Siete veces superior a lo normal).

**Comentarios y conclusiones.** Nuestro estudio demuestra la eficacia de los desinfectantes, siempre y cuando se utilicen en las concentraciones adecuadas, con un tiempo de contacto suficiente y realizando previamente limpieza exhaustiva del instrumental.

## CC 313

### ARTRITIS SÉPTICA DE RODILLA TRAS PUNCIÓN ARTICULAR. NUESTRA EXPERIENCIA

Corrales Díaz, A.; Camacho Serrano, F.; Medina León, N.; Carpintero Lluch, R.; Delgado Gherzi, A. y García Frasquet, M.A.  
*Hospital Virgen Macarena. Sevilla.*

**Introducción y objetivos.** La artritis séptica de rodilla es un problema actual que requiere una actuación adecuada y firme. Una de sus variadas etiologías es la infección por inoculación directa tras punción articular.

**Material y método.** Realizamos un a revisión de artritis sépticas atendidas en nuestro servicio en el periodo de 2006–2008. Los criterios de inclusión fueron: Paciente adulto, un antecedente de punción articular y sospecha clínica artritis séptica rodilla. En todos los casos se instauró un tratamiento antibiótico precoz, siempre después de la toma de muestras mediante artrocentesis, y también en el 100% de los casos se realizó una rehabilitación posoperatoria adecuada.

**Resultados.** Encontramos 8 casos descritos de artritis séptica de rodilla tras punción articular sobre los cuales llevamos a cabo un estudio descriptivo. No se encontraron diferencias en cuanto a la lateralidad de la serie siendo la rodilla derecha la afectada en 4 casos y la izquierda en otros 4 casos. La sustancia introducida responsable de la artritis séptica fue en 6 de los casos corticoides y en 2 de los casos, ácido hialurónico. *Staphylococcus aureus* fue el germen encontrado con mayor frecuencia en los cultivos (4 casos). El cultivo fue negativo en 2 de los casos.

**Comentarios y conclusiones.** El tratamiento de la artritis piógenas debe ser urgente y precoz, Realizamos en nuestros casos un tratamiento basado en 3 pilares fundamentales buena terapia antibiótica, el drenaje quirúrgico de la articulación y la rehabilitación. El tratamiento antibiótico debe mantenerse durante al menos 4 -6 semanas y debe ser activo frente al germen sospechado

## CC 314

### PIOMIOSITIS Y SÍNDROME COMPARTIMENTAL: CASO CLÍNICO

Malo Finestra, L.; Castán Bellido, L.; Seral García, B.; García Gutiérrez, C. y Velázquez Acón, C.  
*Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.*

**Introducción y objetivos.** El síndrome compartimental se produce normalmente tras un traumatismo, una lesión vascular... es poco frecuente la asociación con la piomiositis infecciosa.

**Material y método.** Presentamos un caso clínico de un varón de 41 años, consumidor ocasional de heroína endovenosa, sin otros antecedentes de interés. Presenta dolor y signos infecciosos agudos en el antebrazo, fiebre mayor de 39°C y llama la atención la elevada tensión del compartimento volar. La movilidad activa del codo y la muñeca es prácticamente nula y la extensión pasiva de la muñeca desencadena dolor en el antebrazo. La presión intracompartimental superaba los 40 mmHg. La analítica mostraba leucocitosis y marcada desviación izquierda, aumento de CPK y mioglobina y acidosis metabólica.

**Resultados.** Se realizaron fasciotomías urgentes y desbridamiento del exudado purulento y tejido necrótico hallado. Se instauró tratamiento antibiótico intravenoso empírico. El cultivo fue positivo para *Streptococcus mitis*. El resultado anatomopatológico fue de miositis flegmonosa supurada. El cuadro curó con éxito, sin secuelas secuelas motoras ni sensitivas.

**Comentarios y conclusiones.** La piomiositis es más frecuente en varones, entre 20 y 40 años, inmunocomprometidos, sin embargo puede asociarse con heridas y venopunciones en inmunocompetentes. El diagnóstico de sospecha ha de ser clínico, el TC o la RMN pueden ser muy útiles, pero la asociación con un síndrome compartimental hizo que, en nuestro caso, se desestimara este recurso, pues el tratamiento precoz es fundamental para evitar las secuelas del síndrome compartimental. El tratamiento de elección de la piomiositis es el desbridamiento quirúrgico y un tratamiento antibiótico empírico.

## CC 315

### FASCITIS NECROSANTE EN ADULTO NO INMUNOCOMPROMETIDO

Rigol Ramon, P.; Alier, A.; Puig, L.; Martínez, S. y Sánchez, J.F.  
*Hospitales IMAS.*

**Introducción y objetivos.** La fascitis necrosante y la síndrome del shock séptico estreptocócico son patologías causadas por cepas virulentas de estreptococos productores de exotoxinas que ponen en peligro la vida del paciente.

**Material y método.** Varón de 30 años sin antecedentes patológicos conocidos que debutó con bursitis en codo izquierdo sin antecedente traumático ni picadura, tratándose ambulatoriamente con clindamicina. Se presentó a urgencias al día siguiente con aumento del dolor y eritema que se extendía a antebrazo. Estaba afebril y asociaba glositis y leve descamación facial. La analítica mostraba una PCR de 50 y leucocitosis con desviación a la izquierda. Se trató como una celulitis con Daptomicina y Ertapenem. Se realizó ecografía compatible con celulitis, no mostraba colecciones pero sí signos de trombosis venosa superficial. La evolución fue buena, con disminución del edema, el eritema y el dolor, dándose de alta con PCR de 9.4 y Linezolid oral. 2 días tras finalizar el tratamiento antibiótico acudió a urgencias febril, taquicárdico e hipotenso, con signos de IRA, shock séptico y PCR de 38. El antebrazo presentaba eritema con flictenas serosanguinolentas, con un dolor extremo

**Resultados.** Se desbridó quirúrgicamente e inició tratamiento con Clindamicina y Penicilina G. Los cultivos intraoperatorios fueron positivos para *Streptococcus pyogenes*. Presentó buena evolución clínica y de la herida, que requirió cobertura con injerto libre de piel autóloga

**Comentarios y conclusiones.** Este caso fue mal orientado como un celulitis dada la buena evolución inicial. La fascitis necrosante requiere un diagnóstico clínico rápido y un tratamiento inmediato para salvar la vida del paciente.

## CC 316

### COLGAJO DE VASTO LATERAL DE CUÁDRICEPS EN LA INFECCIÓN CRÓNICA DE ARTROPLASTIA DE CADERA

Pérez González, J.L.; Cebrian Parra, J.L.; Rizo De Álvaro, B.; González González, D.; Valle Cruz, J.A. y Tejada Gallego, J.  
*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** El tratamiento de las infecciones crónicas y recurrentes en la artroplastia de cadera se plantea como un reto para el cirujano. La elección de un tratamiento debe supeditarse a la situación individual del paciente. La utilización del colgajo de vasto lateral de cuádriceps junto a un agresivo desbridamiento supone una sencilla alternativa para el tratamiento de esta patología difícil de tratar.

**Material y método.** Paciente intervenida en 2003 de artroplastia total de cadera después de fractura subcapital. Presenta un primer episodio infeccioso con supuración activa positivo a *Staph. epidermidis* a los dos meses de la cirugía. Desde entonces sufre episodios repetidos de reactivación de la infección que terminan en Girdstone y posterior rescate de la prótesis. Después de 4 años asintomática presenta reactivación del cuadro infeccioso por lo que se decide retirada de la prótesis y cobertura con colgajo de vasto lateral de cuádriceps.

**Resultados.** La infección local ha sido contralada y los marcadores infecciosos se redujeron en el primer mes después de la cirugía. No ha habido ninguna morbilidad asociada a la técnica. La paciente deambula con dos apoyos. No alteración funcional en relación a la transposición.

**Comentarios y conclusiones.** Se plantea un caso de infección crónica recalcitrante de artroplastia de cadera en la que el Girdstone junto a un colgajo de vasto lateral de cuádriceps resulta en el control local de la infección y la disminución de los reactantes de fase aguda.

## CC 317

### APARICIÓN DE FÍSTULA VESÍCULO-ARTICULAR EN UNA PACIENTE CON ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA

Saborido, A.; Cabo, J.; Agullo, J.L.; Pedrero, S.; Pérez, A. y Portabella, F.  
*Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** Presentamos a continuación un caso clínico en relación a una complicación poco frecuente en la artroplastia total de cadera que tratamos en nuestro centro en nuestro centro.

**Material y método.** Paciente de 80 años con antecedentes patológicos de histerectomía más anexectomía por neoplasia de endometrio con radioterapia coadyuvante, prótesis bilateral de rodilla y de cadera. La PTC izquierda evoluciona a aflojamiento del componente acetabular que precisa un recambio con anillo de Schnëider y prótesis cementada. Evolucionando a la infección aguda que requirió desbridamiento y tratamiento antibiótico. En los controles radiológicos posteriores se observa una migración del anillo con desplazamiento intrapélvico progresivo. Cuatro años más tarde la paciente reingresa por cuadro febril, desorientación y fistula en la herida quirúrgica con salida de líquido claro. Los cultivos de la fistula, así como los urocultivos fueron positivos para *E. Coli* y *Candida glabrata*.

**Resultados.** Entre las diferentes pruebas diagnósticas se realizó una ureteroscopia, que puso de manifiesto la penetración de la punta del anillo de Schnëider intraureteral. Con el diagnóstico de PTC infectada y fistula urinaria por decúbito del material protésico se realizó: desbridamiento, artroplastia de resección (Girdlestone) y ureterostomía.

**Comentarios y conclusiones.** La fistula vesiculo-articular es una complicación rara pero grave. Se cree que la formación puede estar en relación con la migración de los componentes o el cemento, o el proceso séptico local. Puede aparecer meses o años después de la cirugía. Los cultivos del líquido y la cistoscopia son los elementos más útiles para el diagnóstico.

## CC 318

### FASCITIS NECROTIZANTE EN PACIENTE CON ARTIRITS REUMATOIDE Y TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTI-TNF. A PROPÓSITO DE UN CASO

Saborido, A.; Cabo, J.; Agullo, J.L.; Pedrero, S.; Pérez, A. y Portabella, F. *Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** La fascitis necrotizante es una infección grave, poco frecuente y con alta morbi-mortalidad. Presentamos un caso clínico en una paciente joven con artitis reumatoide de larga evolución en tratamiento con fármacos biológicos inmunosupresores anti-TNF alfa de reciente introducción.

**Material y método.** Mujer de 52 años con Artitis reumatoide seopositiva y erosiva en tratamiento con etanercept introducido en las últimas 2 semanas, metotrexate y corticoides a dosis bajas. Consulta por inestabilidad hemodinámica, artitis en 1º MTF de pie izquierdo y placa de celulitis en muslo izquierdo de 24 horas de evolución. Inestabilidad hemodinámica. Analítica destacan leucopenia. La ecografía revela celulitis en muslo izquierdo, extendiéndose hasta fascia muscular. Se realizan fasciotomías y se inicia profilaxis antibiótica con Clindamicina e Imipenem. En los cultivos se identificó *Streptococcus pyogenes*.

**Resultados.** Requirió varios desbridamientos posteriores en pie, pierna y muslo y amputación tipo Chopart del pie, con buena evolución posterior. Cultivos intraoperatorios se aislaron *Pseudomonas aeruginosa* y *Morganella morganii* sensibles a Piperacilina/Tazobactam. Sobreinfección y sepsis por *Acinetobacter*, con hemocultivos positivos. A los 3 meses es alta hospitalaria, deambulando en carga y con heridas cerradas.

**Comentarios y conclusiones.** Los introducción de anti-TNF en pacientes ya inmunodeprimidos aumenta el riesgo de infecciones de piel y partes blandas. Estos pacientes acostumbran a presentar una clínica tórpida con una progresión rápida.

Ante una alta sospecha clínica es necesario un tratamiento médico intensivo con antibioterapia de amplio espectro y tratamientos quirúrgicos agresivos para reducir la morbi-mortalidad. Son frecuentes las reintervenciones.

## CC 319

### UTILIZACIÓN DE MÉTODO MASQUELET EN EL TRATAMIENTO DE OSTEOMIELITIS EN PACIENTE CON EEII ÚNICA, CASO CLÍNICO

Abdul-Sayed Valdeolmillos, A.; Martín Egaña, I.; Ferreiro García, I. y Díez López, L. *H. Cruces.*

**Introducción y objetivos.** La osteomielitis es una complicación asociada a fracturas abiertas, creando un secuestro de hueso necrótico que impide la consolidación. En este caso, el paciente tras accidente de tráfico, sufre desarticulación de EI, y osteomielitis en EID que se trata conjuntamente por los servicios de cirugía plástica, traumatología y enfermedades infecciosas con buenos resultados.

**Material y método.** Varón atendido en S. Urgencias tras accidente de tráfico presenta EII catastrófica que precisa desarticulación coxofemoral y fractura bifocal en tibia y peroné con pérdida de sustancia en EID estabilizada con fijador externo en S. Urgencias; posteriormente desarrolla osteomielitis en tibia tratada mediante método de Masquelet y cobertura con colgajo músculo cutáneo de dorsal ancho y posterior enclavado endomedular con injerto autólogo tras la erradicación de infección. Los controles radiológicos postoperatorios sucesivos denotan una correcta consolidación progresiva.

**Resultados.** Actualmente, el paciente hace vida independiente, deambula con asistencia de prótesis ortopédica sobre el muñón coxofemoral.

**Comentarios y conclusiones.** El método Masquelet es una opción a tener en cuenta al tratar osteomielitis en hueso largo. El éxito de esta intervención depende de la correcta cobertura con colgajos músculo cutáneos y el aporte vascular. El abordaje multidisciplinar es esencial para conseguir resultados óptimos en casos similares.

## CC 320

### ESPONDILODISCITIS LUMBAR POR ASPERGILLUS EN UN PACIENTE CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA

Andrés Grau, J.; González Rodríguez, E.; Abellán Guillén, J.F.; Martínez Redondo, C. y Martínez Martínez, J.

*Hospital General Universitario José María Morales Meseguer. Murcia.*

**Introducción y objetivos.** La especie *Aspergillus* es la causa más común de infección invasiva por hongos en pacientes inmunocomprometidos. La afectación ósea y articular es rara, pero la columna lumbar es la principal área músculoesquelética donde puede ocurrir.

**Material y método.** Varón de 18 años de edad que ingresado por presentar anemia y células linfoblásticas en sangre periférica. Diagnosticado como Leucemia Linfoblástica Aguda (ALL) L1. Se trata y alcanza remisión completa. Sin embargo, tiene un episodio de recaída que debuta con episodio de lumbalgia severa con pico de fiebre, de características mecánicas muy severo que evoluciona a dolor irradiado en ambas piernas con incapacidad para la flexión dorsal y eversion del pie derecho. Flexión plantar presente y simétrica, no alteración sensitiva. ROTs aquileos abolidos bilaterales. La radiología mostró erosión en el cuerpo vertebral con un estrechamiento del espacio discal. La biopsia discal lo diagnosticó de infección por *Aspergillus fumigatus*. Se confirma tras la realización de RMN observándose importante afectación espacio discal L5-S1 con gran colección que se extiende al espacio prevertebral y posteriormente ocupa el espacio epidural estenotando el canal y los agujeros de conjunción de las raíces L5 y recesos S1 de forma severa. Se indica cirugía.

**Resultados.** Se decide cirugía con doble vía, anterior y posterior, para realización de limpieza más fusión vertebral. Se continúa con tratamiento quimioterápico y antibiótico. Se consigue resolución del cuadro de espondilodiscitis.

**Comentarios y conclusiones.** El rápido diagnóstico de una infección por *Aspergillus* es importante ya que puede ser tratada inicialmente con tratamiento médico, pero cuando hay una importante destrucción del disco y el cuerpo vertebral, su indicación es quirúrgica.

## INVESTIGACIÓN (CC 321 - CC 325)

### CC 321

#### DISTRIBUCIÓN INTRANEURAL DEL NERVO CUBITAL

Llusa Pérez M.<sup>1,2</sup>; Mustafa Gondolbeu, A.<sup>2</sup>; León López, M.<sup>1,3</sup>; Morro Martí, R.<sup>1,2</sup>; Oliva Ortiz, A.<sup>2</sup> y Casañas Sintés, J.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Traumatología y Rehabilitación Vall d'Hebron, Barcelona.

<sup>2</sup>Laboratorio de Macro-Microdissección. Departamento de Anatomía y Embriología Humana. Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona.

<sup>3</sup>Hospital de Can Misses. Eivissa <sup>4</sup>Clinica Teknon, Barcelona.

**Introducción y objetivos.** La descripción de la transferencia de fascículos para la musculatura extrínseca del nervio cubital para reanimar el bíceps por Oberlin, el conocimiento de la anatomía intraneural ha tomado mayor importancia. Nuestro objetivo es estudiar la distribución fascicular del nervio cubital en la zona del codo para poder aplicar con mayor detalle estos fundamentos en la técnica de transferencia nerviosa del cubital.

**Material y método.** Se realiza la disección de 12 extremidades superiores criopreservadas inyectadas con látex. Tras la localización del nervio cubital se disecciona intraneuralmente utilizando gafas de 3 aumentos.

**Resultados.** En la zona proximal del codo la segregación de los fascículos extrínsecos no está claramente definida. En la zona del codo se aprecia una diferenciación morfológica más clara pero la variabilidad anatómica en grosor y número hace difícil predecir cual es el principal componente extrínseco. Justo distal al codo ya se aprecia más claramente la diferenciación de las ramas destinadas al FCU y FDP. En conjunto hemos visto que la disposición de los fascículos del nervio cubital efectúan efectúan un trayecto en espiral.

**Comentarios y conclusiones.** La disposición microanatómica de los fascículos del nervio cubital alrededor del codo no es tan sencilla y simple como se describe en la literatura que hace recomendable la utilización de registros intraoperatorios para localizar las fibras destinadas a la musculatura extrínseca e intrínseca y fibras sensitiva para efectuar la técnica de Oberlin, o al menos utilizar un estimulador eléctrico para su identificación.

## CC 322

### VARIACIONES EN EL PATRÓN DE DIVISIÓN DE LA ARTERIA POPLÍTEA

Morro Martí, R.<sup>1,2</sup>; Oliva Ortiz, A.<sup>2</sup>; Mustafa Gondolbeu, A.<sup>2</sup>; Carrera Burgaya, A.<sup>3</sup>; Llusà Pérez, M.<sup>1,2</sup> y Pérez Montoya, M.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Traumatología y Rehabilitación Vall d'Hebron.

<sup>2</sup>Laboratorio de Macro-Microdisección. Departamento de Anatomía y Embriología Humana. Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona.

<sup>3</sup>Unidad de Anatomía. Facultad de Medicina. Universidad de Girona.

<sup>4</sup>Hospital Asepeyo. Sant Cugat.

**Introducción y objetivos.** Las complicaciones vasculares en cirugía o en los traumatismos de la rodilla suelen conllevar secuelas importantes. Desafortunadamente, la anatomía de la principal arteria a este nivel no es constante. Nuestro objetivo es definir los patrones de división de la arteria poplítea, tomando como referencia el músculo poplíteo.

**Material y método.** Se ha procedido a la disección de 20 extremidades inferiores criopreservadas e inyectadas con látex. Se describe el trayecto de la arteria poplítea y sus divisiones en relación al músculo poplíteo. Además, se han realizado cortes seriados de otras 10 extremidades inferiores inyectadas con látex, viendo la disposición de los vasos.

**Resultados.** La arteria poplítea está sujeta, proximalmente en el hiato del aductor, distalmente por la arcada del soleo y a ambos lados por las arterias geniculares superiores e inferiores por lo que la arteria es más propensa a las lesiones traumáticas. El patrón más frecuentemente encontrado es el paso de la arteria poplítea posteriormente al músculo poplíteo y dividiéndose en una arteria tibial anterior, y un tronco tibio-peroneo a nivel del límite inferior del músculo poplíteo. Encontramos dos casos de división alta de la arteria tibial anterior, proximal al músculo poplíteo, pasando dicha arteria posterior al músculo poplíteo en uno de ellos y en el otro anterior a dicho músculo.

**Comentarios y conclusiones.** Se debe tener en cuenta la disposición de este conjunto de vasos, ya que podrían ser lesionados durante la cirugía ortopédica de la rodilla, especialmente durante la implantación de prótesis total de rodilla. También cabe destacar esta disposición en las lesiones traumáticas, principalmente en las fracturas luxaciones de la rodilla o fracturas metafisarias proximales.

## CC 323

### FACTORES PREDISPONENTES A LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA EN LA FRACTURA DE CADERA

Hamam Alcober, S.; Cuenca Espiérrez, J.; Báguena García, A.; Carbonel Bueno, I.; Ripalda Marín, J. y Garrido Santa María, I. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

**Introducción y objetivos.** El porcentaje de pacientes intervenidos de fractura de cadera que precisan de transfusión de sangre alógena es muy elevado. Conocer los factores determinantes posibilita prevenir necesidades transfusionales.

**Material y método.** Se realizó estudio retrospectivo de los casos intervenidos por fractura de cadera, con edad superior a 65 años, que ingresaron en el Hospital Universitario Miguel Servet durante el año 2006. Se estudiaron las variables edad, sexo, índice ASA, tipo de fractura, uso de

fármacos que afectan al sangrado, tiempo de IQ y hemoglobinemias al ingreso, en relación con la transfusión.

**Resultados.** Varones transfundidos: 28%, mujeres: 41,4% (p = 0,030). Recibieron sangre el 44,1% de fracturas petrocantéreas, el 29,3% de subcapitales y el 72,2% de subtrocantérea (p < 0,001). Consumían fármacos que afectaran al sangrado el 39,0%, de pacientes transfundidos, consumían fármacos el 39,5% (p = 0,956). Recibieron transfusión el 30,4% de los pacientes con ASA I ó II y el 43,7% con ASA III ó IV (p = 0,022). La edad media de los no transfundidos fue de 83,1a de los transfundidos fue de 86 (p < 0,001). La duración de la intervención fue de 48 minutos en ambos casos. La hemoglobinemias inicial fue de 13,53 en los no transfundidos y de 11,9 en los transfundidos (p < 0,001).

**Comentarios y conclusiones.** El sexo femenino, la mayor edad, el índice ASA III o IV, la fractura petrocantérea y especialmente subtrocantérea, y cifras de hemoglobinemias iniciales menores de 12 son indicadores de probabilidad de necesidad de transfusión.

## CC 324

### SÍNDROME COMPARTIMENTAL POR PICADURA DE EAGLE STINGRAY

Santana Suárez, R.Y.\*; Figueroa Desportes, F.\*; Hernández León, S.\*\*; Navarro Navarro, R.\*; Romero Pérez, B.\* y Valencia Sola, L.\*\*\*

\*Hospital Universitario Insular De Gran Canaria, \*\*Decano de Ciencias del Mar de La Universidad de Las Palmas, \*\*\*Servicio de Anestesiología-Hospital Universitario Dr. Negrín.

**Introducción y objetivos.** Los peces rayas raras veces atacan al ser humano. Algunas rayas poseen un aguijón en la cola en forma de serrucho de 10-15 cm que contiene veneno. Este veneno provoca parálisis, dolor e irritación. En Canarias se localizan seis tipos de peces rayas: *Myliobatis aquila* (eagle stingray), No eléctrica. No venenoso. Fondos arenosos, *Pteromylaeus bovinus*, *Dasyatis pastinaca*, *Dasyatis centroura*, *Taeniura grabata*, *Torpedo marmorata*

**Material y método.** Se trata de un paciente varón de 22 años sin alergia ni antecedentes personales de interés, que acude a urgencias por presentar dolor, rubor, palidez y aumento de tamaño antebraquial izquierdo de 5 días de evolución. El paciente refiere picadura por pez raya (*Myliobatis Aquila* identificado por el paciente) mientras realizaba pesca submarina. Presenta tumefacción en antebrazo izquierdo con dolor y pérdida de sensibilidad con las falanges 1º y 2º en extensión y 3º,4º,5º en flexión. Se abre el compartimento antebraquial anterior de urgencia.

**Resultados.** En el postoperatorio hay disminución del dolor. A los 4 días se cierra la herida. Durante el seguimiento en consultas externas, se le realiza un electromiograma revelando una neuroapraxia. Tras la rehabilitación y 1 año de seguimiento presenta extensión del 1 y 2º dedos y flexión de los restantes.

**Comentarios y conclusiones.** El síndrome compartimental agudo o post-traumático se desencadena después de un traumatismo de alta energía en una extremidad o tras un período prolongado de isquemia y su consiguiente revascularización. Queremos describir una complicación por picadura de pez raya inédita en la literatura médica y así tenerla en cuenta al valorar a un paciente tras una picadura

## CC 325

### ESTUDIO COMPARATIVO BIOMECÁNICO DE DOS SISTEMAS DE FIJACIÓN INTERNA EN FRACTURA DE CADERA

Martín Moreno, V.; Sánchez Marugán, J.; Viñas López, A.; Castaño Panchuelo, M. y De Pedro Moro, J.A.

Servicio de Traumatología. Hospital Clínico Universitario. Salamanca.

**Introducción y objetivos.** Las fracturas de la extremidad proximal del fémur son un reto para la Cirugía del presente. Hasta la fecha, existen dos sistemas de implantación: el clavo endomedular (clavo gamma) y el tornillo placa deslizante (DHS). Objetivos: Desarrollar modelos de elementos finitos de los dos implantes y de dos tipos de fractura (estables e inestables), Integrar los modelos de elementos finitos de los implantes en el modelo de fémur fracturado, Obtener el comportamiento mecánico de los dos tipos de implantes y ajustarlos al modelo de elementos finitos generado anteriormente.

**Material y método.** El estudio se ha realizado en tres condiciones. La marcha normal, subir y bajar escaleras.

**Resultados.** Para fractura estable, basándose en el análisis de desplazamientos, se puede observar que el clavo es sometido a mayores cargas que la placa.

**Comentarios y conclusiones.** En las fracturas inestables, el clavo intramedular es más rígido que el sistema de placa-tubo. En este caso, las tensiones a las que se ve sometido el clavo son superiores a las de rotura por lo que el clavo no sería capaz de soportar los primeros ciclos de carga. Es por ello, que el sistema a usar en estos casos es, el de placa-tornillo deslizante.

## MANO-MUÑECA (CC 326 - CC 384)

### CC 326

#### INESTABILIDAD EN VISI ASOCIADA A FRACTURA DE LA BASE DEL QUINTO METACARPANO

Molina Martos, M.; Cruchaga Celada, A.; Sáez de Ugarte Sobrón, O.; Astobiza Bretones, I.; Escribano Landa, E. y Martínez De los Mozos, J.L. *Hospital de Galdakao (Bizkaia).*

**Introducción y objetivos.** Las lesiones de la base del quinto metacarpiano pueden asociarse a lesiones mucho más complejas.

**Material y método.** Paciente de 39 años con antecedente de fractura de la base del 5º metacarpiano hace 10 años, que refiere dolor crónico en la muñeca derecha (diestro) que se ha reagudizado en el último año con incapacidad para realizar su trabajo (trabajador de fuerza moderada). Presenta dolor lunopiramidal con prueba de bamboleo carpiano positiva (indicadora de inestabilidad lunopiramidal). Radiológicamente presenta disociación estática crónica lunopiramidal con malalineación en VISI. El estudio de TAC revela afectación mediocarpiana. Se interviene realizándose escafoidectomía y artrodesis 4 esquinas con placa circular.

**Resultados.** La paciente presenta buena evolución, con poco dolor y un 76% de pinza y puño respecto a la mano sana.

**Comentarios y conclusiones.** Estamos ante una inestabilidad carpiana tipo VISI debido a una rotura de ligamentos intrínsecos lunopiramidales y extrínsecos radiocarpianos dorsales y palmares, que debido a su cronicidad provocan una disociación estática y crónica. Todo ello atribuible al antecedente traumático que se acompañó de fractura de la base del 5º metacarpiano y que provocó una muñeca dolorosa con el tiempo. En estadios iniciales en los que todavía no hay disociación carpiana, este tipo de lesiones pueden pasar desapercibidas y abocar, en tal caso, a una inestabilidad.

### CC 327

#### ENCONDROMA GIGANTE PRIMER METACARPANO DE LA MANO IZQUIERDA

Chornet, X.; Ruiz, A.; Nevot, E.; Rodríguez, X. y Oller, R. *Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Comarcal de Blanes. Girona.*

**Introducción y objetivos.** Tratamiento quirúrgico de imagen compatible con encondroma, que ocupa toda la diáfisis del 1er metacarpiano, con importante riesgo de fractura patológica por adelgazamiento de la cortical ósea en mano dominante.

**Material y método.** Paciente mujer de 36 años que trabaja de oficinista y que acude al servicio de UCIA tras un traumatismo banal a nivel del 1er dedo se halla de forma casual una lesión radiológica con adelgazamiento de la cortical del 1er MTC y una imagen radiolúcida intraósea. Arco de movilidad de la articulación interfalángica y MTCF completos, estado neurovascular del dedo normal. Los estudios de laboratorio resultaron normales. Se decidió tratamiento quirúrgico por abordaje dorso-radial 1er MTC entre EPL y EPB., realizando una ventana ósea diafisaria. Curetaje exhaustivo de la lesión que ocupa toda la cavidad medular del MTC. Relleno con esponjosa proveniente de cresta ilíaca y cierre con hueso cortical. Se dejó una férula tipo Zancolli durante 3 semanas y luego se inició tratamiento rehabilitador para conseguir movilidad completa. El estudio anatomopatológico mostró tejido osteocondroide compatible con encondroma sin evidencia de malignidad.

**Resultados.** Se presenta el resultado radiológico a los 2 años de la intervención quirúrgica con integración completa del injerto de cresta ilíaca. En cuanto a la movilidad presenta: 1er dedo MTCF 0-30. IF pulgar libre. 1.ª comisura 80° Oposición a 4.ª comisura, sin ninguna sensación de rigidez.

**Comentarios y conclusiones.** El encondroma es uno de los tumores primarios de hueso más comunes, se presenta entre la segunda y la cuar-

ta década de la vida. Se origina a partir de restos de cartilago de la placa fisaria que no se calcificaron normalmente, y migran con la fisis conforme el hueso crece longitudinalmente, situándose en la metáfisis o en la diáfisis. Los encondromas tienen varias formas radiográficas de presentación que fueron clasificadas por Takigawa en: central (el más común 58%), excéntrico (19%), combinado (21%) y gigante (3%). El diagnóstico diferencial debe hacerse con el osteocondroma periosteal y el condrosarcoma. El tratamiento es la resección en bloque del tumor, no se recomienda la biopsia en ninguno de los casos. Se recomienda el curetaje del defecto intramedular que puede dejarse sin llenar y se ha reportado el llenado de la cavidad con tejido óseo, cemento de hueso, cemento con fosfato cálcico o proteína morfogenética, todos con un porcentaje bajo de recidivas. El encondroma gigante es una entidad benigna, el diagnóstico debe realizarse con la historia clínica y al comportamiento radiológico no agresivo de la lesión. La resonancia magnética descarta otro tipo de neoplasias posibles. Recomendamos la resección en bloque y el curetaje de la cavidad intramedular. Es muy importante un tratamiento rehabilitador precoz para conseguir una buena movilidad cuando se localizan en el primer metacarpiano.

### CC 328

#### LUXACIÓN TRAPEZO-METACARPANA TRATADA MEDIANTE TÉCNICA DE EATON MODIFICADA. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

Merino Carretero, P.; Oteo Maldonado, J.A. Calzada Expósito, V.; Rubio Vivanco, I. y Alfaro Molero, R. *Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** La luxación pura traumática trapezo-metacarpiana es muy rara con una frecuencia menor del 1% de las lesiones de la mano. Existen controversias en cuanto al tratamiento definitivo, desde la reducción cerrada e inmovilización con yeso hasta la reducción abierta y fijación con agujas de Kirschner con o sin reconstrucción de la cápsula y los ligamentos. El objetivo de nuestro trabajo es mostrar la técnica quirúrgica que empleamos para la reconstrucción ligamentosa en este tipo de lesiones.

**Material y método.** Se presentan 2 casos de luxación pura traumática de la articulación trapezo-metacarpiana, tratadas mediante reducción abierta, fijación con aguja de Kirschner y realización de plastia ligamentosa mediante técnica de Eaton modificada: plastia de ligamentosa con el fascículo más radial del APL. Se explica la técnica quirúrgica y el protocolo postquirúrgico.

**Resultados.** Los resultados en ambos casos fueron muy buenos consiguiendo una articulación congruente, estable y no dolorosa. Ambos precisaron tratamiento rehabilitador con un cuadro de rigidez articular metacarpofalángica que mejoró con la rehabilitación. Incorporación laboral a los 3 meses en ambos casos.

**Comentarios y conclusiones.** La luxación trapezo-metacarpiana es una entidad rara que es preciso diagnosticar y tratar en la fase aguda. Dicha lesión implica una rotura ligamentosa que precisa ser reparada. Dado que es imposible realizar una sutura ligamentosa por el pequeño tamaño de los mismos, consideramos que es necesario realizar una ligamentoplastia. Creemos que la técnica quirúrgica que empleamos, es sencilla y con buenos resultados.

### CC 329

#### COMPORTAMIENTO ATÍPICO EN UN TUMOR DE MANO

Pescador, D.; Elena, E.; García, L.; García Cepeda, I.; Borobio, G. y Ollero, L. *Hospital Universitario de Salamanca.*

**Introducción y objetivos.** Los tumores más frecuentes de la mano corresponden a los de tejidos blandos de características benignas. Destacan en frecuencias los gangliones, resultando de escasa incidencia los fibrolipomas y los hamartomas lipofibromatosos. Los fibrolipomas son tumores dependientes de adipositos, suelen presentarse bien delimitados y de fácil disección. Por el contrario los hamartomas lipofibromatosos son tumores atípicos dependientes de nervios periféricos, su disección es complicada, ya que no se delimitan con exactitud. Presentamos un caso de lipofibroma con comportamiento e imágenes radiológicas compatibles con hamartoma lipofibromatoso.

**Material y método.** Paciente de 67 años sin antecedentes personales de interés, que presenta desde hace 3 meses, dolor a nivel de la eminencia

tenar y parestias a nivel del territorio del colateral cubital del primer dedo. A la exploración presenta tumoración leve, con dolor a la palpación y disminución de la sensibilidad en la eminencia tenar. Se solicita RMN que se informa como hamartoma lipofibromatoso por su dependencia nerviosa y su mala definición.

**Resultados.** Como tratamiento, se procede a la exeresis, en la intervención se observa un tumor gigante en la eminencia tenar, comprimiendo al nervio, pero bien delimitado a expensas de una forma curvilínea que se dispone entre los planos musculares de la eminencia tenar. La anatomía patológica reveló la presencia de un fibrolipoma

**Comentarios y conclusiones.** En algunas ocasiones los tumores pueden tener comportamientos atípicos que pueden hacer variar el tratamiento del proceso, por eso se debe hacer siempre un correcto diagnóstico diferencial.

## CC 330

### ROTURA TENDINOSA EN LACTANTE

Pescador, D.; Elena, E.; Moreno, A.; Amores, J.; López, S. y Ollero, L. *Hospital Universitario de Salamanca.*

**Introducción y objetivos.** La lesión tendinosa a nivel flexor es tan prevalente como la de los tendones extensores, su mayor incidencia se da en varones entre la tercera y cuarta década de la vida. Los mecanismos lesionales más frecuentes son los cortes incisos de tipo accidental, tanto a nivel laboral como banal. La rotura espontánea es menos incidente y sucede en edades más avanzadas, en pacientes afectos generalmente por artritis reumatoide y tenosinovitis de larga evolución. Presentamos un caso de rotura tendinosa en un lactante de 10 meses, lo que consideramos una lesión infrecuente en este rango de edad.

**Material y método.** Paciente lactante de diez meses, sin antecedentes personales de interés, sufre herida incisa con cuchillo de forma banal, a nivel del segundo pliegue palmar, desde la zona radial hasta la parte media de la palma (Zona II). La exploración de la flexoextensión resultó imposible por la falta de colaboración del paciente, debido a su edad. A la inspección se observó la pérdida de la cascada normal de los dedos, por lo que se decidió la exploración quirúrgica de la herida.

**Resultados.** En la exploración quirúrgica, se visualizó la rotura de los tendones flexores tanto superficial como profundo del segundo dedo, junto con la sección del nervio colateral radial, también del segundo dedo. Se practicó la sutura nerviosa y la de los tendones por separados, con la técnica de Kessler, junto con una inmovilización dorsal.

**Comentarios y conclusiones.** El diagnóstico de las lesiones tendinosas y asociadas en los niños, resulta más complicado debido a la falta de colaboración. Se debe ser más meticuloso en la técnica quirúrgica, debido al reducido tamaño de las estructuras en estas edades.

## CC 331

### DOLOR A HIPERSENSIBILIDAD EN BASE DEL PULGAR EN NADADORES: NEUROPATÍA PERIFÉRICA N. MEDIANO VS PGM BRAQUIAL

Carrasco Martínez, L.; Carrasco Martínez, J.; Robledano Belda, V. y Rodríguez Hernández, A. *Clinica N.º S.º del Perpetuo Socorro.*

**Introducción y objetivos.** Los Puntos Gatillo Miofasciales (PGM) son zonas hiperirritables en un músculo esquelético, asociados a un nódulo palpable hipersensible dentro de una banda tensa. La zona es dolorosa a la compresión, ocasionando dolor e hipersensibilidad irradiados característicos, disfunción motora e incluso fenómenos autonómicos. El patrón de dolor e hipersensibilidad referidos constituyen la clave para su identificación. Pueden activarse bruscamente, por una causa evidente de tensión muscular, o progresivamente, por sobrecargas musculares crónicas menos obvias.

**Material y método.** Estudio no experimental de acercamiento a la realidad y tipo descriptivo de 52 nadadores de crawl federados no profesionales que presentaron dolor en base del pulgar en reposo y con movimiento, junto a disestesia y otros fenómenos autonómicos (hinchazón, adormecimiento, entumecimiento) en el dorso del pulgar. Utilizamos los criterios clínicos de diagnóstico propuestos por Travell y Simons, maniobras exploratorias (extensión pasiva completa de codo, comparada con otro codo; movilidad activa dolorosa pulgar pero no de codo; flexión

codo con pronación y supinación antebrazo (NO afecta al braquial, sí al bíceps) y EMG.

**Resultados.** Todos (30 hombres, (57.69%) 17-35a, 19 dchso (63.33%) y 11 izq (36.67%) y 22 mujeres (42.31%) 20-32a, 10 dchos (45.45%) y 12 izq (44.55%)) presentaron criterios esenciales diagnósticos pero no pudimos reproducir REL manualmente. Todos sufrieron dolor con maniobras exploratorias musculares. No hubo debilidad de fuerza flexora del codo con supinación y pronación antebrazo, a diferencia del bíceps braquial. EMG fue negativo para neuropatía compresiva distal. La activación PGM fue por sobrecarga muscular en la flexión repetitiva del codo (Fase de Arrastre subcuático).

**Comentarios y conclusiones.** Coincidimos con Travell y Simons en que la maniobra exploratoria de fuerza de flexión codo con supinación-pronación antebrazo es la más útil para diferenciar PGM bíceps- PGM braquial. Coincidimos con Mennell en las maniobras exploratorias para evaluar la restricción de movilidad codo cuando existen PGM braquial. Coincidimos con Gerwin et al, Travell y Simons en la idoneidad de los criterios diagnósticos esenciales y la especificidad de las observaciones confirmatorias. Coincidimos con Kendall, McCreary, Provance et al en la etiología. Esta fase es asistida por el braquial (flexión en el codo). Y pudimos comprobar, como Travell y Simons, que PGM braquial deben ser considerados como diagnóstico diferencial de STC, ya que son capaces de comprimir al nervio, debiendo ser confirmada mediante EMG antes y después de la resolución del PGM. Conclusión: EMG puede mostrar una velocidad de conducción sensorial disminuida debido a PGM braquial y al acortamiento muscular asociado, que comprime al nervio, idéntica a la compresión distal en el STC.

## CC 332

### TRATAMIENTO DE LA LESIÓN AGUDA DEL LCC DEL PULGAR

García Hermosa, A.; Hueso Macías, A.; García Regal, J.; Abejón Ortega, A.; Centeno Ruano, A. y González Gómez, D. *Hospital General de Mérida.*

**Introducción y objetivos.** En gran porcentaje relacionada con la práctica deportiva. Esquí, deportes balón LCC/LCR = 10. Mecanismo lesional: desviación radial forzada( ABD) pulgar. Muy incapacitante( pinza pluridigital) si no es diagnosticada y tratada de manera acertada.

**Material y método.** Caso clínico varón de 40 años con a.p. artritis reumatoide, sufre traumatismo indirecto del primer dedo mano derecha, dolor e impotencia funcional a nivel de la 1ª mtcf del pulgar. Incapacidad para realizar la pinza pluridigital. En la exploración presenta amplio bostezo(> 30º) de la articulación mtcf al realizar la maniobra de estrés en valgo forzado tanto en flexión como en extensión completa, sin encontrar tope ligamentario. Rx: no apreciamos lesiones óseas. Diagnóstico: Ruptura completa LCC. Tratamiento: indicada reparación quirúrgica. Ruptura en su inserción distal optamos por su reinserción mediante anclaje óseo.

**Resultados.** Sin complicaciones generales en postoperatorio inmediato ni de la herida qx, inmovilización con yeso cerrado durante 4 semanas, seguida de inmovilización parcial con férula termoplástica y ejercicios para ganancia de amplitud articular. Actualmente BA 95% del contralateral sin incapacidad para realizar pinza pluridigital. Articulación estable en la maniobra de estrés en valgo

**Comentarios y conclusiones.** Ante este tipo de lesiones impera el tratamiento quirúrgico ante los impredecibles resultados del tratamiento conservador. Técnicamente reproducible, exige buen conocimiento anatómico para evitar complicaciones: neuroapraxia rama sensitiva dorsal n. radial y la rigidez por una reinserción del LCC demasiado dorsal y/o distal. Exige un buen tratamiento fisioterápico para una recuperación funcional adecuada

## CC 333

### CARPECTOMÍA PROXIMAL EN UNA ENFERMEDAD DE KIENBOCK

García Rodríguez, R.; García de Lucas, F.; Sánchez Mateos, R.; de Borja Gutiérrez Narvarte, F.; Guerra Vélez, P. y Cano Egea, J.M. *Hospital 12 de Octubre, Clínica CEMTRO, Hospital Pesset de Valencia.*

**Introducción y objetivos.** Presentamos un caso de un paciente de 39 años de edad intervenido 19 años atrás de una enfermedad de Kienbock en la muñeca izquierda mediante osteotomía de acortamiento radial. Acude ahora por dolor de 1 año de evolución en el dorso de dicha muñeca.

**Material y método.** A la exploración presenta leve tumefacción y dolor a punta de dedo sobre dorso del semilunar. La radiología simple y la resonancia magnética muestran una fragmentación y colapso del hueso semilunar, una pérdida de altura del carpo y una artrosis radioescafoidea leve por lo que es clasificado como un tipo IIIb de la clasificación de Lichtman para la enfermedad de Kienbock.

**Resultados.** El paciente es intervenido quirúrgicamente realizándose resección de la hilera proximal del carpo mediante un abordaje dorsal, y estiloidectomía radial conservándose el ligamento radioescafo grande. Cuatro meses tras la intervención el paciente se encuentra asintomático y con un balance articular de 40° de flexión activa máxima y 35° de extensión.

**Comentarios y conclusiones.** La carppectomía proximal es una de las técnicas descritas para tratar estadios avanzados de la enfermedad de Kienbock. Ofrece aceptables resultados en cuanto a arco de movilidad y control del dolor pero requiere para su realización una adecuada superficie articular del grande y de la fosita semilunar del radio.

## CC 334

### DISPLASIA EPIFISARIA HEMIMÉLICA O ENFERMEDAD DE TREVOR

Etzebarria Foronda, I.; Esnal Baza, E.; Herreros Ugarte, I.; García Puertas, C.; Espinazo Arce, O. y Galarza Arrazola, J.R.  
*Hospital Alto Deba.*

**Introducción y objetivos.** Presentamos el caso de una mujer de 6 años que presenta una tumefacción no dolorosa en la zona de la estiloides cubital de su muñeca derecha de varios meses de evolución. No ha sufrido traumatismo alguno. No presenta clínica sistémica, fiebre ni enrojecimiento local. Consulta por crecimiento discreto en el tiempo y asimetría con respecto a la muñeca contralateral. La exploración de la muñeca es normal, salvo por la deformidad mencionada.

**Material y método.** Se realiza estudio de imagen mediante radiología simple y TAC

**Resultados.** Se aprecia en el estudio de imagen una importante hipertrofia del centro epifisario distal del cúbito con una ligera irregularidad de la metafisis y con presencia de una masa de partes blandas parcialmente calcificada y que se está uniendo al centro de osificación epifisario, hallazgos que sugieren enfermedad de Trevor o displasia epifisaria hemimélica.

**Comentarios y conclusiones.** La enfermedad de Trevor es una displasia ósea rara no hereditaria denominada también osteocondroma epifisario. Afecta generalmente a las grandes articulaciones de los miembros inferiores, aunque puede estar afectado el miembro superior y el carpo. Es infrecuente que afecte a más de una articulación. La lesión característica es una proliferación excesiva del cartilago en una región epifisaria con una osificación endocondral posterior con hallazgos histológicos similares al osteocondroma. La clínica consiste en tumefacción de la articulación afectada con alteraciones en la movilidad y desviaciones axiales de la extremidad afecta. Presentamos el caso con su iconografía correspondiente y las opciones terapéuticas planteadas.

## CC 335

### LESIÓN COMPLEJA EN ANTEBRAZO POR SIERRA RADIAL

Garrido Santa María, I.; Martínez Villén, G.; Araguás Biescas, A.; Garrido-Santamaría, R.; Cordon Ruiz, R. y Peguero Bona A.  
*Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción y objetivos.** Varón, 28 años, con herida transversa anfractuosa y contaminada en la vertiente volar del tercio proximal de antebrazo, implicando la flexura del codo, que alcanzaba piel, músculos, arteria radial y nervios radial, mediano y cubital.

**Material y método.** Lavado exhaustivo y desbridamiento de tejidos desvitalizados. Maniobra de "elementarización", eludiendo la reparación de estructuras prescindibles con objeto de ahorrar tiempo quirúrgico. Revascularización de la arteria humeral, mediante injerto venoso de 12 centímetros, tomado de la safena. Neurorráfia microquirúrgica con injerto nervioso polifasciculado para radial y mediano, tomado del sural y del cutáneo braquial interno. Neurólisis del cubital. Cierre, tras incisiones de descarga en piel y fasciotomías. La rehabilitación fue imprescindible.

**Resultados.** A los 16 meses se practicó transferencia del colateral nervioso de vertiente cubital del cuarto dedo, vascularizada con su correspon-

diente colateral arterial, para resensibilizar la vertiente pulpar cubital del pulgar. A los 28, existía sensibilidad S3 en pulpejo del pulgar, con desaferentización sensorial: tocaba con el pulgar, pero sentía con el cuarto dedo. La flexión del codo era mayor de 90° y la extensión completa.

**Comentarios y conclusiones.** El injerto nervioso útil en las lesiones nerviosas traumáticas, aunque los resultados dependen especialmente del nivel de la lesión, la longitud del injerto y la edad. La desaferentización sensorial es un fenómeno conocido y habitual en los colgajos heterodigitales. Depende de la proyección sensorial de cada dedo en el cortex cerebral y su re-educación precisa tiempo y requiere de la participación visual como componente esencial del tacto recuperado.

## CC 336

### SÍNDROME COMPARTIMENTAL CRÓNICO SIMULTÁNEO BILATERAL EN ANTEBRAZO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Merino Pérez, J.; Blanco Santiago, D.; Hernández Tadeo, M.; Ibor Ureña, I.; Rodríguez Iñigo, M.A. y Mayayo Albero, G.  
*Hospital de Cruces.*

**Introducción y objetivos.** El síndrome compartimental crónico (SCC) es una afección reconocida en las extremidades inferiores. Sin embargo, la bibliografía existente sobre el SCC en el antebrazo, se basa en casos clínicos aislados, principalmente en deportistas. Presentamos el caso de un trabajador manual de alta demanda, con un SCC simultáneo en ambos antebrazos.

**Material y método.** Trabajador manual de alta demanda con dolores en ambos antebrazos cuando trabajaba. La exploración física demostraba entumecimiento y rigidez en manos y antebrazos, acompañado de parestias en el territorio del nervio mediano. La velocidad de conducción del nervio mediano estaba alterada. Se realizó una descompresión mediante retinaculoplastia flexora, asociada a una fasciotomía volar percutánea.

**Resultados.** A los 6 meses, la electromiografía mostraba una normalización, y el paciente trabajaba sin necesidad de analgésicos a pleno rendimiento y con un resultado estético satisfactorio.

**Comentarios y conclusiones.** El dolor difuso en los antebrazos es habitual en aquellos trabajadores manuales con actividades rápidas, precisas y repetitivas. Mientras que las afecciones localizadas, como las tendinitis, suelen ser fácilmente reconocidas, el diagnóstico del SCC puede ser difícil, y sin un diagnóstico fiable ni un tratamiento adecuado, muchos pacientes podrían perder sus puestos de trabajo. La medición de la presión intracompartimental, aunque útil en muchos casos, se puede ver alterada por factores como la técnica, la localización del catéter, la posición del miembro, la contracción muscular y la experiencia.

## CC 337

### TRANSFERENCIA TENDINOSA COMO TRATAMIENTO DE LA ROTURA DE TENDONES EXTENSORES EN LA MANO REUMATOIDE

López Vinagre, E.; Ibor Ureña, I.; Merino Pérez, J.; Larrea, A.; Azores, X. y Díez López, L.  
*Hospital de Cruces.*

**Introducción y objetivos.** Se presenta el caso de una mujer de 54 años afecta de artritis reumatoide de más de 15 años de evolución, que refiere imposibilidad para la extensión del 4° y 5° dedos sin antecedente traumático.

**Material y método.** Se decide intervenir quirúrgicamente para la realización de una tenosinovectomía de los tendones extensores, denervación de interóseo posterior y realización de una transferencia del tendón EIP al EDC del 5° dedo y sutura terminolateral del tendón EDC del 4° dedo al EDC del 3° dedo.

**Resultados.** Tras el período de inmovilización (3 semanas) se permite a la paciente realizar ejercicios de flexoextensión pasiva. 3 meses después, la paciente extiende activamente el 4° y 5° dedos.

**Comentarios y conclusiones.** La rotura de los tendones extensores es un fenómeno indoloro que sucede en pacientes afectos de AR de larga evolución. Es importante conocer los factores locales predisponentes y realizar un diagnóstico precoz para proceder a su tratamiento quirúrgico lo más tempranamente posible.

## CC 338

### ROTURA CRÓNICA DE LAS BANDELETAS SAGITALES EXTENSORAS

Laredo Rivero, R.\*; Menéndez Martínez, P.\*; Pajares Cabanillas, S.\*\*; Polo Simón, F.\*; Parrón Cambero, R.\* y Cibantos Martínez, R.\*  
Hospital Virgen de La Salud. \*\*Hospital Aranjuez.

**Introducción y objetivos.** La lesión de la banda sagital de los extensores supone una lesión infrecuente secundaria a golpe directo, flexión forzada o chasquido y prensiones de dedos. Provoca luxación cubital del extensor aunque se han descrito bilateral. Los síntomas son chasquidos, bloqueos, dolor y desviación ispi lateral a la luxación. El tratamiento consiste en inmovilización y cuando no evolucionan favorablemente cirugía. Presentamos dos casos que requirieron cirugía.

**Material y método.** Caso 1. Mujer de 35 años presenta dolor a la prensión en dorso de la mano que va en aumento. Presenta subluxación cubital 2°, 3° y 4° extensor. Se realiza cirugía y se visualiza luxación cubital 2° y 3° que se repara con plicatura según Kettlekamp (plicatura primaria) y Wheelon (junturas tendinosas). Caso 2. Varón de 21 años sufre traumatismo sobre mano izquierda. Tratamiento conservador por artritis metacarpofalángica tercer dedo sin mejoría. Presenta dolor difuso en borde radial segunda comisura, pérdida de fuerza adducción interdigital y extensión y subluxación del extensor a la flexión activa. Tras RM se diagnostica como luxación extensor central diferida y se realiza cirugía con plastia de Carroll sobre banda sagital radial del capuchón de Bunnel. Inmovilización 6 semanas.

**Resultados.** En ambos pacientes se restauró la estabilidad extensora, cesando el dolor y consiguiendo resultados satisfactorios.

**Comentarios y conclusiones.** La existencia de la rotura cerrada de las bandas sagitales de los tendones extensores supone una patología infrecuente pero que puede causar incapacidad, debemos saber diagnosticarla y si es necesario tratarla con las diferentes técnicas que describe la literatura.

## CC 339

### IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE SILICONA EN PACIENTE REUMÁTICO AQUEJADO DE RIZARTROSIS

Larrea Ruiz, A.; López Vinagre, E.; Múgica Santibañez, P.; Merino Pérez, J.; Ibor Urena, I. y Díez López, L.  
H. Cruces, Baracaldo.

**Introducción y objetivos.** Se presenta el caso de una mujer de 53 años aquejada de Artritis Reumatoide de larga evolución con Rizartrosis en muñeca derecha sintomática e incapacitante.

**Material y método.** La paciente presenta una rizartrosis evolucionada en los estudios radiológicos realizados. Clínicamente cursa con dolor habitual que precisa tratamiento con analgésicos-antiinflamatorios diarios y presenta limitación funcional para su actividad habitual. Se realiza intervención quirúrgica consistente en trapezoidectomía e implantación de prótesis de silicona tipo swanson. El implante se asegura con una tenoplastia con palmar mayor de refuerzo.

**Resultados.** El postoperatorio inmediato transcurre sin incidencias, con estudio radiológico correcto y buena evolución clínica de la paciente. No se observan complicaciones en este período. A medio plazo la paciente comienza con el proceso de rehabilitación, consiguiendo un rango de movilidad aceptable y una importante disminución de la necesidad de analgésicos para control del dolor.

**Comentarios y conclusiones.** La implantación de prótesis de silicona tras trapezoidectomía en el tratamiento de la rizartrosis está indicada para pacientes bien seleccionados, como aquellos aquejados de procesos reumáticos, constituyendo una buena alternativa en ese tipo de pacientes.

## CC 340

### FRACTURA-LUXACIÓN CARPOMETACARPIANA

González Jiménez, A.; Elgeadi Saleh, G.; Álvarez Collado, C.; Caballero García, A. y García Muela, D.  
Hospital Central La Fraternidad, Madrid.

**Introducción y objetivos.** Las luxaciones carpometacarpianas son lesiones poco comunes y de alta energía. Las más frecuentes afectan a 4° y 5° metacarpianos y asocian fracturas avulsiones de huesos adyacentes y lesiones del nervio cubital.

**Material y método.** Paciente de 42 años diagnosticado de contusión carpiana tras caída de una altura. Tras 5 semanas es remitido a nuestro hospital. En la exploración, dolor en dorso de carpo, sobre 4° y 5° metacarpianos. En las radiografías anteroposteriores, laterales y oblicuas se aprecia luxación dorsal del 4° metacarpiano. Por TC se confirma luxación dorsal CMC del 4° dedo y fractura marginal del ganchoso. Se realizó reducción abierta con abordaje dorsal longitudinal y fijación de la articulación con agujas de kirschner, que se retiraron a las seis semanas de la cirugía.

**Resultados.** radiográficos, clínicos y funcionales satisfactorios, sin complicaciones postoperatorias. **Comentarios y conclusiones.** Las fracturas-luxaciones de 4° y 5° MTC asociadas a fracturas dorsales del ganchoso son lesiones inestables. La reducción cerrada asocia recidiva de la lesión, por lo que se recomienda reducción abierta y fijación interna. La complicación más frecuente es la artrosis sintomática, con diversas opciones de tratamiento.

## CC 341

### PROPUESTA DE UN ALGORITMO DE TRATAMIENTO EN LA MUÑECA SNAC-SLAC. PRESENTACIÓN DE CASOS

Fernández Lopesino, M.M.; Polo Simón, F.; Laredo Rivero, R.; Fajardo Romero, J. F. y Madruga Sanz, J.M.  
Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

**Introducción y objetivos.** Los términos SNAC: "Scaphoid non-union advanced collapse" y SLAC: "Scapho-lunate advanced collapse" ha sido acuñados para hacer referencia a la artrosis de muñeca que presenta un patrón radiológico característico. La causa más frecuente es debida a una inestabilidad escafolunar no tratada, pero también se ha observado que la pseudoartrosis de escafoides sigue el mismo proceso artrósico. Se propone un algoritmo de tratamiento para cada uno de los estadios de muñeca SLAC-SNAC.

**Material y método.** Se presentan algunos de los casos realizados en el Hospital Virgen de La Salud de Toledo desde el año 2006 para ilustrar la propuesta de tratamiento.

**Resultados.** SNAC I: Rescate de escafoides (Técnica de Fisk)+ estiloidectomía. SLAC I: Tenodesis (Brunelli modificada) en las reductibles y Artrodesis parciales (Artrodesis ETT) en los casos irreductibles. SNAC/SLAC II y III establecidos: Artrodesis totales vs parciales: Artrodesis total distal: trabajadores manuales de fuerza. Artrodesis total proximal: Pacientes con baja demanda funcional. Artrodesis cuatro esquinas o técnica de Watson: pacientes jóvenes.

**Comentarios y conclusiones.** La evolución natural tanto de una inestabilidad escafolunar no tratada, como de una pseudoartrosis de escafoides, es hacia el colapso carpiano, artrosis de muñeca y disminución de la movilidad. Inicialmente puede ser asintomática. El tratamiento va a depender de la conjunción de dos factores básicos: características del paciente (edad, sexo, si se dedica a trabajos manuales pesados o actividades finas y el grado de movilidad de la muñeca previo a la cirugía) y el grado radiológico de artrosis de muñeca.

## CC 342

### PSEUDOANEURISMA TRAUMÁTICO DE ARTERIA DIGITAL

Llabrés Comamala, M.; Wertheimer, G.; Femenias Rosselló, J.; Ripoll Estela, G. y Rubí Jaume, M.  
H.U. Son Dureta. Palma de Mallorca.

**Introducción y objetivos.** Los pseudoaneurismas de las arterias digitales de los dedos son una entidad muy rara, con escasos casos descritos en la literatura. Presentamos el caso de un paciente afecto de esta patología, el tratamiento y la anatomía patológica.

**Material y método.** Paciente varón de 35 años que acude a urgencias de nuestro centro con tumoración vascular en borde cubital del 3° dedo de la mano derecha, a nivel palmar. Refiere antecedente de herida inciso-contusa a ese nivel una semana antes por la que había requerido sutura de piel en su centro de salud. A la manipulación de la tumoración se aprecia sangrado pulsátil de la misma por lo que se decide revisión quirúrgica.

**Resultados.** Se procede a revisión ampliándose pseudoaneurisma de arteria digital, permaneciendo indemne el nervio colateral. Se realiza resección del pseudoaneurisma y a sutura microquirúrgica termino-terminal. El resultado de anatomía patológica es compatible con pseudoaneurisma de arteria de pequeño tamaño. El paciente presenta evolución

correcta con permeabilidad de la sutura confirmada por eco-doppler y movilidad articular completa al finalizar el tratamiento.

**Comentarios y conclusiones.** Los pseudoaneurismas de los dedos de la mano son entidades raras y deben evaluarse para descartar otros procesos como quistes, abscesos o neuromas. En nuestro caso pudimos reconstruir el vaso pero en ocasiones debe practicarse ligadura, siempre teniendo en cuenta la viabilidad vascular del dedo.

## CC 343

### ROTURA ATRAUMÁTICA DEL EXTENSOR LARGO DEL PULGAR

Menéndez Martínez, P.; Cibantos Martínez, R.; Laredo Rivero, R.; Rubio Álvaro M.C. y Tomé Bermejo F.  
*Hospital Virgen de la Salud. Toledo.*

**Introducción y objetivos.** La rotura tendinosa ELP es más frecuente tras fracturas tipo Colles, pero puede darse sin traumatismo en trabajadores manuales tras una degeneración progresiva. Produce impotencia funcional para la extensión activa de la F2 del pulgar.

**Material y método.** Paciente de 32 años, trabajador manual, que acude a urgencias por impotencia funcional aguda en 1er dedo mano izquierda. Sin antecedente de traumatismo directo. Únicamente dolor de larga evolución resistente a tratamiento conservador. Refiere impotencia funcional aguda y dolor tras movimiento de extensión de la muñeca. EF: Posición en semiflexión del pulgar. No formación de tabaquera anatómica al colocar el pulgar en extensión. Exploración en quirófano: Integridad de 1ª corredera. Rotura con gran deshilachamiento ELP. Se sutura tendón usando fascículo del SLP + inmovilización con fémula.

**Resultados.** Tras 3 semanas, se retira la inmovilización y se inician ejercicios controlados. Actualmente el paciente presenta extensión casi completa y se encuentra trabajando sin incidencias.

**Comentarios y conclusiones.** La rotura del ELP fue descrita por Duplay en 1876 y por Dum durante la guerra francoprusiana como causa de la llamada parálisis del tamborilero, frecuente en los tocadores de tambor. Frecuentemente es precedida por manifestaciones propias de la patología tendinosa que la originó, sin traumatismo directo previo. Por ser un tendón intrasinovial, la importante migración del cabo proximal impide una cicatrización espontánea mediante un tratamiento conservador. Existen diferentes técnicas quirúrgicas para reparación ELP como sutura directa, injerto del palmar menor o transposiciones tendinosas como del EPI, SLP.

## CC 344

### SIMULTÁNEA LUXACIÓN DORSAL DE LAS ARTICULACIONES INTERFALÁNGICAS DEL 5º DEDO

Santana Suárez, R.Y.\*; Quintana, J.\*\*; Valencia Sola, L.\*\*\*; Barroso Rosa, S.\*; Navarro Navarro, R.\* y Martín García, F.\*  
\*Hospital Universitario Insular De Gran Canaria, \*\*Hospital Materno Infantil De Gran Canaria, \*\*\*Servicio De Reanimación y Anestesiología Hospital Universitario Dr. Negrin.

**Introducción y objetivos.** Las luxaciones aisladas de las articulaciones interfalángicas de los dedos de las manos son un suceso muy frecuente. Tienen tratamiento simple y una buena evolución. La luxación doble simultánea de dos interfalángicas de un mismo dedo es un hecho bastante menos frecuente.

**Material y método.** Se describe el caso de un niño de 10 años que tras un golpe con el balón en el 5º dedo acude a urgencias por dolor, impotencia funcional y deformidad dorsal en las dos interfalángicas. No se halla lesiones nerviosas, vasculares ni de piel. Tras el examen radiográfico se confirma una curiosa imagen de una simultánea luxación doble del 5º dedo de las articulaciones interfalángica proximal y distal. No se observa ninguna lesión ósea asociada. Se realiza una correcta reducción y se inmoviliza las dos articulaciones, tras no observar inestabilidad de las articulaciones interfalángicas.

**Resultados.** Tras la inmovilización en una posición intrínseco plus del 5º dedo durante tres semanas se examina al paciente y tiene una buena evolución y rango completo de movilidad.

**Comentarios y conclusiones.** Aunque las luxaciones aisladas son muy frecuentes una doble simultánea es muy poco frecuente. Los casos descritos son en dedos en adultos jóvenes no en niños tras traumatismos directos sobre las falanges en deportes de pelota. Hay muy pocos casos descritos en la literatura aunque la lesión fue descrita hace ya más de un siglo por 1874 por Bartels. Nos mostraba el mecanismo de esta luxación

com una fuerza dorsalmente dirigida a la yema del dedo que rasga las placas volares de ambas uniones.

## CC 345

### CONSOLIDACIÓN VICIOSA DE FRACTURA DE RADIO DISTAL. CASO CLÍNICO

Fernández Sánchez, J.R.; Martínez Martínez, F.; Cano Gea, R.; López Martínez, J. J.; Parrilla Riera, J.J. y Clavel Sainz-Nolla, M.  
*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.*

**Introducción y objetivos.** La consolidación viciosa es la complicación más frecuente de las fracturas de extremo distal de radio, de modo que si es marcada produce una gran discapacidad.

**Material y método.** Presentamos un caso clínico de una paciente que presentó fractura de extremo distal de radio, tratada de modo conservador, con colapso posterior de la misma. Al corresponder a una paciente joven y activa (en edad laboral), se decide tratamiento mediante osteotomía correctora, aporte de injerto autólogo y estabilización con placa de osteosíntesis.

**Resultados.** Los resultados obtenidos han sido satisfactorios, con corrección de los parámetros radiográficos tanto en inclinación radial, como en longitud radial y varianza cubital.

**Comentarios y conclusiones.** La placa volar de ángulo fijo parece representar la mejor opción actualmente para la fijación de las osteotomías de radio distal, pudiéndose lograr la consolidación con éxito tanto con injerto esponjoso como corticoesponjoso.

## CC 346

### DISOCIACIÓN ESCAFOLUNAR

Villarrubia García, E.; García De Lucas, F.; García Rodríguez, R.; Rafael Gómez Rice, A.; Mardomingo Alonso, A. y Aragonés Maza, P.  
*Hospital Universitario De Getafe/Clinica Centro (Madrid).*

**Introducción y objetivos.** Disociación Escafolunar.

**Material y método.** Paciente de 44 años con dolor difuso de muñeca derecha de dos años de evolución, sin antecedente traumático. La exploración física es compatible con una disociación escafolunar: dolor y tumefacción en dorso del carpo a nivel escafolunar, con una prueba de Watson positiva. En las radiografías existe una asimetría en el espacio escafolunar junto con el signo de la V de Taleisnik. En la resonancia magnética se aprecia una pérdida de la morfología normal de la articulación escafolunar junto con una leve diástasis, con aparente integridad del ligamento escafolunar al menos parcialmente.

**Resultados.** Con el diagnóstico de disociación escafolunar dinámica, se practica una artroscopia de muñeca, encontrándose una rotura completa del ligamento escafolunar. Es reintervenido realizándose una reconstrucción 3LT del ligamento escafolunar dorsal (técnica de Brunelli modificada): Capsulotomía dorsal tras abrir el retináculo extensor sobre el tercer compartimento. Ausencia del ligamento escafolunar dorsal. Cartilago de aspecto aceptable. Reducción del escafoides. Reconstrucción del ligamento escafolunar dorsal utilizando una banda tendinosa del flexor carpi radialis de unos 3 mm de anchura y 9 cm de longitud, que se moviliza hacia el dorso a través de un canal labrado en el escafoides, y se ancla al semilunar por medio de una sutura ósea. El cabo libre del tendón pasa por un ojal labrado en el ligamento radiopiramidal dorsal y se sutura sobre sí mismo. Se estabiliza el carpo con agujas de Kirschner.

**Comentarios y conclusiones.** El paciente en la actualidad presenta un alivio casi completo del dolor con un rango óptimo de movilidad.

## CC 347

### TRANSFERENCIA DEL EXTENSOR INDICIS PROPRIUS AL EXTENSOR POLLICIS LONGUS USANDO POLEA RETINACULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Izquierdo Fernández, A.; Alexis Rodríguez Echegaray, C.; Ruiz Sanz, J.; Muñoz Reyes, F. y Moreno Díaz, M.  
*Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

**Introducción y objetivos.** La rotura espontánea del extensor pollicis longus (EPL) puede ser muy invalidante por la pérdida de la extensión de las articulaciones interfalángica (IF) y metacarpofalángica (MCF) del pulgar.



Con esta modificación de la técnica se mejora tanto la adducción como la circunducción.

**Material y método.** Presentamos el caso de un paciente varón de 62 años, sin antecedentes personales de interés que sufrió una rotura espontánea del EPL. El paciente presentaba incapacidad para la extensión activa de la IF y una importante limitación para la extensión de la MCF. En esta modificación de la técnica se diseña una ventana sobre el cuarto compartimento extensor a modo de polea de reflexión retinacular para el extensor indicis proprius (EIP), en lugar de la transferencia subcutánea estándar. La polea se crea distal y cubital al tubérculo de Lister y, tras pasar por ella, el EIP se une al resto distal del EPL mediante sutura de Pulvertaft.

**Resultados.** El paciente no sólo ha recuperado la extensión de la IF sino que también ha mejorado la capacidad de adducción y circunducción del pulgar, necesaria para la realización de diversas actividades cotidianas.

**Comentarios y conclusiones.** Con esta simple modificación de la técnica se consigue mejorar el momento de adducción del pulgar, simulando la polea de reflexión anatómica que realiza el EPL en el tubérculo de Lister.

## CC 348

### CASO CLÍNICO: ARTROPLASTIA DE MUÑECA

Gómez Rice, A.; Ortega González, F.J.; Bau González, A.; Medina Santos, M.; De Lucas, R. y Berjón, J.  
*Hospital Universitario de Getafe. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Mujer de 31 años, remitida por Reumatología por dolor en muñeca no dominante de 6 años de evolución en el contexto de una artritis reumatoide. A la exploración presenta una muñeca izquierda dolorosa, extensión 25°, flexión 0°, pronosupinación completa con desviación radial y cubital abolida.

En la radiología simple se observan cambios degenerativos artrósicos (grado 4 de Larsen; Grado 3 de Wrightington).

**Material y método.** La paciente fue sometida a una artroplastia total de muñeca utilizándose como implante una prótesis de tercera generación (Universal 2), realizando un colgajo de retináculo extensor para cierre capsular dorsal.

**Resultados.** Postoperatorio sin complicaciones. Tras un seguimiento de 2 años la paciente continúa sin dolor, alcanzando los 40° de extensión y 40° de flexión.

**Comentarios y conclusiones.** En los estadios avanzados de artrosis secundaria a AR las alternativas quirúrgicas más extendidas son la artrodesis y la artroplastia total de muñeca. Las prótesis de 3ª generación tienen su principal indicación en la afectación bilateral (95% de las AR) y parecen mejorar los resultados de sus antecesoras de silicona y las primitivas metálicas, no obstante cuentan con los inconvenientes de la incertidumbre en cuanto a resultados a largo plazo (rotura del implante, aflojamiento, inestabilidad). Se optó por la artroplastia porque la paciente demandaba una solución que preservara la movilidad de la articulación y se trataba de la mano no dominante (menor estrés de máximo esfuerzo). Esto permite mantener una muñeca móvil (prótesis) y una muñeca estable (se planteará la artrodesis de la muñeca dominante cuando progrese la enfermedad) con una mayor tolerancia al estrés.

## CC 349

### EL DEDO PINTADO

Zuil, P.; Escobar, D.; LLaquet, A.; Melián, I.; Peralta, J.V. y Muñoz Moreno, J.A.  
*Hospital Severo Ochoa.*

**Introducción y objetivos.** A la urgencia traumatológica acuden múltiples lesiones provocadas por instrumentos habituales en la práctica laboral de muchos trabajadores.

**Material y método.** Varón, bebedor e hipertenso, que acude a la urgencia por presentar una herida en pulpejo del 2º dedo de la mano izquierda producida por una pistola de pintura a presión de 24 horas de evolución. A la exploración presentaba un dedo cianótico, edematoso, con dificultad para la flexo-extensión, sin alteración neurológica y una herida en pulpejo; en cuyo fondo se observaba pintura y que al presionar se extraía más pintura aun. Se le realizó una radiología donde, gracias al contenido plomado de la pintura, se visualizó el grado de extensión de la lesión. Se le intervino de urgencias limpiando al máximo el contenido de pintura.

**Resultados.** Tras la intervención, el paciente presentó necrosis cutánea postquirúrgica de inicio en el pulpejo. Tras múltiples curas, consistentes en resecciones de tejido de mayor o menor tamaño, el paciente cicatrizó correctamente sin llegar a necesitar un injerto.

**Comentarios y conclusiones.** Este tipo de lesiones deben ser tratadas de urgencia puesto que el miembro afecto corre un riesgo de amputación y de posteriores complicaciones. A veces, imágenes tan simples como la radiología simple, pueden ayudarnos a valorar el alcance de lesiones como ésta.

## CC 350

### DOLOR CRÓNICO DE MUÑECA EN PACIENTE JOVEN CON ARTRITIS REUMATOIDE

Auñón Martín, I.; Cecilia López, D. y Blanco Díaz, D.  
*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología II. Hospital 12 de Octubre. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Se trata de una mujer de 36 años de edad, AR con buen control que refiere dolor en muñeca izquierda de meses de evolución sin antecedente traumático ni fiebre, presenta dolor e inestabilidad en articulación radiocubital distal (ARCD). Presenta DASH de 86.

**Material y método.** En pruebas de imagen, radiografía y RMN se objetivan cambios degenerativos radiocarpianos, cambios extensos de señal en hueso semilunar, Enfermedad de Kienbock, estadio IV de Lichtman. Se realiza artrodesis radioescafosemilunar con 2 placas en Y de 1,5 mm, ligamentoplastia ARCD con tendón autólogo según técnica de Adams. A los 5 meses presenta discreta limitación para movilización. Escala DASH de 54 y se observa artrodesis satisfactoria.

**Resultados.** A los 5 meses presenta discreta limitación, -10° de pronosupinación y arco de 100° de flexoextensión. Escala DASH de 54. Se objetiva artrodesis satisfactoria.

**Comentarios y conclusiones.** La etiología de la Enfermedad de Kienbock es desconocida, relacionada con alteración en la vascularización del semilunar.

El curso evolutivo de la enfermedad se ha dividido en 4 estadios según Lichtman, que condicionan el tratamiento. Para las fases avanzadas se indican procedimientos de rescate como la artrodesis radioescafosemilunar. La escafoidectomía distal mejora movilidad y dolor. Respecto a la inestabilidad ARCD, la paciente presentaba discretos signos degenerativos asociados y por tanto una contraindicación relativa para una estabilización ligamentosa, pensamos que dadas las condiciones de la paciente es una buena opción realizar un procedimiento de partes blandas.

## CC 351

### FRACTURA ABIERTA OSTEOCONDAL DE LA CABEZA DEL TERCER METACARPIANO. OSTEOSÍNTESIS BIORREABSORBIBLE

Blanco Díaz, D.; Cecilia López, D.; Guimerá García, V.; Jara Sánchez, F. y Resines Erasun, C.  
*Hospital Universitario 12 De Octubre. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas intraarticulares de la cabeza de los metacarpianos son poco comunes y suelen asociarse a traumatismos abiertos de la mano. En los casos en que es necesario realizar una síntesis, el empleo de nuevos biomateriales presenta ventajas con respecto a los métodos clásicos.

**Material y método.** Varón de 16 años que acude a Urgencias por presentar herida en dorso de la mano tras traumatismo penetrante con arma blanca. El estudio radiológico confirma la presencia de fractura de la cabeza del tercer metacarpiano con un fragmento osteocondral de gran volumen (1 x 2 cm). En quirófano se procede a lavado de la herida y reducción del fragmento de la cabeza realizándose síntesis de la fractura con dos tornillos biorreabsorbibles de 5 mm PolyMax, Synthes®.

**Resultados.** Tras un proceso de rehabilitación precoz consigue una flexoextensión completa a las 6 semanas, siendo el rango de movimiento normal en la actualidad. No ha presentado complicaciones.

**Comentarios y conclusiones.** El manejo de las fracturas intraarticulares de la cabeza de los metacarpianos es conservador en la mayoría de los casos, aunque en fracturas con afectación superior al 25% o con desplazamiento mayor de 1 mm está indicada la estabilización quirúrgica. Los métodos de fijación más utilizados son las agujas y los tornillos con una tasa de complicaciones de hasta el 35%. El empleo de materiales biorreabsorbibles para la fijación interna de fracturas de la mano pre-

viene las complicaciones de los implantes convencionales y evitan una segunda cirugía para la retirada del material.

## CC 352

### ESTUDIO RETROSPECTIVO OSTEOSÍNTESIS CON PLACA DVR AÑOS 2007-2009

Villa Gil-Ortega, M.; García Benítez, B.; Cintado Avilés, M. y Baquero Garcés, F.  
*Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Bormujos, Sevilla.*

**Introducción y objetivos.** Las lesiones a nivel tarsometatarsianas en forma de fractura luxación de Lis Franc son lesiones invalidantes, que hasta en un 20% pasan desapercibidas en urgencias. Presentamos la revisión de 2 pacientes intervenidos en nuestro centro por sufrir fractura-luxación inveterada de Lisfranc.

**Material y método.** Presentamos 2 casos en los que ha habido parámetros similares: sufrir contusión a nivel pie y tobillo, con traumatismo de baja energía, 58-60 años de edad y Diabetes Mellitus tipo II. Presentaron cuadro de esguince de tobillo de evolución tórpida, con dolor persistente tras retirada de inmovilización. El diagnóstico de fractura luxación Lisfranc se realizó a los 3 meses y 7 meses en cada caso. Según la clasificación de Myerson, los especificamos como tipo A (lateral) y tipo B2 (lateral). En ambos casos se realizó reducción abierta y artrodesis de columna lateral y medial con tornillos, precisando autoinjerto de esponjosa en 1 de ellos.

**Resultados.** Hemos obtenido buenos resultados funcionales para la lesión previa, presentando dolor de tipo mecánico sin requerimientos de analgesia ni limitación funcional para actividad diaria, con artrodesis consolidadas en 8 y 9 meses, sin complicaciones en forma de infección.

**Comentarios y conclusiones.** Presentamos 2 casos de una patología de baja incidencia, en pacientes con patología añadida (DM tipo II), que han llevado una buena evolución clínica y funcional. Querriamos resaltar que son lesiones invalidantes, en las que hay que "pensar en ellas", aunque se asocien con mayor frecuencia a traumatismos de alta energía.

## CC 353

### OSTEOBLASTOMA RECIDIVANTE DEL GANCHOSO

Muñoz Ledesma, J.; de las Heras Sánchez-Heredero, J.; Parra Grande, J.; Narbona Cárcelas, J.; Rojo Manaute, J.M. y Del Cerro Gutiérrez, M.  
*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital General Universitario "Gregorio Marañón". Madrid.*

**Introducción y objetivos.** El osteoblastoma es un tumor benigno aunque localmente agresivo, que representa un 1% de todos los tumores primarios del hueso y raramente afecta a los huesos del carpo. El objetivo de este trabajo es revisar el osteoblastoma recidivante del ganchoso a partir de un caso clínico.

**Material y método.** Se selecciona el caso de un varón de 26 años con dolor, impotencia funcional y tumefacción progresiva de la mano izquierda diagnosticado de osteoblastoma del ganchoso y tratado en la Unidad de Mano.

**Resultados.** Tras hallazgos clínicos y radiológicos, y la biopsia de la lesión en el carpo de la mano izquierda se llega al diagnóstico de osteoblastoma de ganchoso.

Se realiza curetaje de la lesión con aporte de injerto esponjoso de cresta iliaca autólogo, a través de una vía dorsomedial al carpo. En el control radiológico realizado a los 6 meses se observa una recidiva local de la lesión e infiltración de la base de 4º y 5º metacarpianos. En consecuencia, se realiza tratamiento quirúrgico de la recurrencia, mediante exéresis completa del ganchoso y resección de la base de 4º y 5º metacarpianos, empleando un abordaje doble: una vía palmar para la disección del paquete vasculonervioso y el abordaje dorsomedial previo ampliado.

**Comentarios y conclusiones.** El osteoblastoma es un tumor benigno pero localmente agresivo, cuya tasa de recurrencia después del curetaje simple es estimada entre el 10-19%. En consecuencia, el curetaje simple de la lesión se muestra a menudo como insuficiente para tratar esta lesión. Por tanto, el tratamiento de elección de los osteoblastomas del carpo es la resección en bloque. Para la reconstrucción de los defectos óseos residuales se puede realizar a través de un injerto vascularizado o no vascularizado.

## CC 354

### RESULTADOS CLÍNICO-RADIOLÓGICOS DE LA TÉCNICA DE MATTI-RUSSE EN PSEUDOARTROSIS DE ESCAFOIDES

Polo Simón, F.\*; Pajares Cabanillas, S.\*\*; Laredo Rivero, R.\*\*\* y Parrón Cambero, R.\*\*\*

\*Hospital Virgen de la Salud, \*\*Hospital del Tajo de Aranjuez, \*\*\*Hospital Virgen de la Salud de Toledo.

**Introducción y objetivos.** El tratamiento quirúrgico de la pseudoartrosis de escafoides ha evolucionado extraordinariamente en los últimos 20 años. Durante mucho tiempo, la técnica de Matti-Russe ha sido la más utilizada con resultados satisfactorios, aunque limitados a determinados casos. Nuestro estudio valora los resultados que ofrece la intervención de Matti-Russe en nuestra serie de pacientes, según distinto grado de pseudoartrosis.

**Material y método.** Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo en el que evaluamos clínica y radiológicamente y comparamos con los resultados de otros autores, a 22 pacientes con pseudoartrosis intervenidos entre 1994-2009, con un seguimiento medio 4.8 años, y un tiempo de evolución medio de la pseudoartrosis de 21,5 meses. El análisis de los resultados se realizó en función de la clasificación del tipo de fractura inicial, del grado de pseudoartrosis, del tiempo de evolución y de la situación laboral de cada paciente.

**Resultados.** 18 pacientes refirieron resultados excelentes/buenos y 4 pacientes reportaron resultados regulares/malos. De los 17 casos ESTABLES (I-IIa): 16 fueron excelentes-buenos (94.11%) con un 88.23% de consolidación. De los 5 casos INESTABLES (IIb-IIIa): 3 refirieron resultados regulares-malos (60%) y 2 excelentes (40%) con un 60% de consolidaciones.

**Comentarios y conclusiones.** Con nuestros resultados y comparándolos con los de otros autores, seguimos considerando válida la técnica de Matti-Russe para aquellos casos con buena vascularización, que no afectan al tercio proximal y de corto tiempo de evolución; mientras que para los casos de pseudoartrosis inestables y de largo tiempo de evolución consideramos que ofrece pobres resultados.

## CC 355

### ROTURA ESPONTÁNEA DE TENDÓN EXTENSOR LARGO DEL PULGAR EN PACIENTE JOVEN

Sirvent Díaz, E.; Santillana Ruíz, J.; Manuel Farrés, E.; Pradillos García, E.; Santana Zorrilla, S. y Rubio Gajo, B.  
*Hospital De Tortosa Verge de La Cinta.*

**Introducción y objetivos.** Las roturas de los tendones extensores de la mano en pacientes jóvenes son habitualmente causadas por un antecedente traumático, pero en ausencia de éste hay que pensar en la presencia de patologías reumatológicas o autoinmunes concomitantes.

**Material y método.** Hombre de 32 años sin antecedentes médicos conocidos de interés que consulta a urgencias debido a imposibilidad de extensión activa de articulación interfalángica del pulgar de la mano derecha desde hace tres horas, instaurada súbitamente sin antecedente traumático ni sobreesfuerzo. Refiere trabajo sedentario y no realizar actividad física importante. Dada la sospecha diagnóstica de rotura del tendón extensor largo del pulgar, se decide intervención quirúrgica de urgencia. Intraoperatoriamente se observa rotura del mismo a nivel del tubérculo de Lister del radio distal con retracción del extremo proximal hasta tercio medio del antebrazo. Impresiona la pobre calidad del tendón, observando degeneración macroscópica del mismo. Se realiza biopsia para su estudio.

**Resultados.** La anatomía patológica informa la presencia de vasculitis linfocítica. Se remite el caso a la sección de enfermedades autoinmunes del servicio de Medicina Interna. Después del tratamiento habitual y rehabilitación según protocolo de Kleinert, el paciente reinicia su actividad habitual con normalidad a las 10 semanas.

**Comentarios y conclusiones.** Considerar estudio complementario de patologías reumatológicas o autoinmunes en pacientes jóvenes que presentan rotura tendinosa espontánea.

## CC 356

### OSTEOSÍNTESIS EN FRACTURAS LUXACIONES DEL CARPO MEDIANTE AGUJAS. Resultados. RADIOLÓGICOS Y FUNCIONALES

Torres Campos, A.; Estella Nonay, R.; Castán Bellido, L.; Malo Finestra, L.; Seral García, B. y Seral Iñigo, F.  
*HCU Lozano Blesa (Zaragoza).*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas luxaciones del carpo son lesiones graves y generalmente provocadas por traumatismos de alta energía. Se asocian a importantes lesiones del complejo ligamentoso y óseo que requieren reducción cuidadosa y fijación estable.

**Material y método.** Estudio retrospectivo incluyendo fracturas luxaciones del carpo tratadas en nuestro servicio. El seguimiento incluyó radiología seriada y controles funcionales según la escala de Gartland y Werley. Así mismo se valoró la presencia de dolor, las complicaciones y el grado de satisfacción del paciente.

**Resultados.** Entre 2000 y 2008 se revisan 10 casos de fracturas luxaciones del carpo. Un 70% fueron del tipo transescafosemilunar. Ocho presentaban lesiones asociadas. El seguimiento mínimo fue de 8 meses. El tratamiento más común fue la osteosíntesis con agujas de kirschner tras reducción cerrada asociando sutura ligamentosa en dos casos. Todos ellos fueron inmovilizados con férula de yeso en el postoperatorio. La contención enyesada y las agujas fueron retiradas en una media de 6,5 semanas. Un paciente requirió reintervención en el postoperatorio inmediato. La escala de Gartland y Werley fue buena o excelente en el 7 de los pacientes, regular en 2 y mala en uno. Sólo dos pacientes presentaban dolor con necesidad de toma de analgésicos de forma continuada.

**Comentarios y conclusiones.** Las fracturas luxaciones del carpo son lesiones poco frecuentes pero muy graves. La osteosíntesis con agujas de Kirschner ha demostrado buenos resultados en el tratamiento de esta patología. La correcta reducción y una fijación estable son fundamentales para conseguir una muñeca funcional y evitar la artrosis precoz.

## CC 357

### A PROPOSITO DE UN CASO TRAS EXPLOSIÓN BOMBA CON AFECTACIÓN DE AMBAS MANOS

Múgica Santibáñez, P.M.; Blazquez, P.; Bollegui Zuloaga, I.; Larrea Ruiz, A.; López Vinagre, E. y González Pacheco, R.  
*Hospital De Cruces.*

**Introducción y objetivos.** Varón tras explosión bomba presenta afectación de ambas extremidades superiores, con afectación vascular en ambas extremidades así como fracturas abiertas en ambas. El objetivo es repasar las indicaciones de amputación ante una extremidad catastrófica.

**Material y método.** Recogida de datos del paciente al ingresar método de actuación y seguimiento.

**Resultados.** Amputación de una extremidad, fijación de fractura con fijador externo y revascularización de extremidad por afectación vascularización por fractura en 1/3 proximal del antebrazo.

**Comentarios y conclusiones.** Valorar viabilidad de extremidad.

## CC 358

### LUXACIÓN CARPOMETACARPIANA TRATADA ORTOPÉDICAMENTE

Martínez Martínez, J.; Carrillo Juliá, F.J.; Abellán Guillén, J.F.; Rodríguez-Miñón Ferrán, M. y Andrés Grau, J.  
*Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia.*

**Introducción y objetivos.** Las luxaciones carpometacarpiana s múltiples puras son lesiones infrecuentes. Generalmente son dorsales y predominantemente suceden en el lado cubital. El tratamiento de elección es la reducción cerrada y fijación interna mediante agujas, ya que en casi todos los casos es imposible mantener la reducción sólo con inmovilización externa. Además, es necesario completar el tratamiento con un yeso durante 6 semanas. La secuela principal de estas lesiones suele ser la inestabilidad posterior sintomática; sin embargo, la movilidad normalmente no plantea problemas.

**Material y método.** Se presenta el caso de un varón de 25 años que tras un traumatismo directo en la mano derecha acude a urgencias con dolor, edema, deformidad en zona dorso-cubital del carpo y acortamiento e impotencia funcional en 4º y 5º radios. En la radiología simple se

observa una luxación pura carpo-metacarpiana dorsal que afecta al 4º y 5º metacarpiano. Se efectúa una reducción cerrada y se comprueba mediante control radiológico. Dada la adecuada estabilidad clínica de la lesión se decide tratar ortopédicamente sólo con inmovilización. Se realiza un seguimiento semanal confirmando radiológicamente que se conserva la reducción. Después de seis semanas es retirado el yeso.

**Resultados.** Tras el período de rehabilitación pertinente el paciente se encuentra asintomático, con una buena movilidad y correcta estabilidad.

**Comentarios y conclusiones.** A pesar de que la mayoría de estas luxaciones requieren ser estabilizadas quirúrgicamente mediante fijación con agujas, algunos casos seleccionados podrían tratarse de forma ortopédica si la reducción es completamente estable y se realiza un seguimiento estrecho.

## CC 359

### RESULTADOS DE LA ARTRODESIS INTRACARPIANA "4 ESQUINAS" CON PLACA CIRCULAR COMO TRATAMIENTO DE ARTROSIS INTRACARPIANA CON INESTABILIDAD PERISEMILUNAR

Ramos Del Río, A.; Virseda García, L.; Zabala Llerandi, J.; Díez Romero, J.; Saldaña Díaz, A. y Marco Poza, V.  
*Complejo Asistencial de León. León.*

**Introducción y objetivos.** La artrosis intracarpiana con inestabilidad perisemilunar (asociada o no a fractura y/o pseudoartrosis de escafoides) es una patología para la que se han descrito distintos tratamientos, siendo la artrodesis en 4 esquinas uno de los más utilizados. Los objetivos de nuestro trabajo son valorar los resultados obtenidos con esta intervención utilizando como síntesis una placa circular.

**Material y método.** Realizamos un estudio retrospectivo de los casos de artrodesis en 4 esquinas practicados en nuestro hospital, con un seguimiento mínimo de 1 año. Se recogen 8 casos, en los que valoramos la técnica utilizada, complicaciones aparecidas y parámetros de movilidad, dolor y fuerza preoperatorios y en el momento de revisión.

**Resultados.** Encontramos resultados similares en los 8 casos. La movilidad y la fuerza de prensión pre y postoperatoria apenas se ve modificada, aunque sí constatamos una mejoría del dolor, encontrándose los pacientes satisfechos con el procedimiento.

**Comentarios y conclusiones.** Revisamos la bibliografía al respecto, encontrando también una mejoría del dolor respecto al preoperatorio, pero con un alto número de complicaciones, que creemos se deben a una mala indicación, al diseño de la placa y a la técnica quirúrgica. Consideramos como conclusiones que la artrodesis intracarpiana "4 esquinas" con placa circular es un tratamiento válido para estos pacientes, siendo fundamental para obtener buenos resultados elegir bien los casos y realizar una técnica quirúrgica adecuada.

## CC 360

### SCHWANOMA DEL NERVO COLATERAL CUBITAL DEL DEDO ÍNDICE

Utrillas Compaired, A.; Viana López, R.; González Gómez, I.; Ferreira Villanova, F.J.; García García, J.; Azuara Dapía, G.; Rodríguez Garzón, A. y Bazaga Díaz, S.  
*Hospital Universitario de Guadalajara.*

**Introducción y objetivos.** Los schwannomas o neurilemomas son los tumores benignos nerviosos más frecuentes de la extremidad superior. Se han descrito lesiones múltiples en un solo nervio periférico, y son raras las publicaciones sobre una transformación maligna. Objetivos: descripción de la lesión, diagnóstico diferencial y resultado del tratamiento de este caso clínico.

**Material y método.** El paciente presentaba una tumoración indolora adyacente a la eminencia tenar, con déficit neurológico en el territorio de inervación del nervio colateral cubital del índice de la mano derecha, móvil en dirección transversa pero no longitudinal. La RMN delimitó la lesión, pero no puede distinguir el neurilemoma del neurofibroma o del tumor de vaina nerviosa periférico maligno. Estas lesiones surgen de la célula de Schwann, que produce una lesión que crece lentamente, bien delimitada y excéntrica en el nervio periférico. Se ven con más frecuencia en la superficie flexora del antebrazo o de la mano (como en el caso que nos ocupa) en las décadas cuarta, quinta y sexta.

**Resultados.** El riesgo de deficiencia neurológica postoperatoria es del 4%, y en la mayoría de los casos la lesión puede extirparse completamente mejorando los síntomas que estaban presentes antes de la in-

tervención. En este caso fue extirpada completamente, quedando el paciente con un déficit de discriminación de dos puntos de 2 mm.

**Comentarios y conclusiones.** Los tumores nerviosos más frecuentes de la extremidad superior pueden confundirse con gangliones o lipomas y es preciso descartar su malignización. Su tratamiento es la exéresis-biopsia mediante técnica microquirúrgica para reducir el riesgo de deficiencia neurológica postoperatoria.

## CC 361

### FRACTURA AGUDA AISLADA DEL SEMILUNAR

Pradillos García, E.; Comellas Miralles, E.; Sirvent Díaz, E.; Santana Zorrilla, S.; Santillana Ruiz, J. y Capdevila Baulenas, J. *Hospital de Tortosa Verge de la Cinta.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas agudas aisladas del semilunar son infrecuentes y suelen pasar desapercibidas, por lo que no son tratadas. La mayoría de los pacientes tienen un antecedente de caída con la muñeca en hiperextensión; en esta posición el semilunar se desplaza a la cara palmar de la fosa lunar y rota dorsalmente. El diagnóstico radiográfico es difícil, por lo que se recomienda el uso de TC para visualizar las líneas de fractura de forma más detallada. LA RMN es elección para diagnosticar la osteonecrosis por déficit de vascularización en estadios iniciales.

**Material y método.** Paciente varón de 52 años que acude a consultas por dolor en muñeca derecha de 6 meses de evolución. Refiere antecedente de caída en el lugar de trabajo. Presenta dolor a la flexión palmar a nivel del semilunar. F/E: 40/40. Las pruebas de imagen (RX, TC y RMN) muestran fractura del semilunar con afectación degenerativa mediocarpiana.

**Resultados.** Se decide tratamiento quirúrgico: artrodesis semilunar-hueso grande con injerto autólogo. Durante el post-operatorio el paciente no presentó complicaciones importantes.

**Comentarios y conclusiones.** En pacientes con dolor a nivel semilunar con antecedente de traumatismo en hiperextensión de muñeca debemos sospechar fractura de éste y, en caso de dudas realizar exploraciones complementarias (TC). En fracturas conminutas se recomienda tratamiento quirúrgico, que en muchos casos requerirá el uso de injerto. Se deberá valorar la posibilidad de artrodesis. Es recomendable prevenir al paciente de la posible disminución del rango de movimiento en pro de la mejoría del dolor.

## CC 362

### TENOSINOVITIS NODULAR PIGMENTADA LOCALIZADA; A PROPÓSITO DE UN CASO

Gómez Palacio, V.E.; López de Di Castillo Roldan, L.; Gay-Pobes Vitoria, J.J.; Martí Puente, M. y Azcaray Anta, M. *Servicio de Cirugía Ortopédica y traumatológica, Hospital San Pedro de Logroño, La Rioja.*

**Introducción y objetivos.** La tenosinovitis nodular pigmentada localizada o tumor de células gigantes de la vaina tendinosa, se caracteriza por la proliferación difusa de las células sinoviales y del tejido subintimal, que afecta a articulaciones, bursas y vainas tendinosas. La localización más frecuente es en los dedos, es el segundo tumor en frecuencia que se presenta en los tejidos blandos de la mano después del ganglion en esa zona.

**Material y método.** Presentamos el caso clínico de una paciente de 25 años de edad con tumoración de gran dimensión en la zona palmar de 5 dedo de mano izquierda de 15 años de evolución que no permitía la flexión completa de dicho dedo.

**Resultados.** La paciente es intervenida realizando exéresis completa de dicha tumoración de bordes bien definidos con aspecto lobulado y color marrón, que dependía de la vaina tendinosa. El estudio anatómico-patológico confirma diagnóstico de tenosinovitis nodular pigmentada.

**Comentarios y conclusiones.** Entre las características de esta patología es la capacidad que tiene en invadir el hueso subcondral, provocando erosiones y quistes, que hay que tener en cuenta en la intervención revisando la zona ósea. Es una tumoración benigna pero agresiva localmente, debemos realizar un diagnóstico diferencial con la artritis reumatoide sobretodo y otras como lipoma arborescente, sarcoma sinovial, hemangioma sinovial. El tratamiento además de quirúrgico, parece te-

ner buenos resultado la radioterapia, y debemos realizar un seguimiento progresivo del paciente, por la problemática de la recidiva local en un 10-20% de los casos.

## CC 363

### FRACTURA-LUXACIÓN TRANSESTILOPERILUNAR DEL CARPO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Macarena López Pliego, E.; Abad Zamora, J.M.; Moreno Domínguez, R.; Chacón Cartaya, S.; Liñán Padilla, A. y Fornell Pérez, S. *Hospitales Universitarios Virgen del Rocío (Sevilla).*

**Introducción y objetivos.** En los últimos años ha habido grandes avances en el reconocimiento y la comprensión de las fracturas-luxaciones de muñeca, así como en la descripción de las lesiones menos frecuentes. La mayoría se producen en relación con mecanismos de alta energía y muchas veces pueden pasar desapercibidas, dando lugar a lesiones crónicas.

**Material y método.** Presentamos el caso de un varón de 29 años de edad, que sufre accidente practicando motocross, refiriendo dolor y deformidad de la muñeca izquierda. Con los estudios radiográficos comprobamos la existencia de una fractura-luxación transestilooperilunar del carpo, intentando en un primer momento la reducción cerrada, sin éxito, por lo que optamos por el tratamiento quirúrgico. Procedemos a la reducción abierta de la fractura de estiloides radial con un tornillo a compresión, artrodesis radiocarpiana y escafosemilunar con dos agujas de Kishner y suturas ligamentosas.

**Resultados.** La evolución postoperatoria fue favorable. Tras dos meses el paciente se reincorporó a su actividad laboral normal.

**Comentarios y conclusiones.** Las fracturas-luxaciones del carpo son un reto en cuanto al diagnóstico, que si no es temprano puede ocasionar secuelas importantes, y tratamiento, el cual ha evolucionado enormemente, presentando tres objetivos claros: 1. Reducción a una posición que permita una función normal, 2. Minimizar los períodos de inmovilización, 3. Seleccionar el tratamiento más adecuado a cada caso. Las luxaciones puras tienen mucho mejor pronóstico, pero no debemos intentar reducir las sin estar seguros del diagnóstico. En cualquier caso, se hace obligada la reducción quirúrgica de urgencia si la cerrada no ha tenido éxito.

## CC 364

### RE-IMPLANTATION OF THE 3TH AND 4TH FINGERS IN A 80 YEAR OLD PATIENT

Torres, J.; Gutierrez, M.; Monteiro, E.; Costa, G.; Pinto, R.; Trigo Cabral, A. *Hospital S. João, Porto, Portugal.*

**Introducción y objetivos.** Finger re-implantation has significantly evolved in the last 40 years, with the development of micro-surgery, with good clinical results.

**Material y método.** Male patient, 80 y.o., active, with an 80% amputation of the 3th and 4th fingers of the right hand, with a chainsaw. The patient was submitted to Clinical Examination and X-Ray. The patient had a complete F1 fracture in both fingers, total section of the collateral nerves and arteries, and of extensor/flexor tendons. The dorsal fingertips were vascularized. Given the patient's age and probable advanced atherosclerosis, no action was taken on the collateral arteries. The nerves were anastomized, and the tendons sewed, after osseous fixation with Kirschner wires.

**Resultados.** The Evolution was good, with maintained vascularization, no infection and complete consolidation. The Kirschner wires were taken at 5 weeks, with immediate passive/active mobilization. The patient recovered 80% finger mobility and 50% sensitivity, after physical therapy. The patient's age, atherosclerosis, and complete neurovascular section are all signs of a poor prognosis. However, being an active patient, with partial distal blood supply, and ischemia time of less than 12 hours, re-implantation was the choice, followed by tight vigilance, evaluating the need of amputation.

**Comentarios y conclusiones.** Despite the poor prognosis factors, we consider the re-implantation to have been a good choice, with clear benefit for the patient.

## CC 365

### SCAPHOID FRACTURE IN A CHILD: A RARE DIAGNOSIS

Torres, J.; Gutierrez, M.; Monteiro, E.; Costa, G.; Pinto, R. y Trigo Cabral, A.

*Hospital S. João, Porto, Portugal.*

**Introducción y objetivos.** Scaphoid fractures in children are rare, making them difficult to diagnose. Although fractures in adolescents are commonly described in the literature, in what concerns scaphoid development, this population is grouped with adults.

**Material y método.** Male patient, 10 y.o., who suffered a direct trauma in the right wrist, from which resulted a scaphoid neck fracture. Clinical Examination (pain and swelling in the anatomic snuff box), radiological study (x-ray- incomplete scaphoid neck fracture). The chosen treatment was immobilization with a scaphoid cast.

**Resultados.** At 2 weeks the x-ray showed a good alignment of the fracture. The patient took of the immobilization on his own at 3 weeks, starting mobilization. In the follow-up appointment at 4 weeks, the x-ray showed an united fracture, with total non-painful mobility and full functional recovery. At 12 weeks the patient was re-evaluated and had no complaints. Despite being a rare diagnosis in children, the fracture was evident in the x-ray. It had no deviation, so no further diagnostic work-out was necessary, like TC or MRI. Being a rare lesion, there are no defined international guidelines for the immobilization period. Although the patient did not respect the medical indications, the final result was excellent.

**Comentarios y conclusiones.** In less frequent pathologies, has the one described by the authors, the lack of data on the ideal treatment requires a tight follow-up.

## CC 366

### SAUVÉ-KAPANDJI DOLOROSO. RESCATE CON PRÓTESIS DE CÚBITO DISTAL

Guimerá García, V.; Cecilia López, D.; Suárez Arias, L.; Blanco Díaz, D.; Auñón Martín, I. y Resines Erasun, C.

*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología II. Hospital Universitario 12 de Octubre.*

**Introducción y objetivos.** Varón de 28 años, que 4 años antes se le realizó artrodesis RCD tipo Sauvé-Kapandji por dolor y artrosis como secuelas de una fractura de radio distal a la edad de 17 años. Tras 4 años de buena evolución de la artrodesis, se presenta en consulta con dolor en el muñón proximal de cúbito e inestabilidad del mismo. (Paciente trabajador manual con alta demanda funcional).

**Material y método.** Ante los hallazgos clínicos y radiográficos se decide realizar rescate de Sauvé-Kapandji con artroplastia cubital con implante (Ascension First Choice) proximal a la masa de artrodesis RC. La artroplastia fue estabilizada con interposición tendinosa de palmar menor.

**Resultados.** A los 3 meses el paciente presentaba una movilidad próxima a la normalidad y una fuerza del 80% respecto a la muñeca contralateral que le permitía realizar sus actividades sin limitación.

**Comentarios y conclusiones.** A pesar del alivio del dolor, todos estos procedimientos clásicos de salvamento de la RCD conllevan un riesgo inherente de inestabilidad sintomática (convergencia dolorosa) que puede llegar a ser más problemática que el proceso original. La artroplastia cubital distal es un concepto atractivo para tratamiento de las deficiencias y artrosis postraumática de ARCD, especialmente para las resecciones distales inestables con convergencia/impactación RC. Son necesarios estudios a largo plazo para evaluar complicaciones y tasa de supervivencia.

## CC 367

### FRACTURA AISLADA CORONAL DE SEMILUNAR

García Portabella, P; Barrio Bernardo-Rúa, J; Tirador Menéndez, JI; Vázquez Prieto, A; Garrido Fernández, A.

*Hospital de Jove. Gijón*

**Introducción y objetivos.** Presentamos un caso de fractura coronal de semilunar en paciente tras contusión directa sobre carpo.

**Material y método.** Mujer de 59 años, atendida tras caída casual con mano extendida por contusión en muñeca derecha, que en controles sucesivos presenta clínica de dolor en semilunar y fibrocartilago trian-

gular. Se realiza RM que informa de fractura coronal de semilunar con congruencia articular distal y diástasis proximal de 1'5mm sin desviación palmar ni dorsal (y ausencia de lesión en FCT). Se instaura tratamiento conservador con inmovilización con férula antebraquial. Tras ofrecer la opción de osteosíntesis la paciente la rechaza, por lo que se decide proseguir con tratamiento conservador.

**Resultados.** Tras 14 meses se realiza nuevo control por RM que informa de "leves cambios degenerativos radiocarpianos en fosa semilunar y presencia de ganglión articular de 1cm de diámetro en región cubitopiramidal". A los 18 meses de seguimiento la paciente no presenta dolor a la exploración y el ganglión ha desaparecido por lo que no se valora actualmente la necesidad de tratamiento quirúrgico.

**Comentarios y conclusiones.** El interés del caso es suscitado por la excepcionalidad de la presentación de una fractura aislada de hueso semilunar, sin lesión ligamentosa adyacente así como sin desviación dorsal ni volar de los fragmentos. Actualmente el tratamiento conservador es el más indicado para este tipo de lesiones.

## CC 368

### FRACTURA TRANSESCAFO-TRANSCAPITATO-PERILUNO-PERITRIQUETRAL

García Portabella, P; Barrio Bernardo-Rúa, J. y Vázquez Prieto, A.

*Hospital de Jove. Gijón.*

**Introducción y objetivos.** Presentamos un caso de fractura transescafo-transcapitato-periluno-peritriquetral resuelta quirúrgicamente.

**Material y método.** Varón de 30 años que acude a urgencias tras caída casual sobre la mano izquierda presentando dolor e impotencia funcional de la mano y muñeca, sin deformidad evidente y con buen estado neurovascular distal. Se realizan radiografías de muñeca en las que se observa fractura transescafo-transcapitato-perilunar con desplazamiento distal dorsal. Se realiza tracción y reducción de la misma tras lo que se observa giro de 180° de fragmento proximal del hueso grande. Se realiza reducción abierta y fijación interna de escafoides y hueso grande con tornillos de Herbert y se observa lesión ligamentosa lunotriquetral y triquetrohámata que se repara y se estabiliza con agujas de Kirschner, que se retiran en posteriores controles.

**Resultados.** A los 8 meses de seguimiento el paciente presenta ausencia de dolor y de inestabilidad, pronosupinación completa, flexión de 30° y extensión de 40°, que le permite realizar su actividad laboral de forma adecuada (jardinero).

**Comentarios y conclusiones.** Se presenta el caso por el interés de la complejidad de la lesión, su baja incidencia, y sobre todo la importancia de conocer la posibilidad de sufrir un giro de los fragmentos fracturados durante el proceso de reducción de la lesión que es necesario conocer a la hora de la corrección definitiva de la lesión.

## CC 369

### TRIPLE LUXACIÓN DIGITAL

Vidal Tarrasón, N.\*; Lluch Bergadà, A.\*; Llusá Pérez, M.\*; Mir Bullo, X.\*; Nardi Vilardaga, J.\*\* y Jou Miralpeix, N.\*\*\*

*\*Hospital Vall D'hebron Barcelona, \*\*Jefe Servicio de Traumatología.*

*Hospital Vall D'hebrón, Barcelona, \*\*\*Servicio Rehabilitación.*

*Hospital Vall D'hebrón, Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** La luxación aislada de las articulaciones digitales es una entidad clínica frecuente. La luxación simultánea de dos de estas articulaciones es poco frecuente pero esta ampliamente descrita. No hemos encontrado ningún caso descrito en la literatura de paciente diagnosticado de luxación de las articulaciones metacarpofalángica (MCF), interfalángica proximal (IFP) y distal (IFD) en un mismo dedo de forma simultánea, como el que presentamos.

**Material y método.** Presentamos paciente varón de 34 años, que en accidente deportivo practicando "kickboxing", sufre traumatismo en mano derecha. A la exploración física se evidencia deformidad a nivel 5° dedo con impotencia funcional activa y pasiva para la flexoextensión de articulación MCF, IFP e IFD. El estudio radiológico muestra luxación dorsal de articulaciones MCF, IFP e IFD. Bajo anestesia troncular se realiza reducción cerrada e inmovilización con férula digitopalmar en posición "intrinsic plus". Se mantiene la inmovilización durante 10 días, iniciándose posteriormente tratamiento rehabilitador.

**Resultados.** Los controles clínicos y radiológicos posteriores, evidencian estabilidad articular. A los 12 meses del episodio de luxación a nivel MCF,

IFP e IFD, el paciente presenta una extensión completa a nivel de las tres articulaciones y un mínimo déficit de flexión a nivel IFP.

**Comentarios y conclusiones.** La luxación simultánea de las articulaciones MCF, IFP IFD es un cuadro clínico muy poco frecuente. Recomendamos iniciar la reducción por la articulación más distal, permitiendo relajar el tendón flexor profundo, facilitando la reducción de las articulaciones más proximales.

## CC 370

### FRACTURAS DEL HUESO PISIFORME: COMUNICACIÓN DE CASOS

Elgeadi Saleh, G.; García-Elias, E. y Ana González, J.  
*Hospital La Fraternidad.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas del Pisiforme suponen un 1% de las fracturas de los huesos del carpo. El mecanismo más frecuente de fractura es el traumatismo directo sobre la eminencia tenar. Aproximadamente la mitad de las fracturas del pisiforme ocurren en asociación con otras lesiones del miembro superior, por lo que para el diagnóstico es importante un alto grado de sospecha

**Material y método.** Se presentan 4 casos de fracturas del hueso pisiforme producidas por accidente laboral en el año 2008 mediante mecanismo de baja energía. El diagnóstico se realizó mediante una minuciosa exploración clínica y proyecciones radiológicas especiales para hueso pisiforme. Fueron tratadas ortopédicamente mediante yeso.

**Resultados.** Los resultados fueron excelentes, con movilidad completa en todos los casos y sin alteraciones neurológicas a nivel de la mano, siendo el tiempo de inmovilización media de 3-4 semanas y el tiempo medio de incorporación de los pacientes a su trabajo habitual de aproximadamente 6,5 semanas.

**Comentarios y conclusiones.** Comentarios y Conclusiones : El pisiforme es un hueso de función sesamoidal que potencia la acción del flexor cubital del carpo y sirve así mismo de origen para el aductor del 5º dedo. Estrechamente relacionado con el paquete vasculo-nervioso cubital, hace que a menudo las fracturas de este hueso tengan secuelas de tipo compresivo para tales estructuras. El diagnóstico de fractura de pisiforme y la posible lesión neurovascular asociada requiere, por tanto, una adecuada exploración clínica así como proyecciones radiológicas específicas de este hueso.

## CC 371

### TRANSPOSICIÓN VASCULARIZADA PEDICULADA DE FALANGE MANO

García López, J.I.; Sanz, L.A.; Delgado, P.J. y Abad, J.M.  
*Unidad de Cirugía de la Mano y Miembro Superior. Hospital FREMAP.*

**Introducción y objetivos.** La mano es la zona donde ocurren con mayor frecuencia lesiones laborales, afectando frecuentemente a varios dedos. Se presenta un caso clínico de un varón de 29 años que sufre atrapamiento de mano izqda en una máquina de sierra presentando amputación parcial de 1º dedo y subtotal de 2º dedo con pérdida de sustancia ósea y tendinosa importantes en falange proximal.

**Material y método.** Se amputó el 2º dedo, aprovechando la diáfisis de la falange media del 2º dedo con su pedículo vasculonervioso en la falange proximal del 1º dedo a modo de autoinjerto pediculado y fijado con aguja kirschner.

**Resultados.** La consolidación se apreció a las 12 semanas de la intervención. Realizó tratamiento rehabilitador tras retirar la aguja a las 6 semanas. Se consiguió realizar pinza con 3º, 4º y 5º dedos termino-terminal, con flexión completa de ambas falanges del pulgar aunque con pérdida de extensión activa IF. Recuperó fuerza de prensión, flexión y pinza, siendo alta y reincorporándose a su mismo puesto laboral.

**Comentarios y conclusiones.** En lesiones importantes de múltiples dedos, a menudo es necesario realizar amputaciones de varios dedos. Es frecuente recurrir a cirugías secundarias cuando no es posible el reimplante, por ejemplo, pulgarización del dedo gordo o alargamiento de 1º MTC, con el fin de mantener la pinza. En conclusión, si bien la técnica realizada es poco convencional, cuando las circunstancias de la lesión lo permitan, puede ser realizada como primera alternativa, ya que en caso de evolucionar mal permitiría la realización posterior de otras cirugías secundarias.

## CC 372

### SÍNDROME ESCAFO-HUESO GRANDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

González Suárez, J.J.; Ballester Alfaro, J.J.; Goberna Pseudo, R.A.; Rodríguez Ureña, S.; Valero Lanau, J. y Noya Gómez, J.  
*Hospital Universitario Puerto Real.*

**Introducción y objetivos.** Con esta comunicación pretendemos mostrar los resultados obtenidos en el tratamiento de un paciente que presentaba un síndrome escafo-hueso grande tras haber revisado la bibliografía existente para este tipo de lesiones poco frecuentes.

**Material y método.** Paciente varón de 32 años que acude a urgencias por dolor, deformidad e impotencia funcional en muñeca derecha tras sufrir traumatismo directo con dorsiflexión de la misma. En la Rx inicial se observa una dislocación transescafoidea, transhueso grande perilunar que se reduce de entrada. En la radiografía de control se observa una fractura de escafoides y una fractura de polo proximal del hueso grande, que tras la reducción cerrada se ha rotado y aparece dorsal. Tras revisar la bibliografía sobre estos casos se decide realizar una reducción abierta y fijación interna tanto del escafoides como del hueso grande

**Resultados.** Tras un seguimiento de 1 año los resultados son satisfactorios habiéndose incorporado el paciente a su actividad laboral habitual.

**Comentarios y conclusiones.** El síndrome escafo-hueso grande es una lesión poco frecuente que puede ser considerado como una variante de la fractura-luxación perilunar. Se diagnostica radiológicamente y asocia una fractura de escafoides y una fractura del polo proximal del hueso grande. Este polo proximal se reduce normalmente dentro del semilunar pero en ocasiones puede rotarse sobre su eje transversal. Actualmente se recomienda un rápido reconocimiento de esta lesión y el tratamiento mediante reducción abierta y osteosíntesis.

## CC 373

### FRACTURA DE EXTREMO DISTAL DE RADIO EN PACIENTES SIN EPÍFISIS DISTAL DE CÚBITO

García López, J.I.; Sanz, L.A.; Delgado, P.J. y Fuentes, A.  
*Unidad de Cirugía de la Mano y Miembro Superior. Hospital FREMAP.*

**Introducción y objetivos.** Estudios biomecánicos muestran la transmisión de cargas a través de la muñeca. En pacientes con fractura de extremo distal de radio con secuelas existe la posibilidad de realizar entre otras la técnica de Darrach. En estos pacientes existe la posibilidad de nuevas fracturas de radio.

**Material y método.** Caso 1: Paciente tratado mediante RA y osteosíntesis con placa volar. Caso 2: Paciente tratado mediante reducción cerrada, fijación con agujas K y fijador externo.

**Resultados.** Caso 1: Tras la 4.ª semana se apreció colapso de la fractura. Tras 3 meses de evolución y tratamiento rehabilitador se retiró la placa. Requirió la realización de una artrodesis total de muñeca a los 11 meses de evolución. No pudo reincorporarse al mismo puesto laboral y se propuso para incapacidad. Caso 2: Se retiraron agujas a las 4 semanas y el fijador externo a las 6 semanas y se inició tratamiento rehabilitador. La evolución radiológica fue satisfactoria, siendo alta laboral al 6.º mes de evolución, reincorporándose al mismo puesto de trabajo.

**Comentarios y conclusiones.** No hemos hallado estudios o casos clínicos de fracturas de radio distal en pacientes sin epífisis distal de cúbito. Una fractura de radio en este tipo de pacientes tiene unas características biomecánicas singulares al no existir el apoyo de la columna cubital. Al realizar un tratamiento quirúrgico debemos buscar fórmulas que garanticen la mejor estabilidad posible. A pesar de su baja incidencia, futuras series más extensas podrían aportar mayor información respecto al tratamiento más indicado.

## CC 374

### ESTUDIO RETROSPECTIVO COMPARATIVO DE MÉTODOS DE FIJACIÓN EN FRACTURAS DE MUÑECA

Pérez García, E.M.; Vayas Díez, R.; Sánchez Hernández, P.; Márquez Marfil, F.; Ayala Rodrigo, A. y Coll Mesa, L.  
*Hospital Universitario de Canarias.*

**Introducción y objetivos.** Comparar los resultados clínicos y radiológicos de las nuevas placas volares de ángulo fijo frente a métodos clásicos de fijación como placas LCP y fijación mínima con agujas de Kirschner.

**Material y método.** Estudio retrospectivo de 80 pacientes con fractura de radio distal tratados quirúrgicamente, 40 de ellos con placas de ángulo fijo y 40 con otros métodos. Se analizó los pacientes en función de la edad, sexo, causa de la fractura, el patrón de la misma según las clasificaciones AO y de Frykman. Se valoraron parámetros radiológicos pre y postoperatorios así como resultados funcionales con las escalas DASH y Gartland-Werley modificada por Sarmiento.

**Resultados.** El tiempo de consolidación y los resultados radiológicos variaron según el método de fijación empleado, siendo objetivamente superior en las placas volares de ángulo fijo. Los resultados funcionales obtenidos fueron buenos.

**Comentarios y conclusiones.** El tratamiento de las fracturas distales de radio mediante placa volar es una alternativa segura, que permite una reducción anatómica y una movilización precoz de la muñeca, con escasas complicaciones y resultados funcionales y radiológicos satisfactorios.

## CC 375

### ENFERMEDAD DE KIENBÖCK: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ortega Briones, A.; Ortega Sánchez, C.; Janez Moral, F.; Zurrón Lobato, M. y Bartolome García, S.  
*Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** La enfermedad de Kienböck es una patología de etiología discutida que cursa con dolor inespecífico de muñeca. Se diferencian 5 estadios de evolución, desde mínimos cambios objetivados en diagnóstico por imagen hasta fracaso de la estructura carpiana.

**Material y método.** Presentamos el caso de una paciente de 27 años diagnosticada de enfermedad de Kienböck estadio II. El tratamiento varía desde descarga de presión en primera línea carpiana hasta artrodesis, pasando por el aporte de injerto vascularizado o no. Decidimos injerto óseo vascularizado desde radio distal.

**Resultados.** La paciente es inmovilizada durante seis semanas empezando luego con rehabilitación, tras seis meses de cirugía, se ha reincorporado a su actividad laboral sin dolor. Se realiza resonancia magnética de control con cambios de imagen trabecular en semilunar que pueden traducir revascularización.

**Comentarios y conclusiones.** El IOV (injerto óseo vascularizado) nos parece una alternativa para el tratamiento de esta entidad siempre que se cumplan las características anatómicas favorables.

## CC 376

### INDICACIÓN DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN FRACTURA BILATERAL DE ESCAFOIDES

Abad Zamora, J.M.; Lázaro González, A.A.; Liñán Padilla, A. y Gil Álvarez, J.J.  
*Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla.*

**Introducción y objetivos.** La fractura de escafoides es la fractura más frecuente del carpo y la segunda en frecuencia del miembro superior tras la fractura de extremidad distal del radio. Frecuentemente son necesarias proyecciones radiológicas específicas para su detección y a pesar de ello son de difícil diagnóstico. Aproximadamente el 80% se dan en la zona de la cintura escafoidea presentando un trazo perpendicular estable.

**Material y método.** Presentamos el caso de una paciente de 30 años que sufre accidente de tráfico. La paciente presenta intenso dolor en la rodilla derecha, especialmente a la flexo-extensión, y dolor en ambas muñecas, que se acentúa con la palpación del tubérculo del escafoides y en tabaquera anatómica. Se solicitan radiografías anteroposterior y lateral de rodilla derecha y anteroposterior, lateral y proyección de escafoides de ambas muñecas siendo diagnosticada de fractura de rótula derecha y fractura bilateral de la cintura escafoidea sin desplazar. La paciente es intervenida mediante un cerclaje en obenque en la rótula y se osteosintetizan ambas fracturas de escafoides con tornillos Twin-Fix® percutáneos.

**Resultados.** Actualmente presenta una buena movilidad de la rodilla y de ambas muñecas sin dolor.

**Comentarios y conclusiones.** En la mayoría de las fracturas estables según las clasificaciones de Russe y Herbert, el tratamiento de elección es ortopédico, reservando el tratamiento quirúrgico para las fracturas

desplazadas o potencialmente inestables. En este caso se decidió la indicación quirúrgica debido a la bilateralidad, la edad y la dificultad para la vida diaria por la fractura concomitante de rótula.

## CC 377

### INJERTO VASCULARIZADO DE ZAIDEMBERG EN PSEUDOARTROSIS DEL POLO PROXIMAL DE ESCAFOIDES

Zurrón Lobato, M.; Bartolome García, S.; Ortega Briones, A.; Zorzo Godes, C.; Ortega, C. y Jañez Moral, F.  
*Hospital Puerta De Hierro Majadahonda. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** La osteonecrosis del polo proximal del escafoides con frecuencia es postraumática y se asocia con pseudoartrosis. Cuanto más proximal es la fractura de escafoides más probable es el retraso de consolidación y la osteonecrosis. La pseudoartrosis sin tratamiento puede producir dolor de muñeca y artrosis progresiva, por colapso escafoideo.

**Material y método.** Presentamos un caso de un varón de 32 años, diagnosticado mediante RMN de pseudoartrosis de polo proximal de escafoides carpiano izquierdo, tras sufrir accidente de tráfico hace un año. En la exploración se constata dolor y limitación de la movilidad activa de la muñeca. Se le practicó una cirugía de revascularización con injerto óseo corticoesponjoso de la cara dorsal del radio, utilizando la arteria de Zaidemberg (arteria suprarretinacular intercompartimental 1-2), que es la más comúnmente utilizada y se localiza entre los compartimentos primero y segundo, y osteosíntesis con tornillo Acutrak tras curetaje del foco de pseudoartrosis y colocación del injerto.

**Resultados.** La evolución fue satisfactoria con desaparición del dolor en reposo y con las actividades de la vida diaria, preservando una movilidad de flexión de 80°, extensión de 40° y conservación de la pronosupinación. A los 10 meses de seguimiento se observan signos radiológicos de consolidación.

**Comentarios y conclusiones.** Los injertos de hueso vascularizado son una buena opción de tratamiento de las pseudoartrosis del polo proximal de escafoides cuando se ha confirmado la osteonecrosis mediante RMN. La duración de la pseudoartrosis influye sobre las posibilidades de éxito quirúrgico, de ahí la importancia de un diagnóstico precoz.

## CC 378

### LIPOMA TENAR EN UNA TRABAJADORA MANUAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Pérez Montoya, M.\*; Morro Martí, M.R.\*\*; Pardo Navarro, A.\* y Llusá Pérez, M.\*\*  
*\*Hospital Asepeyo Sant Cugat, \*\*Hospital Vall d'Hebrón.*

**Introducción y objetivos.** La localización más habitual del lipoma es el tejido celular subcutáneo, aunque se puede encontrar en cualquier localización con tejido adiposo. Suele ser una tumoración no dolorosa, sin afectación vasculonerviosa distal, puede comprimir nervios periféricos por ocupación de espacio. El diagnóstico de sospecha se hará con pruebas de imagen, y el diagnóstico definitivo se confirmará por Anatomía patológica.

**Material y método.** Mujer 58 años, trabajadora manual, con tumoración blanda, no dolorosa en eminencia tenar. No presenta déficit neurovascular distal. Ha presentado crecimiento lento con aumento de tamaño los últimos meses. La RM muestra tumoración en el 1º espacio interMTC, siguiendo la vaina de los tendones flexores del 2º dedo.

**Resultados.** Se realiza exéresis quirúrgica del tumor que se encuentra encapsulado y distendiendo todas las ramas del N. Mediano: rama motora para la eminencia tenar, Nn. Colaterales radial y cubital del pulgar, N. colateral radial del 2º dedo y Nn. digitales comunes del 2º y 3º espacio interdigital. Se consigue la diferenciación del tumor con disección roma con lupas, se extirpa el tumor con el músculo lumbrical primero adherido. El material extirpado se analiza por anatomía patológica, con resultado de lipoma.

**Comentarios y conclusiones.** La clínica orienta tumoración benigna, haciendo diagnóstico diferencial con un ganglión, schwannoma, angioma ó angiolipoma. La RM muestra las características de un lipoma y nos da un diagnóstico de sospecha. Se decide la exéresis por las molestias locales y tras objetivar la tumoración.

## CC 379

### LESIÓN ÓSEA EN EL PRIMER DEDO DE MANO EN NIÑA DE 9 AÑOS

Martínez Melián, I.\*; Zuñil Acosta, P.\*; Muñoz Sánchez, G.\*\*;  
Vergara Ferrer, A.\*; Cornet Flores, B.\* y Sanz, T.\*  
\*Hospital Universitario Severo Ochoa, \*\*Hospital Universitario Santa  
Cristina.

**Introducción y objetivos.** Cuando encontramos una tumoración en edad pediátrica debemos realizar un diagnóstico diferencial pues son frecuentes las lesiones imitadoras.

**Material y método.** Presentamos el caso de una niña de 9 años, que sufrió hace 6 meses traumatismo sobre primer dedo de la mano izquierda. Como único antecedente se muerde las uñas. Dos meses después comienza con edema en el primer dedo. El estudio radiológico muestra una destrucción importante de la segunda falange del primer dedo. Se procede al curetaje de la lesión y envío de la muestra a anatomía patológica y a microbiología.

**Resultados.** El resultado de la anatomía patológica fue compatible con quiste de inclusión, en los cultivos apareció flora de la cavidad oral.

**Comentarios y conclusiones.** Es importante en cualquier lesión realizar tanto cultivo como análisis por anatomía patológica por la existencia de lesiones mimetizantes. Además de para poder realizar un correcto diagnóstico diferencial.

## CC 380

### LIPOMATOSIS GIGANTE EN MANO

Escobar Antón, D.; Martínez Melián, I.; Zuñil, P.; Vergara Ferrer, A.  
y Bartolomé del Valle, E.  
Hospital Severo Ochoa. Leganes, Madrid.

**Introducción y objetivos.** Los lipomas son las tumoraciones de partes blandas más frecuentes del cuerpo, pero su localización en la mano es infrecuente, y menos si se trata de gran tamaño. Generalmente son tumores de crecimiento lento y que no producen dolor, lo que puede explicar que lleguen a tamaños gigantes sobre todo si se localizan en planos profundos.

**Material y método.** Presentamos el caso de una mujer de 64 años que acude a la consulta con una tumoración blanda de años de evolución que ocupa toda la palma de la mano izquierda que ha llegado a tal tamaño que le limita para sus actividades básicas. La RMN es informada como tumoración compatible con lipoma de 7\*6\*3cm subaponeurotica desde el carpo hasta la base de las falanges. Tras el preoperatorio oportuno se le realiza excisión de la tumoración precisando para ello abrir toda la palma y disecar los paquetes neurovasculares. Curso con postoperatorio normal. Se manda muestra a AP que es informada como lipoma.

**Resultados. Comentarios y conclusiones.** La escisión es el tratamiento de elección de los lipomas y el riesgo de la cirugía está en íntima relación con la localización de la cirugía, además de los propios de la cirugía. En este caso el principal riesgo era la lesión del nervio mediano o de sus ramas terminales. Ante una tumoración de tal tamaño no se puede descartar un liposarcoma hasta los resultados de la biopsia.

## CC 381

### LO QUE SE PUEDE HACER EN LA ENFERMEDAD DE KIENBOCK

Escobar Antón, D.; Martínez Melián, I.; Zuñil, P.; Cornet, B.  
y Bartolomé del Valle, E.  
Hospital Severo Ochoa. Leganes, Madrid.

**Introducción y objetivos.** La enfermedad de Kienbock es una enfermedad descrita por R.Kienbock en 1910. Desde entonces hasta nuestras fechas se han descrito múltiples técnicas quirúrgicas para su tratamiento. Entre todas ellas se encuentra técnicas simplemente niveladoras y técnicas más complejas que pretenden restaurar al anatomía. La técnica realizada por nosotros es una osteotomía con cuña de base radial y mínima dorsal con posterior osteoclasia realizada distal a la articulación radiocubital distal, para evitar así alteraciones en la congruencia de dicha articulación.

**Material y método.** De los 17 pacientes diagnosticados con enfermedad de Kienbock en nuestro servicio, solo 11 fueron intervenidos por esta técnica. En ellos se observa una mayor predilección por el brazo

dominante, un mayor porcentaje de cubito plus, un ángulo de inclinación radial elevado, así como síntoma principal el dolor. Tras la cirugía, actualmente, los pacientes permanecen estables tanto clínica como radiológicamente, salvo 1 caso que precisó cirugía de rescate. El 100% presentó una consolidación satisfactoria tras la osteotomía.

**Resultados, comentarios y conclusiones.** En estadios iniciales es preferible el tratamiento quirúrgico, siendo las osteotomías las técnicas más usadas. La osteotomía radial con efecto Nakamura es una técnica con resultados excelentes comparables a los obtenidos por otras técnicas en estadios iniciales.

## CC 382

### TENOSINOVITIS POR M. BOVIS A PROPÓSITO DE UN CASO

Toro Aguilera, A.; Suárez, B.; Galarza, M. y Gallo, Y.  
Servicio COT.

**Introducción y objetivos.** Presentamos un caso de tenosinovitis de 12 años de evolución que acudió a nuestra consulta para valoración derivado del servicio de reumatología. Dada la aparatosis del cuadro con gran afectación de la mano derecha y descartados otros diagnósticos se trabajó bajo la hipótesis de una tenosinovitis inflamatoria por patología reumatoidea o por una infección por micobacterias.

**Material y método.** El estudio mediante rx simple mostró una avanzada afectación de los huesos del carpo y la ecografía una avanzada hipertrofia sinovial de la musculatura flexora. La RMN confirmaba la hipertrofia así como la presencia de múltiples gránulos en su interior. Los valores serológicos y analíticos fueron anodinos y la punción de las tumoraciones no productiva. Se realizó la excisión total de la tenosinovitis en quirófano no optando por la biopsia dada la avanzada afectación de partes blandas y carpo junto con la clínica presentada. Se obtuvo un material sinovítico con importante formación de pequeños gránulos en forma de granos de arroz.

**Resultados.** Tras la obtención de material y el estudio mediante anatomía patológica y con una baciloscopia negativa el diagnóstico diferencial siguió existiendo entre las dos entidades. A los 10 días el cultivo para micobacterias positivizó para el complejo M. tuberculosis complex y tras el estudio serológico se aisló M. bovis. Se inició tratamiento empírico que tuvo que ser modificado al saber de la existencia del M. bovis dada la resistencia a pirazinamida.

**Comentarios y conclusiones.** Presentamos este caso dada la rareza del agente etiológico y recordando que la presentación osteoarticular por una tuberculosis evolucionada es muy infrecuente, puede no existir clínica pulmonar y suele ser por inoculación directa. Deberemos sospecharla en cursos insidiosos y el diagnóstico suele ser post-quirúrgico pudiendo presentar formaciones en granos de arroz.

## CC 383

### COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME DEL TÚNEL CARIANO. A RAÍZ DE UN CASO

Román Verdasco, J.; Núñez, S.; Vidal, N.; Lluch, A.; Llusá, M.;  
Mir Bullo, X. y Nardi, J.  
COT Hospital universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

**Introducción y objetivos.** La cirugía para el tratamiento del síndrome del túnel carpiano (STC en adelante) es y ha sido entendida tradicionalmente como una cirugía inocua, en parte debido a su abordaje y en parte a su técnica relativamente sencilla. No por eso deja de estar exenta de complicaciones.

**Material y método.** Mujer de 53ª. Que llega a consultas externas en febrero del 2009 por anestesia de dedo medio de la mano derecha e hipoestesia en el territorio del nervio mediano de dicha mano. Se observa un déficit en la extensión tanto activa como pasiva y en la flexión activa de los dedos índice, medio y anular. Como antecedentes patológicos presenta un STC en dicha mano tratado quirúrgicamente mediante apertura del retináculo flexor en Julio del 2008.

**Resultados.** La paciente se programó para revisión quirúrgica del STC, haciéndose patente; después de la neurectomía del nervio mediano, ampliamente adherido al retináculo flexor; además de una notable tenosinovitis, una franca neurofibrosis y una sección de los tres fascículos más cubitales de dicho nervio. Después de reseccionarse parte de los fascículos afectados, se realizó un injerto procedente del nervio braquiocutáneo medial y se cubrió la plástia con un colgajo fasciograsso de la eminencia



hipotener. Dos semanas después de la cirugía la paciente había recuperado la movilidad de la mano pero persistía cierta hipoestesia del dedo medio.

**Comentarios y conclusiones.** Aunque la liberación del retináculo flexor en el contexto del STC es considerado relativamente sencillo, hay estructuras nobles a considerar que pueden lesionarse debido a una mala técnica. La protección durante la disección de la arteria cubital, el plexo palmar superficial y el nervio mediano, así como los abordajes en la vertiente cubital, evitando de esta manera la anatomía del nervio mediano, reducen considerablemente la tasa de posibles complicaciones en el momento de realizar dicha técnica.

## CC 384

### REIMPLANTE EXITOSO DE DOS PULGARES CON MECANISMO LESIONAL POR ARRANCAMIENTO

Carreras Castañer, A.; Serrano Sanz, J.; Martínez Grau, P.; Puente Alonso, C.; Pi Folguera, J. y Morales Codina, A.  
*Hospital de Sabadell.*

**Introducción y objetivos.** La amputación de pulgar es siempre una indicación absoluta de reimplante pero las lesiones por arrancamiento tienen mayor riesgo de fracaso dado el frecuente daño en la pared de las arterias asociada al mecanismo. A continuación describimos 2 casos de amputación total por arrancamiento y uno de ellos con lesión asociada de plexo braquial que fueron reimplantados con éxito.

**Material y método.** Casos clínicos.

**Resultados.** Presentamos dos casos de varones de 40 años con una amputación completa del dedo pulgar, una por atrapamiento con una máquina y la otra por accidente de moto. En ambos casos se apreciaba el arrancamiento del tendón flexor largo del pulgar a nivel del antebrazo en la unión miotendinosa y de ambos paquetes vasculo-nerviosos. Se realizó la artrodesis de la articulación interfalángica del pulgar y la sutura microvascular venas dorsales y arterias colaterales. El segundo caso además presentaba una lesión preganglionar del plexo braquial ipsilateral.

**Comentarios y conclusiones.** El éxito o fracaso de los reimplantes se ve influenciado por el mecanismo lesional y las lesiones asociadas. El dedo pulgar es el dedo más importante en la mano y siempre se debe intentar el reimplante en caso de amputación.

## MISCELÁNEA (CC 385 - CC 401)

### CC 385

#### PREVALENCIA DE ANEMIA PREOPERATORIA EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA MAYOR

Morales de Cano, J.; Lasurt, S.; Blasco, J.; Sánchez-Bailen, M.J.; Salgado, O.; Cans, S.; Chamero, A.; Benlloch, R. y Canosa, J.  
*Hospital del Vendrell. Tarragona.*

**Introducción y objetivos.** La cirugía ortopédica mayor es responsable de un elevado consumo de hemoderivados, bien sea por las pérdidas sanguíneas que conlleva o por la anemia con la que este tipo de pacientes (generalmente de avanzada edad) se presentan preoperatoriamente, siendo ésta un factor predictivo de las necesidades transfusionales. Objetivo. El objetivo de dicho estudio es conocer la prevalencia de anemia preoperatoria en cirugía ortopédica mayor y la incidencia de transfusión en dicha cirugía.

**Material y método.** Estudio descriptivo prospectivo donde se incluyeron pacientes candidatos a cirugía electiva ortopédica mayor (artroplastia total de rodilla, cadera y reprotesis de rodilla y cadera). Se incluyeron en protocolo de preparación preoperatoria para ahorro de sangre según Hb y ferritina. Se monitorizaba los valores de forma preoperatoria y el día de la intervención quirúrgica una vez completado el tratamiento.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 283 pacientes en el periodo comprendido del 23 de noviembre de 2006 al 31 de diciembre de 2008. La prevalencia de anemia preoperatoria fue del 9,89% y la detección de ferropenia (ferritina < 30) fue del 6,36%. Tras la aplicación de un protocolo de ahorro de sangre, la prevalencia de anemia fue del 6% habiéndose corregido la ferropenia aislada. En el caso de persistencia de anemia preoperatoria un 47,06% fueron transfundidos. La incidencia de transfusión total fue del 15,54%.

**Comentarios y conclusiones.** La prevalencia de anemia preoperatoria en cirugía ortopédica varía entre un 10-30%. La tasa transfusional también varía según los centros y los criterios transfusionales. En nuestro centro la tasa de transfusión puede considerarse baja gracias a un sencillo protocolo que aplica el servicio de Anestesiología para intentar optimizar la Hb preoperatoria ya que ésta se ha visto como factor principal predictivo de las necesidades transfusionales en este tipo de cirugía.

#### Bibliografía

Bisbe E, Lamfus JA, Castillo J, Ruiz A, Santiveri X, Escolano F. Prevalencia de anemia y de alteración de los parámetros hematológicos en pacientes ancianos programados para cirugía ortopédica mayor. *Anemia* 2008; 1: 22-30.

García-Erce JA, Solano VM, Cuenca J, Ortega P. La hemoglobina preoperatoria como único factor predictor de las necesidades transfusionales en la artroplastia de rodilla.

Lozano M, Basora M, Peidro L, Merino I, Segur JM, Pereira A, Salazar F, Cid J, Lozano L, Mazzara R, Macule F. Effectiveness and safety of tranexamic acid administration during total knee arthroplasty. *Vox Sang* 2008; 18: 39-44.

### CC 386

#### OPTIMIZACIÓN DE LA LISTA DE ESPERA MEDIANTE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE COT DE UN HOSPITAL COMARCAL

Morales de Cano, J.; Illobre, J.M.; de la Torre, M.; Salgado, O.; López, C.; Canosa, J. y Lasurt, S.  
*Hospital del Vendrell. Tarragona.*

**Introducción y objetivos.** Podemos definir la CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria) como la cirugía que realiza procedimientos quirúrgicos con anestesia general, loco-regional o local, que precisan cuidados mínimos posoperatorios y en los que el paciente regresa a su domicilio en el mismo día de la intervención. El objetivo primordial de la CMA, realizando intervenciones sin hospitalización, no es otro que el de reducir el coste del proceso, bajo las restricciones de no disminuir la calidad asistencial, no empeorar los resultados (morbi-mortalidad) y mantener la aceptación de los propios pacientes. El objetivo del estudio es analizar el impacto de la CMA en nuestra lista de espera y optimizar el funcionamiento de la Unidad de CMA, Bloque quirúrgico y la utilización de camas hospitalarias.

**Material y método.** Entre el 1-04-2006 y el 31-12-2008 se han intervenido a 3.077 paciente de procesos de cirugía ortopédica y traumatología, de estos 1.270 se han realizado mediante cirugía sin ingreso (CMA). La edad media de estos pacientes ha sido de 53 años (entre 3 y 84 años), 820 mujeres y 450 varones, el lado afecto fue en 672 casos el derecho, 552 la izquierda y 46 bilaterales. La patología más frecuente fue el STC, seguido de las artroscopias y la cirugía del pie.

**Resultados.** De los 1.270 paciente intervenidos acuden a urgencias durante la primera semana que sigue a la intervención un total de 84 pacientes: 19 para revisión de herida quirúrgica, 19 por cambio de vendaje, 10 por dolor, 4 por parestesias, 1 por náuseas, 1 por movilización de aguja de Kirschner. Los 1270 paciente intervenidos 31 se ingresan en planta: 5 por dolor, 4 por sangrado postintervención, 2 por alteración de diuresis, 2 por prolongación de anestesia, 1 por vómitos, 1 por hipertensión.

**Comentarios y conclusiones.** Como conclusiones podemos afirmar: Los pacientes intervenidos mediante CMA han tenido el mismo resultado clínico que los intervenidos por CMI. La CMA en nuestra lista de espera ha permitido realizar mayor número de altas quirúrgicas, disminuyendo el tiempo de espera. La CMA ha permitido optimizar los camas hospitalarias para otros procesos de mayor complejidad. La CMA nos ha permitido mejorar el rendimiento del bloque quirúrgico.

### CC 387

#### RESULTADOS DE LA TÉCNICA DE NESOVIC EN LA OSTEOPATÍA DINÁMICA DE PUBIS

Merino Pérez, J.; Ibor Ureña, I.; Cabello Castro, C.; Sarria Lapeyra, J.R.; Martín Egaña, I. y Arrate Barragán, L.F.  
*Hospital de Cruces.*

**Introducción y objetivos.** La osteopatía dinámica del pubis consiste en un desbalance entre los músculos aductores y la musculatura abdominal.

Existe gran controversia en cuanto a los hallazgos operatorios, las opciones terapéuticas y sus resultados. Presentamos nuestra experiencia con la técnica de Nesovic.

**Material y método.** Se presenta el estudio retrospectivo de los casos intervenidos en nuestro centro.

**Resultados.** Todos los pacientes eran varones que practicaban fútbol con una media de edad de 23,6 años. En el 83,33% de los casos, se realizó intervención bilateral en el mismo acto quirúrgico. A las 4,41 semanas de media, comenzaban a correr, y a las 5,53 semanas, a jugar a fútbol. Tres de cada cuatro estaban satisfechos con la intervención a los 2 años. La tasa de recidiva ha sido del 16,6%.

**Comentarios y conclusiones.** La bibliografía existente no termina de aclarar cuál es el hallazgo quirúrgico que provoca esta entidad clínica. Los estudios revisados son retrospectivos con nivel de evidencia IV, lo que impide obtener conclusiones satisfactorias de los mismos. Se requieren estudios científicamente más elaborados para conseguir evidencia científica en esta materia. Dentro de las opciones quirúrgicas la abierta, parece la que mayor tasa de satisfacción obtiene. En nuestro centro, los pacientes intervenidos mediante la técnica de Nesovic, están satisfechos con el resultado.

## CC 388

### PSEUDOARTROSIS BILATERAL DE TIBIA TRAS OSTEOTOMÍA DE ALINEAMIENTO POR GENU VALGO EN PACIENTE CON HIPOFOSFATASIA

Rodríguez Martín, J.; Pretell Mazzini, J.; Auñón Martín, I. y Delgado, E. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** La hipofosfatasa es un trastorno hereditario del metabolismo de gravedad variable caracterizada por una disminución de la actividad de la fosfatasa alcalina en el suero y en muchos tejidos, una osificación irregular e incompleta de cartilago y del hueso en crecimiento y una mayor excreción urinaria de fosforiletanolamina.

**Material y método.** Caso clínico: Mujer de 40 años de edad con diagnóstico de hipofosfatasa infantil que consulta por dolor en ambas rodillas y un genu valgo marcado, con una distancia intermaleolar de 15 cm. A los 3 años de edad fue intervenida en su país de origen, realizándose osteotomías femorales correctoras. La radiografía simple no mostró cambios degenerativos avanzados. Se procedió a realizar una osteotomía varizante bilateral de ambas tibias con extracción de cuña diafisaria de base medial y fijación con fijadores externos.

**Resultados.** En la evolución postoperatoria se observó una ausencia de consolidación de ambas tibias, por lo que se procedió a una nueva osteosíntesis con placas a compresión y aporte de injerto. La evolución clínica y radiológica fue satisfactoria.

**Comentarios y conclusiones.** Existen diferentes formas de hipofosfatasa. Los pacientes que tienen el tipo más severo de este trastorno generalmente mueren en los primeros 6 meses de vida. El diagnóstico se basa en criterios clínicos, radiológicos y de laboratorio. Actualmente, la administración de hormona paratiroidea en la hipofosfatasa del adulto y el tratamiento de sustitución enzimático, en el que se utiliza una novedosa forma soluble de fosfatasa alcalina recombinante humana en las formas clínicas más graves, constituyen los tratamientos con mejores perspectivas.

## CC 389

### SÍNDROME COMPARTIMENTAL POR HERIDA DE BALA

Muñoz Sánchez, G.; Martínez Melián, I.\*\*; Llaquet Leiva, A.\*\*; Escobar Antón, D.\*\*; Guijarro Galiano, J.M.\*\* y Cornet Flores, B.\*\*  
\*Hospital Santa Cristina, \*\*Hospital Severo Ochoa (Leganés).

**Introducción y objetivos.** Debido al aumento de la incidencia de heridas de bala, se plantean nuevas patologías que requieren una actuación rápida y coordinada desde el ingreso, poniendo énfasis a posibles complicaciones. Planteamos el protocolo a seguir ante un paciente que sufre más de una herida de bala.

**Material y método.** Paciente que ingresa, tras sufrir dos heridas por arma de fuego, en antebrazo derecho y en segmento lumbar izquierdo. Hemodinámicamente estable, tras seguir ABC, se realiza CT abdominal evidenciándose proyectil en psoas izquierdo, sin afectación interna. El antebrazo presenta edema importante en compartimento extensor, dolor a la flexo-extensión pasiva de dedos, pulsos distales, perfusión y

exploración neurológica normal. Considerando el riesgo de síndrome compartimental, se realiza fasciotomía en compartimento extensor. Músculo edematoso sin signos de isquemia. Se mantiene aproximación parcial de bordes con vessel loop, y férula dorsal, con diagnóstico de fractura estallido de 1/3 proximal de radio. Tras 10 días se realiza síntesis de la fractura con placa puente e injerto de cresta.

**Resultados.** Seguimiento con buena evolución. Consolidación de la fractura a las 8 semanas. Parestesias ocasionales en territorio cubital distal, flexión y pronación completa, extensión -10°, supinación -30°.

**Comentarios y conclusiones.** Las heridas por arma de fuego en traumatología presentan problemas más allá de la propia complejidad: la prioridad de lesiones vitales impiden un tratamiento precoz, y no son lesiones óseas o tendinosas simples. Es, por tanto, importante, el tratamiento simultáneo al de las lesiones vitales, vigilando posibles complicaciones, empleando el concepto de "damage control", previo a la reconstrucción final de la lesión.

## CC 390

### EFICACIA DEL USO DEL DRENAJE RECUPERADOR EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Royo Naranjo, A.M.; Moral Alba, M.D. y Álvarez Blanco, M.  
*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, H.R.U. Carlos Haya, Málaga.*

**Introducción y objetivos.** Durante la cirugía de recambio protésico articular de cadera y rodilla existe una pérdida de sangre, que en muchas ocasiones obliga a una transfusión de sangre homóloga o a la administración de algún tipo de hemoderivado. Esta práctica habitual entraña un riesgo no desdeñable de transmisión de enfermedades infecciosas, problemas de hipersensibilidad y alergia, además de un elevado coste económico. Para tratar de paliar estos inconvenientes se han desarrollado sistemas de autotransfusión de sangre, bien mediante extracción preoperatoria y reinfusión posterior o mediante recuperación de sangre en el mismo acto quirúrgico y posterior reinfusión o finalmente, mediante la recuperación a través de un sistema de drenaje y reinfusión, durante las primeras horas posteriores a la intervención. En el presente estudio tratamos de demostrar la eficacia del uso de un sistema de drenaje recuperador aplicado durante las primeras 6 horas tras la cirugía de recambio articular de cadera y rodilla, mediante la disminución de las necesidades de transfusión de sangre homóloga y la no aparición de efectos adversos derivados de su uso.

**Material y método.** Estudio retrospectivo de pacientes intervenidos durante los primeros 6 meses del año 2008 de cirugía de recambio primario de cadera y rodilla, a los que se les dispone en el postoperatorio un sistema de drenaje y reinfusión completo Bellovac ABT (Astra Tech, Suecia) y como grupo control se recogen los datos de una cohorte histórica de pacientes intervenidos en el primer semestre del año 2007, a los que se les dispuso un drenaje convencional. No se incluyeron en el estudio aquellos pacientes en los que se había utilizado algún método de recogida de sangre pre o intraoperatoriamente. No se excluyeron, de acuerdo con estudios previos, aquellos pacientes con patología previa que pudiese provocar un aumento de las pérdidas sanguíneas, tales como la HTA o la Hepatopatía, aunque sí se recogieron los datos y se estudió su distribución en ambos grupos, no obteniéndose diferencias estadísticamente significativas.

**Resultados.** Tras estudio comparativo de variables demográficas, tales como el sexo, la edad o la patología concomitante, entre el grupo control (no recuperador) y el grupo de tratamiento, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, por lo que podemos afirmar que ambos grupos son comparables y pertenecientes a un mismo segmento poblacional. Tampoco se obtuvieron diferencias significativas entre aquellos pacientes a los que se les dispuso una PTC y a los que se les intervino de rodilla. El valor de la hemoglobina preoperatoria del que se parte en ambos grupos de estudio es similar, no interfiriendo con los resultados del estudio. El uso de recuperador proporcionó una disminución estadísticamente significativa de la necesidad de transfusión de sangre homóloga, así como en el número de unidades de sangre transfundida. Sólo se observaron 3 reacciones adversas derivadas del uso del recuperador, que en ningún caso pusieron en riesgo la vida del paciente y que se resolvieron con el cese de la reinfusión postoperatoria.

**Comentarios y conclusiones.** La autotransfusión postoperatoria en cirugía protésica primaria de cadera y rodilla ha disminuido en nuestro medio la necesidad de transfusión de sangre homóloga, suponiendo un ahorro en los costes derivados del uso de ésta y una disminución de los riesgos que conlleva. Es además un método seguro, con un bajo índice

de de complicaciones (1.6% en nuestro estudio), relacionadas habitualmente con la cantidad de sangre reinfundida y el tiempo transcurrido hasta su reinfusión.

## CC 391

### FRACTURAS POR FATIGA SECUNDARIAS A ARTROPLASTIAS

Carpintero Lluch, R.; Gálvez Peña, M.J.; Serrano Lázaro, P.; Cuevas Pérez, A.; Ruiz Sanz, J. y Carpintero Benítez, P.  
*Hospital Reina Sofía. Córdoba.*

**Introducción y objetivos.** La implantación de una artroplastia, modifica la biomecánica y el reparto de cargas en el miembro inferior, que pueden producir una concentración excesiva de estrés mecánico y provocar una fractura por estrés. Describimos tres casos de fracturas por sobrecarga en el miembro inferior, que aparecieron después de la implantación de una artroplastia.

**Material y método.** Se han estudiado de forma retrospectiva tres pacientes que presentaron fracturas de estrés mecánico después de serles implantada una artroplastia (dos de cadera y una de rodilla).

**Resultados.** En todos los casos se trataron de mujeres, con una edad superior a los 70 años (media de 75), con un sobrepeso importante (IMC > 40), y las fracturas se localizaron en la tibia (1 caso), tercio distal de tibia y peroné (1 caso), peroné aislado 1 caso.

**Comentarios y conclusiones.** La implantación de una artroplastia, hacen que se modifiquen las condiciones biomecánicas del miembro inferior, y que en la mayoría de los casos, el paciente aumente su actividad física, lo que en determinados pacientes con otros factores de riesgo (obesidad, osteoporosis), pueden llevar a la producción de una fractura por insuficiencia.

## CC 392

### ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA PATOLOGÍA TRAUMÁTICA EN UNA MUTUA DE ACCIDENTES DE TRABAJO

Revenga Giertych, C.\* y Janeiro Sánchez, A.\*\*

\*Hospital Juan Grande y MC-MUTUAL (Cádiz). \*\*MC MUTUAL Cadiz.

**Introducción y objetivos.** Las mutuas de accidentes de trabajo cubren una parte de la asistencia sanitaria, determinada por el gobierno de España, a aquellos pacientes que presentan accidentes o patologías acontecidos o desarrollados durante su actividad laboral o en relación a ella. El objetivo es analizar la asistencia sanitaria prestada en una mutua de accidentes de trabajo durante un período de 2 años centrada en la patología osteoarticular.

**Material y método.** Estudio retrospectivo del total de pacientes de una mutua de accidentes de trabajo en la provincia de Cádiz durante los años 2007 y 2008 con más de 1400000 asistencias, analizando los casos más frecuentes recogidos por grupos patológicos y analizando las patologías y enfermedades más frecuentes del aparato locomotor.

**Resultados.** Tras analizar el total de pacientes asistidos en una mutua en la provincia de Cádiz durante 2 años podemos concluir que los grupos patológicos más frecuentes son los que comprenden las enfermedades del aparato locomotor siendo las lumbalgias, esguinces, contusiones y traumatismos los procesos más numerosos y la fracturas las más graves y con mayor número de incapacidades.

**Comentarios y conclusiones.** El conocer cuales son las patologías más frecuentes que dan lugar a una asistencia o baja laboral permitirá establecer pautas de actuación con el fin de reducir el número de accidentes laborales que por su frecuencia o gravedad implican unos elevados costes económicos para el sistema sanitario y médicos para los pacientes

## CC 393

### VENTAJAS DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA

Pablos Hernández, C.; Martín Rodríguez, A.P.; Juanes Del Valle, F.; Viñas López, A.; Castaño Panchuelo, M. y Sánchez Marugán, J.  
*Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.*

**Introducción y objetivos.** Describir el impacto de la incorporación de la Geriatria en un Servicio de Traumatología. Describir la atención a los ancianos en una Unidad de Ortogeriatria a lo largo de todo el proceso asistencial.

**Material y método.** Estudio descriptivo retrospectivo de 70 pacientes (junio-septiembre 2008), basado en los informes de alta de Traumatología y Ortogeriatria, así como en los cuidados de Enfermería al alta (programa Gacela). Tratamiento del SMDD y aplicación del programa Clinos.

**Resultados.** Edad media (81.89 años). Género (63% mujeres, 37% hombres). Estancia media (10.27 días). Diagnósticos traumatológicos más prevalentes: fr subcapital cadera (24,3%) y fr pertrocanterea (20%). 100% tratados quirúrgicamente con anestesia regional. Complicaciones postoperatorias más frecuentes: ICC (12,8%), deshidratación y IRA (10%); y menos frecuentes: delirium (5,6%) y UPP (2,8%). 23% precisaron intervención social. Mortalidad intrahospitalaria (4.3%). Mortalidad primer mes (2.8%). Reingresos primer mes por causa traumológica (4,7%).

**Comentarios y conclusiones.** La intervención temprana de un Equipo Multidisciplinar en una Unidad de Ortogeriatria es fundamental para identificar al "anciano fragil". La elaboración de un plan de cuidados individualizado según la situación basal previa es necesaria para favorecer la evolución postoperatoria, evitar complicaciones y estancias medias prolongadas. La incorporación de la Unidad de Ortogeriatria mejora la calidad asistencial y disminuye el numero de complicaciones perioperatorias del paciente traumatológico.

## CC 394

### OCRONOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Castañón Rodríguez, J.L.; Teruel Collazos, J.L.; Varo Rodríguez, I.; Zazo Espinosa, M.; Barco Berzosa, A.C. y Queiruga Dios, J.A.  
*Hospital Virgen del Puerto.*

**Introducción y objetivos.** El depósito de Acido homogenticínico en áreas de zonas condrales del cuerpo da lugar a la Ocronosis, una enfermedad congénita y poco frecuente.

**Material y método.** Presentamos un caso de paciente que fue diagnosticado de ocronosis al realizar una artroplastia total de rodilla.

**Resultados.** Esta enfermedad congénita conlleva el depósito de dicha sustancia melánica con un fenotipo característico en los enfermos.

**Comentarios y conclusiones.** Lo poco habitual del caso y las imágenes que genera esta patología hacen conveniente conocer sus formas de presentación y correcto diagnóstico.

## CC 395

### HEMATOMA A TENSIÓN TRAUMÁTICO EN UN PACIENTE HEMOFÍLICO

Garrido Santa María, I.; Araguás Biescas, A.; Peguero Bona, A.; Garrido-Santamaría, R.; Cordón, R. y Peguero Bona A.  
*Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción y objetivos.** Paciente de 24 años, con antecedente de hemofilia, que sufre un traumatismo en autobús urbano al golpearse en la zona dorsal con un asiento en una deceleración brusca. Acude a urgencias por dolor y tumoración rápidamente creciente.

**Material y método.** A la exploración se observa tumoración muy dolorosa de 15 cm de diámetro y 7cm de altura que fluctúa a la palpación. En el TAC se objetiva hematoma dorsal sobre la región escapular que sólo afecta al subcutáneo y no a órganos internos.

**Resultados.** Se le administra factor IX de la coagulación siguiendo indicaciones de Hematología. El dolor es cada vez más intenso por el despegamiento del subcutáneo, por lo que se drena el hematoma mediante punción. Se obtienen 1500cc de sangre y se coloca un apósito compresivo con mejoría secundaria del dolor. En la analítica de control se observa importante anemia (7 gr/dl hemoglobina), procediendo a hemotransfusión. Doce horas después el hematoma ha crecido de nuevo y se realiza nuevo drenaje, esta vez incisional, con extracción de abundantes coágulos. Diez horas más tarde, ante la recidiva del hematoma, se decide abrirlo para revisar la hemostasia. El único hallazgo es un sangrado en sábana. El paciente se traslada a UCI por shock hipovolémico que remonta con la transfusión de hasta 12 concentrados de hematies, factor IX y plasma fresco congelado.

**Comentarios y conclusiones.** El manejo de los hematomas en el contexto de discrasias sanguíneas conlleva gran complejidad ya que el drenaje debe acompañarse de adecuado tratamiento de la hemostasia.

## CC 396

### HEMATOMA PSOAS ESPONTÁNEO

Moril Peñalver, L.; Agullo Bonus, A. y Veracruz Gálvez, E.M.  
*Hospital Clínico De San Juan De Alicante, San Juan de Alicante.*

**Introducción y objetivos.** La aparición de hematoma espontáneo en el músculo psoas es una lesión rara en pacientes anticoagulados.

En el diagnóstico diferencial del dolor de aparición brusca en la pierna deberíamos pensar también en esta patología.

**Material y método.** Presentamos el caso de varón 62 años que mientras estaba ingresado por sospecha de tromboembolismo pulmonar presenta dolor agudo intenso en miembro inferior izquierdo, sin antecedente traumático. El dolor no mejora con el reposo. El paciente estaba anticoagulado con enoxaparina 40 mg. Exploración: Dolor a la palpación desde zona inguinal a muslo. Posición antialgíca. Cadera en flexión. Parestesias en cara externa muslo. Pulsos positivos. Pruebas complementarias: Eco-doppler: no se observa alteración territorio venoso ni arterial. Angio-TAC: hematoma retroperitoneal isodenso en el músculo psoas

**Resultados.** Tratamiento: Reposo e antiinflamatorios. El paciente a los pocos días mejoro de la clínica y actualmente se encuentra asintomático.  
**Comentarios y conclusiones.** Generalmente se suele presentar en pacientes con alteraciones en la coagulación, pero debido al aumento de utilización de heparinas, esta patología esta aumentando en su frecuencia en pacientes sanos. Suele aparecer como un dolor brusco en la pierna, la cadera suele estar en flexión (signo de psoas positivo). Suele asociarse parálisis del nervio crural. El diagnóstico es mediante TAC o RNM. El tratamiento depende de la clínica neurológica y el volumen del hematoma. Normalmente suele ser conservador, aunque en grandes hematomas o con clínica severa de inhibición motora, suele ser preciso una descompresión quirúrgica.

## CC 397

### LESIONES PANARTICULARES POR URATO MONOSÓDICO: TOFOSIS

Fdez-Gayol Pérez, M.; Truyols Domínguez, S.; Sopesén Veramendi, J.L.; Ceballos Rodríguez, G.; Gómez De Valenzuela, A. y González Rodríguez, F.  
*Hospital Central De La Defensa Gómez Ulla, C.S. Colmenarejo.*

**Introducción y objetivos.** La Gota es una enfermedad metabólica debida a un aumento de ácido úrico, que se caracteriza clínicamente por episodios inflamatorios articulares, litiasis renal y depósitos de urato (tofosis).

**Material y método.** Se presenta el caso de un paciente que ingresa por Urgencias por: tumefacción, deformidad e impotencia funcional de la rodilla izquierda debido a la rotura de un tofo pre-rotuliano. El paciente presentaba multitud de lesiones nodulares en diferentes localizaciones del organismo de años de evolución, debido al acúmulo de urato monosódico: ambos codos, rodillas, manos, pabellones auriculares, etc....

**Resultados.** Se procedió a la extirpación secuencial de aquellas lesiones que comprometían la movilidad articular de codos y rodillas.

**Comentarios y conclusiones.** La extirpación quirúrgica los tofos queda restringida a aquellas lesiones voluminosas cercanas a grandes articulaciones que provoquen: compresión de estructuras vecinas. dolor o riesgo de infección (por comunicaciones con el exterior).

## CC 398

### RUPTURA BILATERAL DEL TENDÓN DE INSERCIÓN DEL RECTO FEMORAL EN UN JUGADOR DE FÚTBOL

Pérez Montoya, M.\*; Dalmau Coll, A.\*; Yanguas, X.\*\* y Till, L.\*\*  
*\*Hospital Asepeyo Sant Cugat. \*\*Serveis Mèdics Fútbol Club Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** La inserción proximal del recte femoral es doble: tendón directo y tendón indirecto. Como posibles causas de esta lesión están descritas: disminución del balance articular de la rodilla y cadera; déficit de flexibilidad muscular; antecedentes de lesiones; fármacos; enfermedades sistémicas; condición física mala; predisposición genética; factor de riesgo: pretemporada.

**Material y método.** Presentamos el caso de un jugador de fútbol profesional que sufre una ruptura de la porción indirecta del recto anterior derecho al inicio de pretemporada. Después de la reincorporación sufre la misma lesión en la cadera contralateral.

**Resultados.** Se hace tratamiento quirúrgico de re inserción del tendón recto anterior con un arpón y sutura tendinosa en ambos casos. La pauta postoperatoria fue primero la inmovilización con férula a 45° de flexión de cadera, posteriormente fisioterapia progresiva hasta iniciar la readaptación al fútbol y recibir el alta médica a los 3 meses.

**Comentarios y conclusiones.** Es un caso con lesión bilateral, hace pensar en buscar una causa común. De las posibles, nuestro paciente tiene antecedente de reparación de LCA con disminución del balance articular y disminución de flexibilidad. Ecograficamente evidenciaba una lesión miotendinosa antes de la ruptura. Otro aspecto que podría ser común es una condición física mala asociada a pretemporada. La primera lesión fue en agosto en fase de pretemporada y la segunda a menos de un mes de su reincorporación después de la lesión, físicamente se podía encontrar en la condición física pobre de pretemporada, considerada como factor de riesgo.

## CC 399

### ESTUDIO MULTICÉNTRICO, CONTROLADO Y ALEATORIO DE LA DIATERMIA REGENERATIVA

Ramón Rona, S.\*; Vidiella Ardèvol, F.\*; Poca Díaz, V.\*\*; García Fructuoso, F.\*\*; Foraster Lloret, R.\*\* y González Lagunas, J.\*  
*\*Hospital Quirón \*\*Clínica CIMA.*

**Introducción y objetivos.** Determinar si existe evidencia científica sobre la diatermia regenerativa.

**Material y método.** Estudio prospectivo, multicéntrico, controlado y aleatorio (Hospital Quirón y Clínica CIMA) en pacientes afectados de bursitis trocánterea -BT-, tendinitis aquilea - TA- y síndrome temporomandibular -STM-, a los que se aplica 12 sesiones de diatermia regenerativa (radiofrecuencia: 0,5 MHz; TECAR® HCR 902) (efectivo/placebo). Se ha analizado: clínica (EVA); calidad de vida (SF-36) e impresión subjetiva inicial y final. Se han incluido 66 pacientes (50 mujeres, 13 varones; Edad = 46,4 años; 3 abandonos) con la distribución (placebo/efectivo): 33 BT (12/21), 12 TA (6/6) y 18 STM (12/6).

**Resultados.** Se aprecia una disminución significativa del EVA inicio y final ( $p = 0,01$ ). No hay diferencias significativas en la calidad de vida (SF-36) final e inicial, ni por patologías ni por grupos Placebo/efectivo. La mejor impresión subjetiva del tratamiento es significativamente mejor en la TA y BT, respecto de placebo, sin diferencias en STM. Existe una correlación significativa entre la diferencia de EVA y la impresión final tanto en el tratamiento efectivo como placebo (Tau-b de Kendall Efectivo:  $R = -0,576$ ;  $p > 0,001$ ; Placebo:  $R = -0,475$ ;  $P = 0,003$ ).

**Comentarios y conclusiones.** La diatermia regenerativa proporciona un alto grado de fidelización y aceptación, sin efectos secundarios. La impresión de mejoría es potente en la TA y BT, sin diferencias en EVA ni en SF-36. La impresión del paciente parece el método más fiable de evaluación de esta técnica, muy útil en el tratamiento a corto plazo de la TA, útil en BT y no efectiva en STM.

## CC 400

### SEGURIDAD CLÍNICA: EXPERIENCIA DE CASOS NOTIFICADOS EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

Combalia, A.<sup>1</sup>; Prat, A.<sup>2</sup>; Pascual, T.<sup>1</sup>; Baños, M.<sup>1</sup>; Santiña, M.<sup>2</sup>; Suso S.<sup>1</sup> y Trilla, A.<sup>2</sup>  
*<sup>1</sup>Servicio de COT (ICEMEQ), <sup>2</sup>Dirección de Calidad y Seguridad Clínica.*

**Introducción.** La notificación de eventos adversos o de situaciones de riesgo es uno de los instrumentos esenciales para la mejora de la seguridad clínica de los pacientes. El objetivo de esta comunicación es describir las características de los episodios notificados y que han tenido como referencia los enfermos atendidos en un Servicio Hospitalario de COT.

**Material y método.** La experiencia se ha realizado en el Hospital Clínico Universitario de Barcelona. En el marco de un proyecto piloto auspiciado por el Ministerio de Sanidad y Consumo con el soporte de la Fundación Avedis Donabedian, se ha realizado un estudio descriptivo de recogida de incidencias durante 3 meses (Marzo-Mayo de 2009). El modelo de la notificación informatizada de los eventos se ha regido por los principios de voluntariedad, no punibilidad, confidencialidad y orientación sistémica.

**Resultados.** De los 10 episodios notificados, 5 han correspondido a caídas durante la hospitalización, 2 a disfunciones en el proceso de identificación, 1 a defectos en la aplicación del protocolo prequirúrgico, 1

a problemas en el equipamiento de las instalaciones y 1 a anomalías en el seguimiento postquirúrgico del enfermo. Aunque el riesgo que han comportado para los enfermos implicados ha sido bajo, en algunos casos se ha requerido una valoración clínica complementaria de sus posibles consecuencias.

**Conclusiones.** El propósito principal de los sistemas de notificación es mejorar la calidad de la atención sanitaria, mediante el aprendizaje organizativo de las situaciones de riesgo (con o sin efectos adversos asociados) que permite su prevención en el tiempo. Estas metodologías también contribuyen a mejorar el clima de seguridad en los ámbitos del trabajo asistencial

## CC 401

### ES MERECE LA FAMA DE LOS SERVICIOS DE COT DE INCUMPLIDORES CON EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Combalia, A.<sup>1</sup>; Prat, S.<sup>1</sup>; Conesa, A.<sup>2</sup>; Prat, A.<sup>3</sup>; Santiña, M.<sup>3</sup> y Suso, S.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de COT. (ICEMEQ). <sup>2</sup>Documentación Clínica y Archivo.  
<sup>3</sup>Dirección de Calidad y Seguridad Clínica.

**Introducción.** La finalidad de los documentos de consentimiento informado (DCI) es facilitar a los pacientes, en un lenguaje sencillo, toda la información relevante sobre el procedimiento que se le va a realizar. De acuerdo con la ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente, toda actuación en el ámbito de la salud requiere el consentimiento libre y voluntario de la persona afectada después de haber recibido la información suficiente y habiendo valorado las opciones propias de cada caso. Este consentimiento tiene que ser escrito en caso de intervención quirúrgica, procedimiento diagnóstico y/o terapéutico invasivo. El objetivo de esta comunicación es presentar el grado de cumplimiento de los DCI en el servicio de COT de nuestro hospital y objetivar el grado de desarrollo de los DCI de esta especialidad.

**Método.** Revisión de las actas de evaluación de la documentación clínica del grupo de trabajo de la Comisión de Sistemas de Información. Historias Clínicas (CSIHC) de los últimos tres años (2006, 2007 y 2008). La CSIHC evalúa la documentación clínica, de acuerdo con un baremo creado a tal fin. Este baremo está basado en las exigencias de la ley de Acreditación de Cataluña y en el proceso que se evalúa (hospitalización, urgencias, consulta externa, cirugía mayor ambulatoria), ponderado con un mayor peso aquellos ítems que la CSIHC ha considerado de mayor relevancia. En la evaluación siempre participa un médico y una enfermera del servicio que se evalúa, COT en este caso. Uno de los ítems que se evalúa específicamente es el de los DCI. Revisión del número de DCI vigentes en COT y en el conjunto del Hospital en el año 2008.

**Resultados.** En el primer año de evaluación encontramos un cumplimiento del 100%. En los años siguientes se evaluaron separadamente los servicios de cirugía ortopédica y la sección de traumatología con los siguientes resultados: Servicio de Cirugía Ortopédica: 2007 100%; 2008 100% Servicio de Traumatología: 2007 80%; 2008 100% Global del Hospital: 2007 86%; 2008 83%. El servicio de COT tiene operativos 27 DCI. La media de l'hospital es de 13 DCI por servicio.

**Conclusiones.** El servicio COT es un servicio que cumple con el procedimiento de solicitud del DCI y que cumple por encima de la media del hospital. El servicio COT tiene desarrollados e implantados un número de DCI por encima de la media del hospital

## OSTEOPOROSIS (CC 402 - CC 413)

### CC 402

#### COMPLICACIÓN DE FRACTURA OSTEOPORÓTICA DE CADERA: FRACTURA PERI-CLAVO TROCANTÉRICO

Garrido Santa María, I.; Araguás Biescas, A.; Cordon Ruiz, R.; Garrido Santamaría, R.; Hamam Alcober, S. y Peguero Bona A.  
*Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas osteoporóticas de cadera tienen volumen creciente que sobrecarga los servicios de COT y sus complicaciones suponen una importante complejidad técnica. Deben ser abordadas con extrema atención al estado metabólico general del paciente.

**Material y método.** Mujer 95 años que sufre caída. Alzheimer avanzado. Fractura intertrocanterica intervenida tres meses atrás con un clavo trocantérico ITST, consiguiendo buena reducción. Rx de fémur derecho se observa fractura de tercio medio, distal al clavo trocantérico ITST.

**Resultados.** Recuperación con sueroterapia, hierro endovenoso, vitamina B12 y ácido fólico. Intervención quirúrgica a las 48 horas. Se retiró el clavo ITST. Se coloca un clavo trocantérico largo ITST tras fresado endomedular. Al mes la paciente sufre una nueva caída, presentando fractura supracondilea de fémur en el extremo distal del clavo trocantérico largo. Tras remortar el equilibrio metabólico se procede a realizar osteosíntesis. El extremo distal del clavo trocantérico se "enhebra" de nuevo en el macizo condileo y se coloca placa LISS de fémur con tornillos unicorticales bloqueados proximales, cerclajes de Dall-Milles y tornillos bloqueados distales en los cóndilos femorales, además de cerrojar distalmente el clavo. Se le transfunden dos concentrados de hematies y la evolución es favorable.

**Comentarios y conclusiones.** Hemos visto una evolución complicada en dos ocasiones por caídas que son frecuentes en pacientes de avanzada edad con estado cognitivo deteriorado. La morbi-mortalidad es muy elevada, por que debemos extremar los cuidados perioperatorios, además de resolver la osteosíntesis.

### CC 403

#### BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO INTRAVENOSO CON BIFOSFONATOS EN LA OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA

Merino Pérez, J.; Campos Alonso, O; Rodríguez Palomo, J.M.; Martín Larrañaga, N.; López Vinagre, E. y Mendia Yarritu, J.M.  
*Hospital de Cruces.*

**Introducción y objetivos.** La Osteogénesis Imperfecta (OI) es un grupo heterogéneo de enfermedades con la característica común de la fragilidad ósea congénita. Nuestro objetivo es presentar los resultados del tratamiento con bifosfonatos intravenosos.

**Material y método.** Estudio retrospectivo de los pacientes afectados de OI en nuestro centro. Se han valorado: las densitometrías óseas, la tasa de fracturas y la calidad de vida. Se han revisado las historias clínicas, y el material radiográfico.

**Resultados.** En los pacientes de menor edad que han sido tratados con bifosfonatos intravenosos, se ha objetivado una mejoría en la densidad mineral ósea en el 100% de los casos, lo que se relaciona con una menor frecuencia de fracturas y una mejora significativa en la calidad de vida. Más de la mitad de casos han requerido tratamientos con yeso y/o tracción en algún momento de su vida y 3 han requerido intervenciones quirúrgicas sobre los miembros afectados con resultados poco satisfactorios.

**Comentarios y conclusiones.** Los bifosfonatos, sin llegar a conseguir la curación definitiva, están consiguiendo resultados inimaginables hace 10 años. La bibliografía revisada confirma que los avances científicos están mejorando la función y el confort de los niños con OI. La selección de las técnicas quirúrgicas depende de la experiencia del cirujano, de la severidad de la enfermedad y de la función del paciente.

### CC 404

#### MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN APARATO LOCOMOTOR DEL HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO

Carbonel, I.; Rodríguez Chacón, L.; Ripalda Marín, J.; Roche Albero, A.; Iglesias Aparicio, D. y Muñoz Marín, J.  
*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción y objetivos.** Insuficiencia renal crónica 2ª a nefropatía por reflujo que precisó trasplante a los 20 años. Tratamiento con corticoides e inmunosupresores por rechazo crónico grado II. Hiperparatiroidismo secundario que precisó paratiroidectomía subtotal.

**Material y método.** fractura osteoporótica fémur izquierdo secundario a hiperparatiroidismo terciario y al tratamiento corticoideo.

**Resultados.** Se realiza enclavado endomedular. Tras 4 meses el paciente reingresa por rotura del tendón de Aquiles que se trata quirúrgicamente. Acude de nuevo por dolor en región inguinal izquierda sin antecedente traumático y es diagnosticado de fractura subcapital de fémur. En el postoperatorio aparecieron nuevas fracturas osteoporóticas en clavícula y codo derecho. A los 4 meses se produce un cut-out del tornillo cefálico que requiere cirugía. El estado general del paciente empeora y

se realiza nueva paratiroidectomía por hiperplasia paratiroidea de glándula ectópica subclavicular. Durante el postoperatorio presenta crisis convulsivas (con fractura de cuello humeral) y precisa tratamiento con Ca iv. Finalmente es trasladado a la UCI por shock séptico debido a sepsis por catéter que desemboca en fracaso multiorgánico y exitus.

**Comentarios y conclusiones.** El grado de osteoporosis en pacientes con hiperparatiroidismo es variable, siendo mayor los secundarios a osteodistrofia renal y post trasplante. Las manifestaciones clínicas en aparato locomotor del hiperparatiroidismo secundario en pacientes con insuficiencia renal son raras y sólo aparecen en casos muy graves. El tratamiento inicial es con suplementos de Ca. Se administran en casos moderados derivados de vitamina D. La paratiroidectomía ha demostrado aumento en la DMO.

## CC 405

### FRACTURAS VERTEBRALES OSTEOPORÓTICAS CON PARAPARESIA EN PACIENTE INTERVENIDO DE OBESIDAD MÓRBIDA

Garrido Santa María, I.; Araguás Biescas, A.; Tabuenca, A.; Peña, D.; Garrido-Santamaría, R. y Herrera Rodríguez, A.  
*Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción y objetivos.** Varón 47 años que acude a Urgencias por pérdida de fuerza en las extremidades inferiores tras traumatismo de baja energía. Cirugía de la obesidad (*bypass* gástrico) hace 10 años (pasó de 160 a 70 kg), psoriasis y fístula anal.

**Material y método.** Exploración: Psoas 2/5, isquiotibiales 2/5, cuádriceps 2/5, tibial anterior 2/5, flexión plantar de tobillo 3/5 bilateral, sensibilidad y control esfínteres normal. Analíticas: anemia con hemoglobina 10; destacan los niveles bajos de calcio en suero e iónico, hierro sérico, ferritina, ácido fólico y albúmina. PESS tibial posterior y ENG de peroneo y ciático común: disfunción de vías somato-sensoriales en parte por la polineuropatía de predominio axonal. RM: fractura D11 y D12 acunamiento del muro anterior y ligera disminución del canal medular. Densitometría: -2,51 T score de columna dorso-lumbar. Diagnóstico: Fractura D11-D12 osteoporóticas con paraparesia. Desnutrición calórico-proteica-vitamínica grave secundaria a cirugía de la obesidad, miopatía secundaria a enfermedad metabólica, hipocalcemia con alargamiento del QT, esteatorrea por malabsorción. Brote psoriásico en placas que impide el abordaje para una artrodesis. Fístula anal infectada por las múltiples deposiciones diarias.

**Resultados.** Tratamiento: Nutrición parenteral, gluconato cálcico, hierro iv, ácido fólico, vitamina b12, metronidazol y corticoides tópicos. Vertebroplastia percutánea transpedicular con toma de biopsia y cementado de cuerpos vertebrales. La biopsia revelaba osteoporosis vertebral que se trató con teriparatida.

**Comentarios y conclusiones.** Mejoró su estado general y con él la alteración neurológica motivada por la fractura vertebral que le producía dolor e inestabilidad, además la alteración metabólica le inducía debilidad muscular y polineuropatía periférica.

## CC 406

### PAPEL DE LA LIGAMENTOTAXIS EN LA FRACTURRA OSTEOPORÓTICA DE MUÑECA

Roche Alberó, A.; Cuenca Espíerrez, J.; Iglesias Aparicio, D.A.; Garrido Santamaría, I.; Carbonel Bueno, I. y Herrera Rodríguez, A.  
*Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción y objetivos.** La osteoporosis es una condición crónica y progresiva que conduce a disminución de la masa ósea y fragilidad del esqueleto que puede traducirse en fracturas, incapacidad, dolor y deformidad. La fractura de radio distal es la fractura sintomática más frecuente. La fijación externa es una técnica poco invasiva especialmente útil para el tratamiento de fracturas desplazadas e inestables.

**Material y método.** Estudio clínico retrospectivo incluyendo 38 fracturas osteoporóticas de radio distal tratadas mediante fijador externo. Se ha retirado el fijador a las 7,3 semanas. El seguimiento de los pacientes ha sido de 26 semanas. La edad media ha sido 74,4 años y la distribución por sexo 9 varones y 29 mujeres.

**Resultados.** Se han observado las siguientes complicaciones resaltables: drenaje serohemático en gran parte de los casos, aflojamiento funcional de los pines en 22 casos, infección superficial en 3 casos, distrofia

simpática refleja en 3 casos, rigidez articular en 5 casos, consolidación defectuosa en 2 casos, ninguna infección profunda y 1 caso de fractura del segundo metacarpiano en la entrada del pin por traumatismo de la paciente.

**Comentarios y conclusiones.** Está indicado en fracturas metafisarias (AO A2 y A3) y metafiso-epifisarias si se consigue una buena reducción indirecta o se complementa con agujas percutáneas (AO B1 y C1). Es de fácil manejo y colocación, permite una buena reducción fractuaria, la movilidad de la extremidad afecta y de la muñeca según se desbloqueen las rótulas, un control radiográfico de calidad por radiolucencia del material, una buena tolerancia por el paciente y un resultado final satisfactorio.

## CC 407

### PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPORÓTICA. PROTOCOLOS AL ALTA

García Renedo, R.J.; Alfonso, A.; Galindo Rubín, C.; Pérez Núñez, M.I. y Gómez del Álamo, G.  
*Hospital Universitario Marques de Valdecilla. Santander.*

**Introducción y objetivos.** El número de fracturas osteoporóticas que el traumatólogo tiene que tratar en los últimos años, ha aumentado de manera considerable. El problema de la prevención secundaria y el estudio de los factores de riesgo que intervienen en su aparición no debe ser ajeno al especialista en Cirugía Ortopédica.

**Material y método.** Estudio de nuestra población diana, analizando el impacto de estas fracturas en la población, valorar el grado de cumplimiento del tratamiento y la incidencia de refractura.

**Resultados.** Actuaciones coordinadas entre atención primaria y atención especializada destinadas a garantizar la prevención y la asistencia al anciano hasta su reinserción social y familiar.

**Comentarios y conclusiones.** Cualquier persona que sufra una fractura osteoporótica debería ser tratada frente a la osteoporosis y tomar medidas para evitar las caídas. No sólo se debe tratar la osteoporosis sino lo más importante, evitar la principal consecuencia de la osteoporosis, que son las fracturas. El traumatólogo debe tener una participación activa en la prevención secundaria familiarizándose con todas las medidas preventivas y transmitir las adecuadamente en todos los foros donde tenga oportunidad.

## CC 408

### FRACTURAS PERIPROTÉSICAS EN HUESO OSTEOPORÓTICO TRATADAS CON TERIPARATIDA TRAS SU ESTABILIZACIÓN

Oteo Álvaro, A.\*; Mesa Ramos, M.\*\*; Fernández Izquierdo, M.\*\*\* y Vilá y Rico, J.\*\*\*

\*Dpto. C.O.T. Hospital G.U. Gregorio Marañón. Madrid. \*\*Dpto C.O.T. Hospital Doctor Peset. Valencia. \*\*\*Dpto. C.O.T. \*Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Introducción y objetivos.** El número de personas que viven con una prótesis de cadera y rodilla aumenta progresivamente, al igual que lo hace la fractura periprotésica. El factor de riesgo más importante para su aparición es la osteoporosis, caracterizada por una alteración de la cantidad y calidad de hueso, aumentando el tiempo de la consolidación de las fracturas. Teriparatida (1-34 PTH), reduce el riesgo de fractura osteoporótica en la mujer postmenopáusica, en el varón y en la osteoporosis inducida por glucocorticoides, mejorando la microarquitectura ósea tanto en hueso trabecular como cortical y reduce el tiempo de consolidación de las fracturas. Evaluar el efecto acelerador del proceso de consolidación de las fracturas en pacientes osteoporóticos, de teriparatida a dosis habituales de tratamiento.

**Material y método.** Serie radiológica de 3 casos clínicos de fractura periprotésica de cadera y rodilla en pacientes osteoporóticos tratados con osteosíntesis y/o intercambio protésico, a los que se les administró teriparatida, poniéndose de manifiesto su efecto de acelerador de la consolidación y una reducción del dolor mediante una E.V.A.

**Resultados.** En estos 3 casos clínicos, teriparatida administrada después de la estabilización de la fractura logró una más rápida consolidación y una importante mejoría clínica.

**Comentarios y conclusiones.** Teriparatida logra una reducción del tiempo de consolidación de las fracturas, por lo que puede ser una herramienta útil para mejorar los resultados quirúrgicos.

## CC 409

### OSTEOPOROSIS INDUCIDA POR GLUCOCORTICOIDES

Gutiérrez Sánchez, L.; Llorente Pascual, R.; Crespo Rivero, J.M.; Contreras Citores, Y.; Lamban Mascaray, N. y Blanco Pozo, A.  
*Hospital General Yagüe.*

**Introducción y objetivos.** La mayoría de los estudios sobre osteoporosis se centran en la osteoporosis posmenopáusica, pero hay otro tipo de población en riesgo como son los pacientes en tratamiento con glucocorticoides, siendo la causa más frecuente de osteoporosis secundaria.

**Material y método.** Varón de 61 años diagnosticado de Carcinoma de pulmón irreseccable en tratamiento con radioterapia, quimioterapia y corticoides desde el diagnóstico. A los 6 meses presenta dolor en región dorsal alta sin antecedente traumático irradiado a ambos costados con componente mecánico. Se realizan Gammagrafía ósea y RMN. Posteriormente presenta mal control analgésico dorsal y costal izquierdo, localizado a punta de dedo y en relación con la tos y el decúbito. Aumento de la cifosis dorsal. Nuevas pruebas: Rx columna dorsal, Gammagrafía y RMN. Diagnóstico: Fracturas vertebrales osteoporóticas en D4, D5, D7, D8 y D11. Se pauta reposo en cama con incorporación progresiva, corsé ortopédico, tratamiento para el dolor y para la osteoporosis.

**Resultados.** Evolución favorable remitiendo el dolor progresivamente.

**Comentarios y conclusiones.** Muchos pacientes reciben durante mucho tiempo corticoides sistémicos. El 30-50% de estos tendrán alguna fractura por un incremento de la pérdida ósea. Esta pérdida ósea es bifásica: 6-12% en el primer año y 3% posteriormente. Se ha demostrado una disminución de la absorción intestinal y aumento de la excreción renal de calcio. Todos estos pacientes deberían recibir calcio elemental y vitamina D diarios. Los bifosfonatos, son los únicos aprobados para la prevención y tratamiento de la Osteoporosis inducida por Glucocorticoides (OIG). La PTH es un agente prometedor en el manejo de OIG.

## CC 410

### FRACTURA SUBCAPITAL DE CADERA COMO COMPLICACIÓN DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Muñoz Muñoz, C.; Farfan Gil, J.; Llanos Rodríguez, A.; Rodríguez Murillo, Y. y Ochoa Hortal, M.A.  
*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital de Antequera, Málaga.*

**Introducción y objetivos.** Presentamos el caso clínico de una mujer de 76 años que fue sometida a artroplastia total de rodilla derecha por gonartrosis severa. En la consulta de revisión tras la cirugía, la paciente aqueja dolor en cadera derecha, con una limitada movilidad en la exploración.

**Material y método.** Se realiza estudio radiográfico de la cadera, en el que se observa imagen compatible con fractura subcapital. El diagnóstico se confirma mediante imagen de resonancia nuclear magnética, por la existencia de edema óseo agudo asociado a la presencia de una línea hipointensa en cuello femoral que interrumpe la cortical medial. Asimismo se observan alteraciones de la intensidad de señal en la práctica totalidad de estructuras óseas incluidas en el estudio, en relación con áreas de recambio graso, en el contexto de una marcada osteopenia.

**Resultados.** Tras tratamiento médico-conservador la paciente evoluciona favorablemente, con desaparición de la sintomatología a los dos meses tras la cirugía, con buena movilidad.

**Comentarios y conclusiones.** La fractura por estrés de cadera tras artroplastia total de rodilla es una complicación poco frecuente, sobre la que existe escasa literatura. Puede aparecer en pacientes con osteopenia marcada por los impactos que sufre la extremidad superior del fémur en la colocación del implante femoral.

## CC 411

### LA FRACTURA DE MUÑECA: UN BUEN MOMENTO PARA INICIAR UN TRATAMIENTO PARA LA OSTEOPOROSIS

Iglesias Aparicio, D.A.; Roche Albergo, A.; Bejarano Lasuncion, C.; Rebollo González, S.; Garrido Santamaría, I. y Ripalda Marín, J.  
*Hospital Miguel Servet.*

**Introducción y objetivos.** Los tratamientos para la osteoporosis han demostrado ser eficaces en la prevención de las fracturas osteoporóticas. Sin embargo, no siempre los pacientes candidatos a beneficiarse

de estos tratamientos reciben su protección. Así, en ocasiones no son administrados tras fracturas, y vuelven a sufrir nuevas fracturas, que pudieran haberse evitado.

**Material y método.** Estudio de 286 fracturas de muñeca de forma aleatoria tratadas en nuestro hospital en 1995. Seguimiento hasta agosto de 2008. Se establecen 2 cohortes en función de si recibieron tratamiento para la osteoporosis o no. Se analizan: Edad y sexo, presencia o no de fractura de cadera (cuello femoral y pertrocanterea)

**Resultados.** La edad media de la fractura de tercio distal de radio fue de 73 años. Mujeres 88%; varones 12%. El 7% de los pacientes con fractura de muñeca sufrieron una fractura de cadera en el seguimiento ulterior (20 pacientes), estando distribuido de la siguiente manera: El 9% de los pacientes que no recibieron tratamiento para la osteoporosis sufrieron una fractura de cadera (18 pacientes). El 3% de los pacientes que sí recibieron tratamiento sufrieron una fractura de cadera (2 pacientes). Estas diferencias fueron significativas estadísticamente.

**Comentarios y conclusiones.** Por tanto, un buen inicio para el tratamiento de la osteoporosis puede ser ante la alarma de una fractura osteoporótica como la de muñeca, pudiéndose evitar así fracturas osteoporóticas futuras como la de cadera con la morbimortalidad y gasto económico que llevan asociadas

## CC 412

### PHOTO (PTH 1-84 OSTEOPOROSIS TREATMENT ORIENTATION): UNA HERRAMIENTA ÚTIL PARA LA IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES QUE RECIBEN PTH 1-84

García De La Blanca, J.C.; Vivanco Jódar, T.; Díez Berrio, L.; Candel, L. y Delgado, E.  
*Hospital 12 de Octubre. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** PHOTO tiene el objetivo de hacer más fácil la identificación y el seguimiento de pacientes con indicación de recibir PTH 1-84

**Material y método.** PHOTO tiene dos secciones: Visita inicial, con los siguientes parámetros: datos demográficos, historial de fracturas previas, factores de riesgo para nuevas fracturas, tratamiento previo para osteoporosis, densidad de masa ósea, VAS y SF-12. Visitas de seguimiento a los 1, 3, 6, 12, 18 y 24 meses, incluyendo los siguientes parámetros: efectos adversos, adherencia al tratamiento, parámetros de seguridad (calcio sérico), nuevas fracturas osteoporóticas, VAS and SF-12.

**Resultados.** Hemos estudiado 15 mujeres (edad media 74.3+/-5.1) tratadas con PTH 1-84 y con un seguimiento de 6 meses. Todas ellas fueron diagnosticadas de osteoporosis posmenopáusica (BMD < -2.5 SD). El 80.0% de las pacientes han sufrido una fractura previa y el 66.7% de ellas presentan una fractura en la visita inicial. Existen factores de riesgo de fracturas en 13 pacientes y se distribuyen de la siguiente forma: 8 (61.5%) menopausia precoz, 5 (38.5%) BMI < 19 kg/m<sup>2</sup>, 3 (23.1%) historia familiar de fractura de cadera, 9 (69.2%) riesgo de caídas y 2 (15.4%) fármacos inductores de osteoporosis. 9 pacientes (69.2%) presentan 2 o más factores de riesgo. El seguimiento a 1, 3, 6 meses indica una óptima adhesión al tratamiento con PTH 1-84 y la presencia de 4 efectos adversos (26.7%) descritos como nauseas.

**Comentarios y conclusiones.** Photo ha sido desarrollado para la identificación y el seguimiento de pacientes con osteoporosis y alto riesgo de fracturas, mostrar la eficacia PTH 1-84 y su seguridad en una serie real de pacientes.

## CC 413

### MANEJO DE LA ARTROSIS EN TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Oteo Álvaro, A.; Ruiz Ibán, M.A. y Marín Becerra, M.T.  
*Dpto. C.O.T. Hospital G.U. Gregorio Marañón. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** El tratamiento conservador de la artrosis debe enfocarse al control del dolor, mejora de la funcionalidad y aumento de la calidad de vida, así como a valorar la satisfacción del paciente con el tratamiento, que se correlaciona con su cumplimiento. Objetivo: evaluar la satisfacción del paciente después del cambio de tratamiento de paracetamol y conocer la evolución sintomática.

**Material y método.** Estudio epidemiológico, prospectivo en pacientes con artrosis de cadera o rodilla, con dolor y tratados con paracetamol. La satisfacción al cambio de tratamiento se evaluó con el cuestionario

ARTS y la evolución sintomática de la artrosis (3 meses) mediante la escala WOMAC y EVA.

**Resultados.** Se evaluaron 2.437 pacientes (59,0% artrosis de rodilla; 25,5% artrosis de cadera). Se observó una mejoría estadísticamente significativa (13,6 ±5,6 puntos respecto a la visita basal,  $p < 0,001$ ) en la satisfacción global al cambio de tratamiento y en las 4 dimensiones del cuestionario, eficacia, conveniencia, tolerabilidad y cuidado médico. También se observaron mejoras estadísticamente significativas en la WOMAC y EVA. A comparar el cambio en la satisfacción global según el cambio de tratamiento fuera a AINE vs no AINE, se observó una diferencia significativa a favor del AINE (4,2 puntos,  $p < 0,001$ ). El grupo con AINE también obtuvo una mayor reducción en la EVA y en los dominios WOMAC que el grupo sin AINE ( $p < 0,05$ ).

**Comentarios y conclusiones.** El cambio de paracetamol a AINE produce una mayor satisfacción del paciente, reducción del dolor y mejoría de la evolución sintomática en la artrosis de cadera y rodilla.

## PIE-TOBILLO (CC 414 - CC 487)

### CC 414

#### TÉCNICA DE LYNN CON APLICACIÓN DE PRGF

Jiménez Martín, A.; Seguro, A.; Gómez Cobo, R. y Pérez Hidalgo, S.  
*Hospital FREMAP Sevilla.*

**Introducción y objetivos.** Las roturas del Aquiles son frecuentes en deportistas. Su precaria vascularización, según Lindholm, y su escaso recambio celular, requieren varios meses para recobrar la movilidad prelesional. Nuestro objetivo es mostrar el beneficio obtenido tras reparar un Aquiles aplicándole plasma rico en factores de crecimiento (P.R.G.F).

**Material y método.** Varón, de 41 años que sufre dolor brusco al saltar sobre el pie izquierdo. Test de Thompson y O'Brien positivos. Signo de Brunet-Guedj positivo. Ecografía: lesión completa del tendón de Aquiles. RNM: rotura tendinosa, hiperintensidad en T1 y T2. Realizamos sutura en marco de Kessler con hilo monofilamento no reabsorbible y refuerzo con plantar delgado según el procedimiento de Lynn. Aplicamos una película de P.R.G.F bajo el periteno e inyectamos la fracción rica intrasutura.

**Resultados.** Tras 4 semanas de inmovilización comienza ejercicios pasivos en flexo-extensión plantar, alcanzando una movilidad óptima a las 8 semanas.

**Comentarios y conclusiones.** La reparación del Aquiles puede requerir los procedimientos de Lindholm, Krackow o Bosworth, aunque la técnica de Lynn resulta fácilmente reproducible obteniendo buenos resultados. Ma y Griffith describen la técnica percutánea. Mann y Consentino reservan las plastias con flexores para las lesiones de carácter crónico. El P.R.G.F. ha mejorado, según Sánchez, el tiempo para volver al entrenamiento de competición, 14 semanas, Vs 21 +/- 3 semanas,  $p = 0,004$ ., con 65,268 +/- 8221 cels/cm<sup>2</sup>, con  $p = 0,0013$ , sin complicaciones. Saldalamachia lo aplica también en úlceras tipo II de Wagner, reduciendo el área lesional del 71.9 +/- 22.5%. Vs 9.2 +/- 67.8%, ( $p = 0,039$ ).

### CC 415

#### LUXACIÓN INUSUAL DE LA MORTAJA SIN FRACTURA ASOCIADA

Jiménez Martín, A.; Gómez Cobo, R.; Podetti Meardi, M.A.  
y Pérez Hidalgo, S.  
*Hospital FREMAP Sevilla.*

**Introducción y objetivos.** La luxación de tobillo sin fractura es una entidad inusual, describiéndose unos 100 casos. Nuestro objetivo es constatar un caso y revisar esta patología.

**Material y método.** Varón de 35 años que sufre traumatismo en el tobillo derecho en el contexto de un accidente laboral, mediante caída en inversión y carga axial. Radiografías: luxación sin fractura. Relación maleolar: 13/27; índice de cobertura astragalina: 105/160.

**Resultados.** Inmovilización: 3 semanas. Carga completa: 2 meses. Rehabilitación: 2 meses. Pequeña zona de necrosis cutánea en el tobillo derecho que se autolimita y se resuelve con escarectomía, limitación a la flexión hasta 20° y a la extensión hasta 10°, calcificaciones deltoideas

y estrechamiento de la mortaja tibioperoneoastagalina. Escala Guy-Evrard: 8. Cachoix tipo I.

**Comentarios y conclusiones.** Pueden ser abiertas (49%), cerradas (51%), 72% en varones, deportes o accidentes asociados, tipos: laterales (27%), mediales (25%), posteromediales (22%)... Mecanismo principal: flexión plantar e inversión. Asociado a hiperlaxitud ligamentosa o inestabilidad crónica, la reparación según Chrisman-Snook I puede ser profiláctica. Resulta útil según Elise la relación maleolar y el índice de cobertura astragalina. Tratamiento: reducción, reparación quirúrgica, cultivos, antibioterapia (cefazolina y gentamicina), antitetánica e inmovilización (6 semanas) sin cargar (2 meses). El tipo Cachoix I precisaría sólo cierre e inmovilización, el III requeriría cobertura cutánea. Wroble describió amputaciones infrarrotulianas por infección y/o lesiones vasculares. La astragalectomía y artrodesis calcánea se usan en la necrosis avascular astragalina postextrusión. La escala de Gay-Evrard (dolor, inestabilidad, movilidad, trofismo y actividad profesional), o la de Hughes son útiles en las revisiones.

### CC 416

#### LUXACIÓN PURA DE TOBILLO

Miranda Sanromà, E.; Sanchis Bernabeu, M.; Andreu Jiménez, M.L.; Aixalà Llovet, V.; Buñuel Viñau, A. y Recasens Robert, J.  
*Hospital de Sant Pau i Santa Tecla (Tarragona).*

**Introducción y objetivos.** La luxación de tobillo sin fractura es una entidad infrecuente (no llegando al centenar de casos descritos en la literatura mundial).

**Material y método.** Varón de 20 años de edad que acude a Urgencias por entorsis del tobillo mientras jugaba a baloncesto. Antecedentes personales: obesidad severa, portador de dos balones intragástricos. RX: luxación tibioperoneoastagalina pura sin signos de fractura. TAC: no se objetiva lesión ósea asociada.

**Resultados.** Se procede a la reducción cerrada de la lesión en el box de urgencias. RX: reducción correcta, no se objetiva ensanchamiento de la mortaja. Ingreso del paciente para control de las partes blandas. Descarga de la extremidad afecta durante tres meses. Como complicación aparece una flictena de más de 20 centímetros cuadrados que curamos periódicamente durante tres meses. Con un seguimiento superior a diez meses de evolución, actualmente el paciente tiene una disminución en el balance articular.

**Comentarios y conclusiones.** La luxación de tobillo sin fractura es una entidad infrecuente. Son factores de riesgo los deportes como el baloncesto o los accidentes de tráfico. En los casos cerrados, la reducción precoz bajo anestesia general o local y la inmovilización con férula posterior y descarga son la pauta a seguir. El pronóstico suele ser bueno en caso de realizarse un tratamiento precoz.

### CC 417

#### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA NEURALGIA EN EL SENO DEL TARSO

Jiménez Martín, A.; Seguro, A.; Carreras, H.\*; Pérez Hidalgo, S. y García Díaz, J.

*Hospital FREMAP Sevilla. \*Centro Gallego de Buenos Aires. Argentina.*

**Introducción y objetivos.** Una causa de dolor en retropié es la compresión de las ramas del tibial posterior, que puede requerir su liberación entre un 5-10% de los casos. Nuestro objetivo es constatar un caso tratado eficazmente mediante cirugía, así como revisar esta patología.

**Material y método.** Varón, con talalgia derecha de meses de evolución, que se acrecienta a la palpación retrodeltoidea y con Tinnel positivo en las proximidades del seno del tarso. Electromiograma: Signos de compresión de la rama calcánea del tibial posterior. Procedemos a la exoneurolysis de dicha rama nerviosa.

**Resultados.** Mejoría funcional, escala VAS desde 9 hasta los 4 puntos. Escala AOFAS desde 75 hasta los 90 puntos finales. Movilidad correcta a las 2 semanas. Persistencia del dolor, no incapacitante para la marcha.

**Comentarios y conclusiones.** La bifurcación del nervio tibial dentro del túnel ocurre en un 93% de casos, frente a un 7% a nivel proximal. Hasta un 72.2% de casos presentan disfunción sensitiva en la distribución del nervio medial calcáneo ( $p < 0,008$ ). Para Hendrix la liberación supone una mejoría estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ), en su serie de 51



pacientes. Para Labib supone una mejoría de hasta un 85.7% en la escala AOFAS. El diagnóstico clínico es fundamental para Oztuna, puesto que un 88% de los pacientes tienen clínica, aunque el electromiograma resulte negativo. La alternativa de la infiltración supone un beneficio temporal, aunque significativo para Crawford ( $p = 0.02$ ), sin embargo, la liberación quirúrgica es la que recoge más mejorías a largo plazo, con un 85% de mejoría para Gondring.

## CC 418

### ¿A NADIE LE AMARGA UN DULCE?

Llaquet Leiva, A.A.\*; Vergara Ferrer, A.\*\*; Martínez Melián, I.\*\*; Cornet, B.\*\*; García De León, M.A.\*\* y Galiano, G.\*\*  
\*Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés, \*\*HUSVO.

**Introducción y objetivos.** El pie diabético supone un desafío multidisciplinar en el que el paciente debe estar completamente integrado aceptando por completo el compromiso. En la actualidad las lesiones se procuran tratar del modo más conservador posible siendo contraria esta postura a la de hace años.

**Material y método.** Paciente de 45 años, VHC positiva, en tratamiento con Adiro presenta una úlcera plantar sobre la cabeza del segundo metatarsiano de su pie. La neuropatía diabética le ha provocado una acrolisis diabética en todas las cabezas metatarsianas menos en ésta. Se practica resección de la misma para evitar la carga mecánica.

**Resultados.** La úlcera evoluciona favorablemente desde la cirugía con los cuidados postoperatorios que incluyen curas cada 48 horas y ortesis de descarga esperando su pronta resolución.

**Comentarios y conclusiones.** El pie diabético supone un problema que debe ser tratado de modo enérgico y sin abandono. Las técnicas de resección de partes óseas que provoquen hiper-apoyos deben ser empleadas con precisión y en el menor plazo posible para que de este modo como en el caso presente se solucione la situación y el paciente mejore su calidad de vida evitando infecciones y la temible gangrena.

## CC 419

### CIRUGÍA PERCUTÁNEA DEL HALLUX-VALGUS MEDIANTE OSTEOTOMÍA DEL 1º METATARSIANO Y COLOCACIÓN DE AGUJA DE KIRSCHNER

Morales de Cano, J.; Lasurt, S.; Illobre, J.M.; Salgado, O.; Canosa, J.; López, C. y de la Torre, M.  
*Hospital del Vendrell (Tarragona).*

**Introducción y objetivos.** En el presente trabajo presentamos la casuística de nuestro hospital del tratamiento quirúrgico del hallux valgus con desviaciones moderadas y tratadas mediante osteotomía distal del primer metatarsiano percutáneo y fijación con aguja de Kirschner endomedular.

**Material y método.** Entre Abril de 2006 y Diciembre de 2008 se han intervenido en nuestro hospital 379 pacientes por presentar hallux valgus mediante técnicas de Cirugía Percutánea, de estos 39 casos han sido tratados mediante osteotomía distal del primer metatarsiano y fijación con aguja de Kirschner endomedular. Se trataban de 4 varones/ 5 mujeres, de edad media 60.9 y con seguimiento medio de 10.24 meses. Se realizó seguimiento clínico evolutivo mediante escala AOFAS así como un control radiológico evolutivo al final del seguimiento.

**Resultados.** La media del resultado clínico de los pacientes intervenidos según escala AOFAS fue 79.2 (31-100). La valoración radiográfica demostró cambios significativos ( $p < 0.05$ ) comparando los ángulos intermetatarsal y metatarsofalángico. En 3 casos tuvimos como complicación la aparición de infección superficial que se resolvió con tratamiento antibiótico vía oral; 3 retrasos de consolidación sin llegarse a establecer un pseudoartrosis; 1 distrofia simpática rrefleja en resolución actualmente y 2 casos de migración de la aguja de Kirschner. En ningún caso se ha precisado reintervenciones.

**Comentarios y conclusiones.** La cirugía percutánea para la corrección distal mediante osteotomía del primer metatarsiano demuestra ser un buen tratamiento en la deformidad del hallux valgus leves y moderados. Los resultados clínicos son comparables a los obtenidos mediante técnicas de Cirugía abierta con las ventajas que nos ofrece la cirugía mínimamente invasiva

## CC 420

### EL BAILE DE CHARCOT

Llaquet Leiva, A.A.\*; Vergara, A.\*\*; Peralta, J.V.\*\*; Zuñil, P.\*\*; Martínez Melián, I.\*\* y García de León, M.A.\*\*  
\*Hospital Universitario Severo Ochoa De Leganés, \*\*HUSVO.

**Introducción y objetivos.** La patología de Charcot es realmente una enfermedad devastadora que afecta con cierta facilidad a pacientes con diabetes de larga evolución y no siempre buen control.

**Material y método.** Paciente de 52 años, varón que acude a nuestra consulta porque desde hace unos días presenta inestabilidad en su tobillo izquierdo que le da la sensación de "baile". Entre sus antecedentes se encuentra hipertensión y una diabetes insulín dependiente con un control medianamente aceptable. Ante la devastación de su tarso se le propuso una ortesis.

**Resultados.** En el momento actual, aunque la patología apenas se ha detenido el paciente es capaz de apoyar y cargar sin sobrecargar su pie ni tobillo demostrándose que la carga en la pierna le mejora la calidad de vida de un modo claro.

**Comentarios y conclusiones.** La patología debe ser controlada por un equipo multidisciplinar y sobre todo con gran sentido común para evitar conductas agresivas que puedan lesionar más aún y buscar siempre la mejor calidad para el paciente como en el caso actual.

## CC 421

### ARTRODESIS AISLADA DE LA PRIMERA METATARSOCUNEIFORME EN UN CASO POSTRAUMÁTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Catalán, S.; Gargantilla, A.; Escribano, C. y Orduña, M.  
*Hospital FREMAP. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** Encontramos en la literatura artrodesis de la primera metatarsocuneana (MTC) formando parte de una técnica de Lapidus modificada (para la corrección del Hallux valgus, metatarsus primus varus y el estadio final de osteoartritis) o de una técnica de reconstrucción del pie plano. La literatura contiene muy poca información del tratamiento de la artrosis posttraumática aislada de la primera tarsometatarsiana. Aunque la artrodesis es el tratamiento de elección en la osteoartritis dolorosa de las articulaciones tarsometatarsianas, muy pocos trabajos describen las técnicas quirúrgicas que se utilizan para conseguir la fusión. Hemos encontrado dos trabajos muy interesantes, efectuados en cadáver que analizan biomecánicamente la artrodesis del primer MTC. Uno de los estudios determina que de utilizar tornillos para la síntesis, el montaje más estable es el de 3 tornillos. El otro compara la utilización de síntesis con placa o con tornillos canulados, siendo más estable la osteosíntesis con tornillos. No hemos encontrado ningún estudio con tornillos a compresión tipo Acutrak. El propósito de este caso es el de mostrar una buena opción para la síntesis de este tipo de artrodesis.

**Material y método.** En nuestro caso, se trata de un paciente que sufre una luxación de Lisfranc con fractura conminuta de base del primer MTT y fracturas subcapitales del 2º, 3º y 4º MTT del pie izquierdo. Tratado inicialmente mediante reducción cerrada y fijación mediante agujas de Kirschner. A los 8 meses del accidente, presenta clínica de dolor en la 1ª articulación MTC con tomografía que muestra artrosis a dicho nivel. Es intervenido realizándose artrodesis de la 1ª MTC con 2 tornillos Acutrak STD y aporte de factores de crecimiento.

**Resultados.** En nuestro caso, el seguimiento de 20 meses, el paciente permanece asintomático y en la radiografía se observa consolidación de la artrodesis.

**Comentarios y conclusiones.** Creemos que la utilización de este tipo de tornillos en estos casos, pese a no estar descrita en la literatura, puede dar buenos resultados a largo plazo.

## CC 422

### MALA EVOLUCIÓN DE UNA FRACTURA SUPRASINDESMAL DE TOBILLO

Argüello Cuenca, J.M.; Taberero Fernández, J.M.; Crego Vita, D.; Sanz Ruiz, P.; Vicente Herrera, E. y Hernández Pascual, C.  
*H.G.U. Gregorio Marañón (Madrid).*

**Introducción y objetivos.** Se describe el caso de una paciente de 63 años que acude a urgencias con dolor, deformidad e impotencia funcional de

tobillo tras sufrir caída casual. Es diagnosticada en urgencias de fractura de tobillo tipo 44-C2. El objetivo de este caso es describir las complicaciones que pueden aparecer en este tipo de fracturas quirúrgicas.

**Material y método.** Se intervino quirúrgicamente 9 días tras su ingreso por el mal estado de las partes blandas. Se realizó reducción abierta y síntesis AO con placa de tercio de caña peroneal y 1 tornillo a compresión maleolar tibial, seguido de inmovilización de 2 meses y descarga de 4 meses. Fue valorada por los servicios de Rehabilitación y Cirugía Plástica.

**Resultados.** La paciente sufrió una dehiscencia de la herida quirúrgica peroneal, con sobreinfección y exposición del material de síntesis que tardó 9 meses en cerrar. Así mismo sufre una limitación considerable de la movilidad del tobillo asociada a una artrosis pancompartimental, osteonecrosis tibial distal y subluxación en varo establecida de la articulación tibioastragalina. Clínicamente presenta dolor de tipo inflamatorio con alteraciones tróficas cutáneas compatibles con un síndrome de dolor regional complejo.

**Comentarios y conclusiones.** Las complicaciones que pueden aparecer tras la síntesis de fracturas de tobillo van desde la infección a las alteraciones de partes blandas, la rigidez, la artrosis precoz, la ausencia de cicatrización de la sindesmosis, pasando por el síndrome de dolor regional complejo.

## CC 423

### CORRECCIÓN DEL HALLUX VALGUS MEDIANTE OSTEOTOMÍA DIAFISARIA DEL PRIMER METATARSIANO

García Regal, J.; Hueso Macías, A.; García Hermosa, A.; Mariscal Peralta, J.M.; Bejarano Muñoz, J.I. y Marqués Rangel, J.C.  
*Hospital de Mérida.*

**Introducción y objetivos.** Dentro de las osteotomías diafisarias del primer metatarsiano para la corrección del hallux valgus, se encuentra la osteotomía en scarf, que se trata de una osteotomía diafisaria que cruza en diagonal el eje del primer metatarsiano y que permite modificar el varo y la longitud del mismo. El objetivo de este estudio ha sido conocer los resultados tras la realización de osteotomía en scarf para la corrección del hallux valgus.

**Material y método.** En nuestro hospital hemos realizado un estudio retrospectivo de 25 osteotomías en scarf realizadas desde marzo de 2006 a junio de 2008 con un seguimiento medio de 11 meses. El resultado clínico se ha valorado según la escala funcional de la AOFAS y el resultado radiológico, mediante la medición de los ángulos intermetatarsiano (IMA), de hallux valgus (HVA) y articular distal metatarsal (DMAA), de forma pre y postoperatoria.

**Resultados.** En el estudio, 19 pacientes fueron mujeres y 6 hombres, siendo la edad media de 44.8 años. La estancia media de ingreso fue de 1.2 días. Según la escala AOFAS, se obtuvo una puntuación global preoperatoria de 34.44 y postoperatoria de 92.4. En cuanto a los resultados radiológicos postoperatorios, obtuvimos un IMA medio de 8.84° y un HVA medio de 18.2°. El DMAA fue menor de 10° excepto en 1 paciente.

**Comentarios y conclusiones.** La osteotomía en scarf es técnicamente difícil. Sin embargo, los trazos de la osteotomía la hacen muy estable, y asociados a una superficie de contacto muy amplia, facilitan una consolidación rápida.

## CC 424

### FRACTURA SAGITAL DE ASTRAGALO

Pescador, D.; Borobio, G.; González, R.; Moreno, A.; López, J. y Martín, J.M.  
*Hospital Universitario de Salamanca.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas de astrágalo presentan poca incidencia, suponiendo el 0,1 -0,5% del total de las fracturas. Son las segundas en frecuencia en el pie. Las fracturas sagitales, coronales y transversales del cuerpo del astrágalo son las más infrecuentes suponiendo el 2%. Pocas son las referencias bibliográficas sobre este tipo de fracturas, siendo los más destacados, los estudios de Sneppen. Presentamos un caso de una fractura sagital de astrágalo de características infrecuentes asociada a una fractura de tobillo.

**Material y método.** Paciente de 68 años con importante osteoporosis presenta traumatismo banal en tobillo. A la exploración, presentaba una deformidad y tumefacción de tobillo. En la radiología simple se apreciaba fractura de maleolo peroneo tipo B producido por un meca-

nismo de pronación abducción junto con fractura sagital de astrágalo tipo C de Sneppen o 72 C2 de la AO.

**Resultados.** Se planteó tratamiento quirúrgico, rebatiéndose el maleolo peroneo fracturado para poder sintetizar el astrágalo mediante un tornillo de compresión de cortical y posteriormente se redujo y sintetizó mediante una placa, el maleolo. Presentado una reducción satisfactoria.

**Comentarios y conclusiones.** Las fracturas de astrágalo son infrecuentes y presentan complicaciones como la osteonecrosis y pseudoartrosis debiendo por esta razón detectarlas cuando se presentan como lesiones asociadas, para poder realizar un tratamiento adecuado.

## CC 425

### DOLOR EN PIE IZQUIERDO DE MESES DE EVOLUCIÓN SIN APARENTE TRAUMATISMO PREVIO

Valera Costa, E.C.; Sentis Escamilla, V.; Alsina Pujol, M.; Chiquillo Llauro, A.; Calbet Moncusi, G. y Ruiz Guillen, A.  
*Hospital Universitario Sant Joan De Reus.*

**Introducción y objetivos.** El pie es una extremidad difícil de estudiar y diagnosticar. Su extraordinaria funcionalidad que proporciona una plataforma estable para el cambio del peso así como su adaptación específica a diferentes terrenos con superficies irregulares, hace que se fueren sus partes constituyentes.

**Material y método.** Varón 58 años, que acude a consulta de Cirugía Ortopédica y Traumatología por dolor en pie izquierdo de cinco meses de evolución. En febrero de 2003, sufrió caída casual con el resultado de fractura a nivel del 1-2-3-4 MTT del pie derecho que se trató quirúrgicamente. Cuatro años después consulta por dolor nivel del pie izq con la deambulación de 5 meses de evolución sin aparente traumatismo previo según refiere el paciente. Exploración física destaca la presencia de deformidad y tumefacción localizada en cara interna. El arco plantar ha desaparecido convirtiéndose en un pie en balancín. Se realizó un estudio Radiográfico simple.

**Resultados.** En la radiografía se podía observar la presencia de una luxación de Lisfranc asociado a la luxación de la primera cuña. Con el diagnóstico de Luxación espatular inveterada del tarso más luxación de la primera cuña del pie izq se decidió programar al paciente para intervención quirúrgica.

**Comentarios y conclusiones.** La alteración en la posición de cualquiera de los tres cuneiformes es una lesión rara. Es posible la luxación aislada de los cuneiformes pero esta asociada con más frecuencia con las lesiones tarsometatarsianas. Lo más importante para una adecuada función del pie es la estabilidad relativa de los cuneiformes.

## CC 426

### ENUCLEACIÓN DE ASTRÁGALO

Campos Alonso, O.; Rodríguez Palomo, J.M.; Merino Pérez, J. y Elorriaga Elorduy, G.M.  
*Hospital De Cruces.*

**Introducción y objetivos.** A propósito de un caso de enucleación traumática de astrágalo.

**Material y método.** Varón de 20 años que acude al Servicio de Urgencias tras sufrir un accidente de moto. Al retirar férula de inmovilización se observa una enucleación completa de astrágalo con herida inciso-contusa de aproximadamente 8 cm en región inframaleolar externa con pulso pedio y tibial posterior conservados. Presenta así mismo buena coloración y relleno capilar de la extremidad afectada.

**Resultados.** Se procede en la sala de urgencias a inmovilizar la extremidad afectada en condiciones asépticas. Se inicia profilaxis antitetánica y antibiótica procediendo inmediatamente al traslado del paciente a quirófano. Se realiza lavado, desbridamiento e irrigación profusa de la herida y del hueso expuesto. Seguidamente se procede a la reducción del astrágalo y estabilización con 2 agujas de Kirschner astrágalo-escafoideas. Se coloca un fijador externo y se cierra la herida del pie. De igual modo, en el mismo acto, se realiza limpieza y desbridamiento de las heridas.

**Comentarios y conclusiones.** Secuelas de esta lesión son, la artrosis, la osteomielitis y la necrosis avascular. Se ha publicado que se prefiere la artrodesis a la astragalectomía aislada ya que con más frecuencia la extirpación astragalina simple origina un retropie doloroso. Numerosas publicaciones animan a la reducción y conservación del astrágalo. El examen de las radiografías a las 6-8 semanas revelarán la presencia o ausencia

del signo de Hawkins. Si no hay evidencia de resorción subcondral debe sospecharse osteonecrosis y colocar ortesis de descarga para proteger al astrágalo del colapso. Si aparecen síntomas tardíos realizar artrodesis.

## CC 427

### Resultados.DE LA OSTEOTOMÍA PERCUTÁNEA DE BÖSCH PARA LA CORRECCIÓN DEL HALLUX VALGUS LEVE-MODERADO

Merino Pérez, J.; Vicinay Olabarria, J.I.; Ibor Ureña, I.; Rodríguez Palomo, J.M.; Fernández Rioja, L.M. y Larrea Ruiz, A.  
*Hospital de Cruces.*

**Introducción y objetivos.** La osteotomía distal del primer metatarsiano está indicada en el tratamiento del hallux valgus leve-moderado doloroso. El propósito de este estudio era evaluar los resultados de una osteotomía subcapital distal del primer metatarsiano con el uso de una técnica percutánea.

**Material y método.** Desde el 1993 hasta el 2006, se han realizado 70 osteotomías percutáneas distales del primer metatarsiano por un mismo cirujano, como tratamiento del hallux valgus doloroso en 50 pacientes. El seguimiento clínico y radiológico fue de 7.5 años de media (rango de 2.9 a 14.6 años). Se ha utilizado la escala AOFAS para la evaluación clínica postoperatoria.

**Resultados.** Los pacientes, todas mujeres, estaban satisfechas con el procedimiento. El resultado medio en la escala AOFAS fue cercano a los 90 puntos. La evaluación radiológica postoperatoria mostró cambios comparados con los valores preoperatorios, en la media del ángulo metatarsofalángico, el ángulo intermetatarsiano, y la posición de los sesamoides. La deformidad en valgo recidivó en 4 pacientes. La articulación metatarsofalángica era rígida, aunque indolora en 13 pacientes. Hubo 2 casos de infección profunda tratada con antibioticoterapia satisfactoriamente y 3 casos de intolerancia a aguja.

**Comentarios y conclusiones.** La técnica percutánea ha demostrado ser reproducible para la correcta ejecución de una osteotomía lineal distal del primer metatarsiano para la corrección del hallux valgus doloroso. Los resultados pueden ser comparables al de otras técnicas tradicionales abiertas, con la ventaja de ser un procedimiento minimamente invasivo, con tiempos operatorios sustancialmente más cortos, y un riesgo reducido de complicaciones relacionado con la exposición quirúrgica.

## CC 428

### TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE LAS FRACTURAS DE CALCÁNEO

Ibor Ureña, I.; Merino Pérez, J.; Díez López, L.; González Pacheco, R.; Larrea Ruiz, A. y Mayayo Albero, G.  
*Hospital De Cruces.*

**Introducción y objetivos.** El tratamiento más difundido para el tratamiento de las fracturas desplazadas de calcáneo es la reducción abierta y fijación con placas. Sin embargo, en nuestro centro el tratamiento más habitual es la reducción cerrada y osteosíntesis percutánea con agujas.

**Material y método.** Se revisan 57 fracturas de calcáneo intervenidas entre los años 2002 y 2007 en nuestro centro mediante agujas K percutáneas. Se analizan los resultados terapéuticos y se comparan con series bibliográficas de fracturas intervenidas mediante placas y tornillos.

**Resultados.** Los problemas locales de cicatrización y las tasas de infección fueron menores que las publicadas para la cirugía abierta. No hubo ningún caso de síndrome compartimental. La tasa de artrodesis de la subastragalina fue similar en ambas series.

**Comentarios y conclusiones.** Consideramos que el tratamiento con agujas percutáneas de las fracturas de calcáneo es una alternativa válida para aquellos centros en los que estas fracturas sean poco frecuentes.

## CC 429

### FRACTURA DE PILÓN TIBIAL, COMPLICACIONES A PROPÓSITO DE UN CASO

Colomina, J.; Aguilera, X.; Carrera, I.; Jordan, M. y González, J.C.  
*Servicio de COT del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas de pión tibial representan un 1% de todas las fracturas de la extremidad inferior y se asocian a elevadas tasas de complicación.

**Material y método.** Varón de 36 años que después de caída casual de altura es diagnosticado de fractura de pión tibial. El tratamiento inicial es conservador. A los cuatro meses se considera consolidada con iconografía de artrosis tibio-astragalina y clínica de parestias y debilidad a la flexión plantar del primer dedo por degeneración axonal del nervio tibial posterior. Se decide intervenir quirúrgicamente para liberar el canal tarsiano. A los 4 años aumenta la clínica por lo que se interviene con artroplastia total de tobillo. Al año presenta luxación del polietileno que es recambiado. A los 4 años se observa aflojamiento protésico y desaparición total del astrágalo. Se decide artrodesis tibio-astragalina, pero debido a los hallazgos de metalosis y severa destrucción de los tejidos realizándose artrodesis. A los 6 meses presenta fístula cutánea. Los cultivos resultan positivos por E. Cloacae y MRSA, además se realizan pruebas de imagen y se diagnostica de osteomielitis por lo que se practica desbridamiento y se coloca espaciador de cemento, a los dos meses presenta buena evolución por lo que se practica artrodesis definitiva con clavo retrógrado.

**Resultados.** El paciente refiere desaparición del dolor y ha podido volver a su actividad habitual.

**Comentarios y conclusiones.** Las fracturas de pión tibial son frecuentes en nuestro medio sobretodo causadas por precipitación. Debemos tener en cuenta las posibles complicaciones ya que un número importante de casos pueden acabar en artrodesis. Debemos realizar un adecuado seguimiento para poder prevenir y tratar dichas complicaciones.

## CC 430

### FRACTURA LUXACIÓN MEDIOTARSAL OCULTA. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

De Lamo, J.; Quijada, J.L. y Elías, V.  
*Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.*

**Introducción y objetivos.** La coexistencia de fracturas en la vertiente medial y lateral del tarso a menudo es signo de inestabilidad. Estas lesiones semejan un esguince de tobillo y pueden pasar desapercibidas dando lugar a importantes secuelas. El objetivo de este trabajo es revisar el diagnóstico y tratamiento de estas lesiones a propósito de un caso.

**Material y método.** Mujer de 59 años que presenta un traumatismo indirecto de baja energía por hiperabducción en el pie derecho. El diagnóstico inicial fue de esguince de tobillo. Repetidos los estudios radiológicos, se aprecia avulsión del tubérculo del escafoide. El TAC muestra fractura intraarticular del proceso anterior del calcáneo y subluxación mediotarsiana. Se intervino con reducción y osteosíntesis medial y lateral. Se ha realizado una revisión bibliográfica de los artículos publicados en las bases de datos MEDLINE, OVID, PROQUEST y Cochrane con las palabras clave "foot injuries" y "tarsal joints injuries" en inglés y castellano.

**Resultados.** Actualmente, la paciente está libre de dolor y no se aprecia desarrollo de deformidades secundarias. En la literatura, no hay unanimidad respecto al tratamiento. Unos autores eligen el manejo conservador, mientras otros propugnan la cirugía para evitar el desarrollo de un pie plano doloroso.

**Comentarios y conclusiones.** La lesión debe sospecharse en pacientes con un mecanismo de abducción brusca del antepié. El manejo es controvertido, la presencia de lesiones que condicionen la disfunción del tibial posterior y/o la pérdida de longitud de la columna lateral podrían aconsejar un tratamiento quirúrgico.

## CC 431

### RESCATE DE UNA ARTRODESIS TIBIOASTRAGALINA MEDIANTE APLICACIÓN DE "CÉLULAS MADRE"

Velázquez Frago, J.J.; Sales Ortega, J.; Soler Romagosa, F.; De la Torre Rojo, J.; Orozco, L. y Soler Rich, R.

*EGARSAT MATEPSS 276, Institut de Teràpia Regenerativa Tissular (ITRT) C.M. TEKNON.*

**Introducción y objetivos.** Las Células Reparadoras de Tejidos (CRT) son un producto celular obtenido tras un proceso de selección y cultivo de células progenitoras de médula ósea del mismo paciente. La Agencia Española de Medicamentos (AEM) permite realizar aplicaciones de estas células madre únicamente en el marco de ensayos clínicos o como uso compasivo en lesiones refractarias a los tratamientos estándar. Presentamos un fracaso de artrodesis tibioastragalina intervenida en dos ocasiones en un paciente joven tratado mediante la aplicación de CRT.

**Material y método.** Paciente de 44 años. Fractura de pilón tibial que evolucionó hacia una severa artropatía tibiaoasragalina postraumática. Se realizó una artrodesis de tobillo artroscópica con 2 tornillos a compresión que evolucionó a pseudoartrosis. Se reintervino realizando aporte de injerto óseo autólogo y revisando la osteosíntesis, pero evolucionó hacia una nueva pseudoartrosis. Como rescate a este nuevo fracaso nos planteamos realizar un aporte biológico extra, ya que la síntesis era estable y las superficies articulares congruentes. Conjuntamente con ITRT y tras la aprobación por parte de la AEM para realizar un tratamiento de uso compasivo, se procedió a la aplicación de Células Progenitoras de Médula Ósea Autóloga expandidas manteniendo la misma osteosíntesis.

**Resultados.** Se consiguió la consolidación de la artrodesis tibiaoasragalina tanto clínica como radiológicamente.

**Comentarios y conclusiones.** El tratamiento con células madre para la regeneración ósea es un tratamiento aún en fase de desarrollo, pero que en el futuro será una opción terapéutica para casos en los que fracasen los tratamientos convencionales.

## CC 432

### CIRUGÍA MIS EN LA PARÁLISIS

Chacon Cartaya, S.; Mellado Castellero, J.M.; Moreno Domínguez, R.; López Pliego, M.; Liñan Padilla, A. y Fernández Torres, J.J.  
*Hospital Virgen Del Rocío, Sevilla.*

**Introducción y objetivos.** La afectación paralítica de los miembros inferiores tiene consecuencias sobre el equilibrio muscular y el crecimiento osteoarticular, llegando a comprometer, algunas veces, las posibilidades de bipedestación y deambulación.

El examen neuroortopédico permite evaluar los trastornos segmentarios, que deben ser integrados en el análisis global de los miembros inferiores y del paciente a examinar. Tres medios terapéuticos, la rehabilitación, las ortesis y la cirugía se combinan de forma complementaria para corregir deformidades y mejorar la función. Presentamos nuestra experiencia quirúrgica, mediante técnicas percutáneas, en el tratamiento de miembros inferiores paralíticos.

**Material y método.** Se han analizado 18 pacientes, siendo la causa más frecuente de la parálisis el ictus isquémico. El objetivo más frecuente de la intervención fue mejorar la marcha, realizándose tenotomía MIS en el 100%, se procedió a una valoración estadística de los resultados.

**Resultados.** Tras la cirugía se consigue mejorar la dependencia de la marcha. Resaltando que esto no es sólo beneficioso para el paciente en sí, sino también para disminuir y facilitar la carga asistencial de sus cuidadores.

**Comentarios y conclusiones.** La cirugía de la parálisis es funcional y no morfológica, no debe corregir una deformación por la deformación misma, sino por las perturbaciones funcionales que origina. Además, el uso de la cirugía mínimamente invasiva ocasiona un trauma mínimo en los tejidos, disminuye los problemas de la cirugía abierta, minimiza las posibles complicaciones, mejorando y acortando los procesos de recuperación postquirúrgica.

## CC 433

### PIE PLANO ASTRÁGALO VERTICAL BILATERAL EN ADULTO

Muñoz Sánchez, G.; Hernan Prado, M.A. y Llopis Miro, R.  
*Hospital Santa Cristina. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** El déficit de cobertura sanitaria que existió nuestro país durante los años de la postguerra, ha traído consigo el diagnóstico en edad adulta de patologías que en la actualidad, al ser tratadas en la infancia, no presentan la misma evolución. El pie plano doloroso del adulto es una patología cierta incidencia en las consultas actuales, pero los cuadros causados por un astrágalo vertical no tratados hasta la edad adulta son muy raros, más aún si es bilateral.

**Material y método.** Presentamos en caso de una paciente adulta que refiere dolor en ambos pies de dos años de evolución. A la exploración presenta pie plano rígido con protusión ósea a nivel del escafoides y rigidez articular en medio pie. Tras estudio radiológico se evidencia pie plano con astrágalo vertical bilateral, con artrosis importante a nivel astrágalo escafoideo, y luxación dorsal relativa del mediopie. Tras estudio preoperatorio se decide artrodesis astrágalo escafoidea sintetizada con grapas, inicialmente en pie más doloroso.

**Resultados.** Tras postoperatorio sin incidencias, presenta buena evolución clínica, con mejoría del apoyo y del dolor. La clínica del pie derecho se estabiliza con uso de plantillas.

**Comentarios y conclusiones.** La presencia de patología típicamente infantil en edad adulta, presenta problemas a la hora del diagnóstico y tratamiento de dichos problemas en edad adulta, donde el componente artroscópico prioriza sobre la deformidad, lo que, sumado a la baja incidencia de casos y bibliografía sobre las distintas posibilidades, hace de las artrodesis no correctoras, la mejor opción de tratamiento.

## CC 434

### CASO CLÍNICO: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UNA INESTABILIDAD LATERAL CRÓNICA DE TOBILLO.

#### SEGUIMIENTO Y RESULTADOS

Torres Pérez, A.I.\*; Tricoire, J.L.\*\*; Laffosse, J.M.\*\* y Puget, J.\*\*  
*\*Hospital De Cabueñes-Gijón. \*\*CHU Rangueil-Toulouse-Francia.*

**Introducción y objetivos.** Un traumatismo puede lesionar el aparato capsuloligamentario externo; sino recibe el tratamiento adecuado puede aparecer una inestabilidad del tobillo. Con este caso clínico se pretende poner de manifiesto los buenos resultados de una técnica quirúrgica: la técnica de Elmslie. Los dos haces ligamentosos anterior (PAA) y medio (PC) del ligamento lateral externo forman entre sí un ángulo de 70 a 140 grados.

**Material y método.** Varón, 70 años. HTA, Síndrome prostático. Pie plano cavo-varo. Acude a consulta preocupado por su inestabilidad de tobillo que le impide continuar con sus actividades. Recuerda numerosos traumas de tobillo que no recibieron el tratamiento adecuado, practica senderismo con frecuencia desde los 25 años. Inestabilidad tipo 3, según la clasificación de Anderson y Le Coq. Bostezo de grados en las radiografías con stress lateral. Se comprobó una ausencia del PAA, PC y ligamento astragalocalcáneo externo. Un hemitendón se fijó en el al periostio del cuello astragalino y el otro en el punto de inserción del PC con arpones.

**Resultados.** Durante el postoperatorio el paciente tuvo que ser sondado (globo vesical). Score de Pace: 2 puntos. Al mes se retiró la bota de yeso. Se autorizó la bipedestación (no marcha) con 2 muletas. Progresivamente se fue aumentando la carga e iniciando la marcha. A los 4 meses el tobillo del paciente presentaba un bostezo de 5 grados.

**Comentarios y conclusiones.** La técnica quirúrgica de Elmslie consigue un tobillo estable, con buena movilidad tibio y subastragalina. El dato más importante es el ángulo que deben formar las ramas anteriores y media del injerto (100-105 grados).

## CC 435

### ROTURA DE TENDÓN DE AQUILES CON GRAN DEFECTO TISULAR

Del Olmo Hernández, T.; Pérez, S.; López, S.; De Lucas, P.; Jiménez García, D. y Herrera, P.  
*Hospital Ramón y Cajal. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Las roturas del tendón de Aquiles son frecuentes, especialmente en el ámbito laboral y deportivo. En el paciente joven, activo, que ha sufrido una rotura completa, la opción más recomendable es la reparación quirúrgica. En ocasiones la rotura pasa desapercibida, o fracasa la sutura primaria; es entonces, cuando pueden quedar defectos tisulares de diferente longitud.

**Material y método.** Presentamos el caso de un varón de 30 años, que sufrió una rotura completa del tendón de Aquiles con un defecto de 5 cm de longitud por fracaso de sutura primaria previa de la que fue intervenido 3 meses antes.

**Resultados.** Durante la intervención se mide un defecto de aproximadamente 5 cm, se realiza un colgajo de avance tipo V-Y, descrita por Abraham y Pankovich, en la inserción de los gemelos, que fue suficiente para cubrir el defecto de tendón manteniendo la tensión del mismo. En el postoperatorio inmediato, se inmovilizó con una férula inguinopédica con pie en equino, posteriormente con yeso cerrado corrigiendo el equino progresivamente hasta 90°. Inicia la deambulación con apoyo inicialmente parcial a las 9 semanas, apoyo progresivo posteriormente.

**Comentarios y conclusiones.** Muchos artículos proponen técnicas combinadas de mini-open con sutura percutánea, con mejores resultados que las técnicas abiertas clásicas, o las percutáneas aisladas, pero no son aplicables en rupturas con defectos de continuidad tan marcados.

Para estos casos hay descritas técnicas con materiales sintéticos, u otro tipo de refuerzos con plastias antológicas. En el caso que presentamos, se utilizó el propio tendón, sin otras plastias, ni refuerzos con buenos resultados funcionales.

## CC 436

### LUXACIÓN SUBASTRAGALINA

Muñoz Marín, J.; Bejarano Lasunción, C.; Rebollo González, S.; Iglesias Aparicio, D.A.; Roche Albero, A. y Herrera Rodríguez, A. *Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción y objetivos.** La luxación subastragalina/periastagalina es la luxación simultánea de las articulaciones astragalocalcánea y astragaloescafoidea. Puede ocurrir en cualquier dirección, siendo más común la luxación medial (80%). Representa aproximadamente el 1% de todas las luxaciones, aunque su incidencia parece ir en aumento en los últimos años. Por ello, y ante la relevancia de un diagnóstico y tratamiento precoces, presentamos un caso de luxación subastragalina medial.

**Material y método.** Varón de 16 años que sufre luxación subastragalina medial practicando par-court, por mecanismo de inversión forzada tras caída desde altura. Reducción en urgencias de forma cerrada tras infiltración con anestésico local.

**Resultados.** En controles radiológicos post-reducción, con radiografía simple y TAC, se descarta fractura asociada. Tratado mediante inmovilización con férula supropélica durante 5 semanas, se encuentra actualmente asintomático (10 meses de evolución).

**Comentarios y conclusiones.** Debe intentarse reducción precoz, con inmovilización posteriormente durante 4-6 semanas. En el 10-15% no puede lograrse reducción cerrada y es preciso realizarla de forma abierta. La luxación subastragalina simple, no complicada, reducida precozmente, tiene muy buen pronóstico. Se asocia hasta en un 45% a fracturas osteocondrales, a veces difíciles de identificar en las radiografías rutinarias, por lo que debe realizarse una TAC del pie y del tobillo después de la reducción e inmovilización. En los casos de luxación abierta (10%-40%; asociados sobre todo con el patrón de luxación lateral), el resultado a largo plazo es muy malo, con importante dolor y dificultad al andar. La luxación subastragalina es una patología poco frecuente, pero que todo médico de urgencias debe conocer, ya que requiere una reducción y tratamiento precoces.

## CC 437

### LUXACIÓN SUBASTRAGALINA MEDIAL

Romero Pérez, B.; Sánchez, J.; Navarro Navarro, R.; Martín, F.; Santana, R. y Barroso, S. *Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Gran Canaria.*

**Introducción y objetivos.** La luxación subastragalina es una lesión rara, correspondiendo a un 1-2% de todas las luxaciones del esqueleto, y un 15% de todas las lesiones del astrágalo. Se trata de una doble luxación que abarca la articulación astragalocalcánea y astragaloescafoidea. Esta luxación puede ocurrir en cualquier dirección, siendo la más frecuente la medial (79%). Normalmente acontece en hombres jóvenes deportistas.

**Material y método.** Presentamos el caso de una mujer de 49 años que tras caída por escaleras presenta una luxación subastragalina medial del pie derecho. Tras realizar el diagnóstico se procede a la reducción cerrada en quirófano bajo anestesia raquídea y, posterior inmovilización con férula genu-pélica posterior que se mantiene 3-4 semanas.

**Resultados.** A los 6 meses de la lesión la paciente presenta un rango de movilidad completo del tobillo derecho con leve limitación del movimiento de la articulación subastragalina y moderado dolor al caminar por terreno irregular.

**Comentarios y conclusiones.** La luxación subastragalina es una entidad rara en la que el pie puede tomar cualquier dirección (medial, lateral, posterior y anterior), siendo la más común la anterior. Suele acontecer en varones jóvenes deportistas. Su etiología más frecuente suele ser caídas de altura, accidentes de tráfico, laborales o deportivos. La clave del tratamiento es una reducción cerrada temprana bajo anestesia (general o raquídea, seguida de inmovilización con férula posterior genu-pélica 3-4 semanas. Si esto es posible la única complicación suele ser la limitación de la movilidad subastragalina, con dificultad para caminar en terreno irregular y dolor en pie con cambios de tiempo.

## CC 438

### SCHWANNOMA DE PIE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Escribano Rey, R.J.; Romero Muñoz, L.M. y Amillo Garayoa, S. *Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.*

**Introducción y objetivos.** El neurinoma o schwannoma es un tumor de nervio periférico. El comportamiento biológico es benigno, siendo la manifestación clínica la presencia de una masa palpable, dolor localizado y parestesia. El tratamiento es la resección completa y en la mayoría de los casos es posible mantener la función del nervio

**Material y método.** Varón de 57 años que refiere desde hace 7 años, dolor en cara externa del pie izquierdo que se exacerba por la noche, con los cambios de tiempo, el conducir varias horas y al tomar un poco más de sidra o vino. El dolor es de tipo punzante, continuo. Cuando aparece suele durar 5-7 días, remitiendo con la toma de AINES. No refiere tumefacción asociada. No clínica similar a otros niveles. No dolor axial. Hace 7 años estaba peor y ahora le ocurre en menos ocasiones. El paciente refiere analógica del dolor a 7. Sin antecedentes personales de interés. Los hallazgos en la exploración física del pie izquierdo era de palpación dolorosa en porción profunda de base del 5º metatarsiano, sin masa palpable y con una movilidad completa a la flexo-extensión. Las radiografías no mostraron alteraciones significativas. En resonancia magnética de pie se objetiva imagen de aspecto ovoide, de un tamaño aproximado de 3 cm, situado en región plantar externa subyacente a la porción articular calcáneo-cuboidea. Se plantea tratamiento quirúrgico mediante resección de tumor base de 5º metatarsiano-cuboideo izquierdo. Se envía pieza a anatomía patológica siendo el diagnóstico de neurinoma. El evolutivo postquirúrgico es favorable, el paciente es dado de alta sin dolor. Actualmente, tras año y medio de la cirugía, el paciente refiere encontrarse asintomático.

**Comentarios y conclusiones.** Schwannomas son tumores benignos que aparecen en cualquier parte del organismo donde existan células de Schwann, siendo infrecuente en el pie. Generalmente afectan a nervios sensitivos y el tratamiento quirúrgico obtiene buenos resultados a largo plazo.

## CC 439

### COMPLICACIONES Y SECUELAS EN LA CIRUGÍA DEL ANTEPIÉ

García Renedo, R.J.; Prieto Montaña, J.R.; Sumillera García, M.; Busta Vallina, B.; Plaza García, S. y Calvo de la Fuente, I. *Hospital Universitario Marques De Valdecilla. Santander.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas de estrés engloban un amplio grupo de fracturas que incluyen las fracturas por sobrecarga y por insuficiencia ósea. El diagnóstico de este proceso requiere una alta sospecha clínica debido a la baja sensibilidad de la radiología convencional al inicio de la sintomatología. Las lesiones causadas por alteración de la biomecánica es la causa más frecuente de complicaciones y la que conlleva mayor número de secuelas.

**Material y método.** El acortamiento de uno o más metatarsianos pueden ser la causa de una metatarsalgia y de la deformidad dolorosa en los dedos del pie. Se presenta las complicaciones de un paciente tras realizar cirugía de antepié, con metatarsalgia de transferencia asociadas a fracturas de estrés, como secuela del tratamiento quirúrgico.

**Resultados.** En nuestro caso el primer metatarsiano estaba acortado tras realizar osteotomía correctora, manteniendo la superficie articular y modificando su orientación espacial, presentando una fórmula metatarsal "index minus" por lo que la carga se transfiere a los metatarsianos centrales y se produce una metatarsalgia propulsiva del tercer rocker.

**Comentarios y conclusiones.** El trabajo pretende enfatizar sobre las complicaciones y secuelas que pueden aparecer tras la cirugía del antepié y reducir el número de pacientes insatisfechos.

## CC 440

### DOLOR POSTRAUMÁTICO CRÓNICO EN TOBILLO

García Renedo, R.J.; Rupérez Vallejo, M.; García González, S.; Sumillera García, M. y Pérez Carro, L. *Unidad de Ortopedia del Adulto. Hospital Universitario Marques de Valdecilla. Santander.*

**Introducción y objetivos.** El síndrome del impingement de partes blandas fue descrito por Wolin (1991) donde describía una lesión de aspecto meniscoide en el receso peroneo-astragalino.

**Material y método.** Se presenta el caso de una paciente de 36 años, con fractura no desplazada de maleolo peroneo izquierdo, que evoluciona con síndrome de impingement posterior de tobillo, describiendo la técnica artroscópica empleada y discutiéndose las indicaciones para las distintas vías de abordaje.

**Comentarios y conclusiones.** Son muchas las causas que provocan dolor en la cara posterior del tobillo siendo el diagnóstico y tratamiento complicado por las propias características anatómicas del tobillo. La historia clínica y la exploración junto a las pruebas de imagen nos llevará a un diagnóstico preciso.

## CC 441

### CORRECCIÓN QUIRÚRGICA MEDIANTE OSTEOTOMÍA DISTAL OBLÍCUA DEL PRIMER METATARSIANO EN EL HALLUX VALGUS

García Renedo, R.J.; Casas Duhrkop, D.; Ortiz Segura, J.A.; Plaza García, S. y Busta Vallina, B.  
*Hospital Marques de Valdecilla. Santander.*

**Introducción y objetivos.** El Hallux Valgus (HV) es la deformidad más frecuente del pie. En la mayoría de las ocasiones el HV conlleva una patología asociada del resto de los dedos por lo que siempre hay que valorarlo en conjunto y nunca de forma aislada. Su corrección ha planteado y aun plantea diferentes posibilidades quirúrgicas siempre orientadas a actuaciones sobre la estructura ósea dirigidas a la corrección del varo del primer metatarsiano y el valgo del primer dedo.

**Material y método.** Presentamos un estudio realizado sobre 132 pacientes a los que se le ha realizado una Osteotomía oblicua distal del primer metatarsiano, de forma aislada o asociada a una Osteotomía de Akin y/o Osteotomía de Weill dirigida a corregir los diferentes ángulos que se encuentran alterados en esta patología. Se ha llevado a cabo un estudio pormenorizado de la Historia Clínica; un comparativo de la medición de los ángulos (DMAA e Intermetatarsiano) en el estudio radiológico pre y postoperatorio y una encuesta de valoración de resultados en base a la escala AOFAS.

**Resultados.** Los pacientes referían estar extremadamente satisfechos y se volverían a operar en un 63%, muy satisfechos pero no se volverían a operar un 19%, insatisfecho pero se volverían a operar un 8% e insatisfechos y no se volverían a operar un 8%.

**Comentarios y conclusiones.** La longitud del primer metatarsiano y la fórmula metatarsiana y digital nos ayudará a indicar el tipo de osteotomía a realizar, con las posibles repercusiones biomecánicas. El objetivo final será conseguir una fórmula metatarsiana index plus minus y la cabeza de M1 centrada sobre los sesamoideos.

## CC 442

### FRACTURA AISLADA DE MALEOLO POSTERIOR

Llorente Pascual, R.M.; Gutiérrez Sánchez, L.; García Pesquera, J.M.; López Moya, M.; Aboli Martínez, L. y Contreras Citores, Y.  
*\*Complejo Asistencial de Burgos. Burgos.*

**Introducción y objetivos.** Henderson (1932) definió maleolo posterior y usó el término de fractura trimaleolar. Los sistemas de clasificación habituales no tienen en cuenta algunos patrones de fracturas de tobillo.

**Material y método.** Se presenta el caso de una mujer de 30 años, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias tras sufrir una caída casual en hiperflexión plantar del pie. A la exploración presenta gran impotencia funcional, tumefacción con hematoma en la cara posterointerna del tobillo, sin dolor a la palpación en los maleolos laterales ni en los ligamentos laterales y exploración neurovascular distal normal.

**Resultados.** El estudio radiológico revela una fractura de maleolo posterior en un solo fragmento menor del 25% sin desplazamiento y sin otras lesiones óseas.

Se realiza tratamiento ortopédico colocándose botín de yeso y descarga 4 semanas, momento en que se autoriza la carga parcial con ortesis tipo Walker. A los 2 meses no hay evidencia radiológica de la fractura, la paciente se ha incorporado a su trabajo, sin restricciones, con movilidad completa de la articulación.

**Comentarios y conclusiones.** Las fracturas aisladas de maleolo posterior son infrecuentes. El tamaño del fragmento en una radiografía lateral de tobillo podría ser irreal, por lo que pueden ser útiles proyecciones oblicuas y una TAC. En las fracturas de maleolo posterior con el resto

de estructuras óseas y ligamentarias intactas, no hay inestabilidad tibiotalar significativa. Los estabilizadores mediales y laterales, más que la carilla articular, son los que proporcionan la mayoría de la estabilidad del tobillo tras una fractura del maleolo posterior.

## CC 443

### RECONSTRUCCIÓN DE CALCÁNEO Y ARTRODESIS SUBASTRAGALINA COMO TRATAMIENTO DE RESCATE EN FRACTURA ABIERTA COMPLEJA DEL RETROPIÉ

Donaire Hoyas, D.; Navarrete Jiménez, J.D.; Alcántara Atienza, J.A. y Eugenio Díaz, J.I.  
*Hospital Virgen de las Nieves, Granada.*

**Introducción y objetivos.** Paciente de 30 años de edad que sufre precipitación de 10 m de altura en Julio de 2007.

**Material y método.** Presenta al ingreso dolor intenso en el tobillo derecho, herida en el talón y dolor en la columna dorsolumbar. En la exploración radiológica se confirman los diagnósticos de fractura conminuta y desplazada abierta grado I de Gustilo en el calcáneo derecho y fracturas vertebrales múltiples. Como tratamiento inicial se realiza cirugía de columna artrodesando las vértebras de D12-L4 y en el calcáneo se realiza la osteosíntesis con una placa de calcáneo e injerto con material osteoconductor. Durante las revisiones en consultas externas se aprecia una pseudoartrosis de calcáneo dolorosa, con pérdida de altura del mismo, por lo que se plantea intervención quirúrgica secundaria. En Noviembre de 2008 se realiza la cirugía de rescate, retirando el material de osteosíntesis, el injerto que no se había osteointegrado y aportando injerto autólogo tricortical de pala iliaca, consiguiendo de ese modo recuperar la altura del calcáneo. Posteriormente se procede a la artrodesis subastragalina con dos tornillos de maxifragmentos.

**Resultados.** En la actualidad presenta dolor moderado en el talón – tobillo, una neuropatía del nervio sural y una subluxación anterior de los tendones peroneos en proceso de estudio.

**Comentarios y conclusiones.** En nuestro caso, a pesar de realizar una buena reconstrucción de la altura y forma de calcáneo, el paciente presenta complicaciones tendinosas, dolor moderado y una neuropatía sensitiva consecuencia de la fractura compleja del calcáneo.

## CC 444

### CORRECCIÓN DEL PIE PLANO INTERVENIDO EN LA INFANCIA, CON OSTEOTOMÍAS

Sierra Oliva, J.; Núñez Pereira, S.; Busquets Net, R.; Maled García, I.; Gil Rodríguez, E. y Nardo Vilardaga, J.  
*Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** La deformidad del pie plano en el adulto puede ser de causa congénita o adquirida. Se caracteriza por aplanamiento del arco longitudinal, retropié en valgo, antepié varo y abducto y a menudo contractura del Aquiles. Para decidir el tratamiento se valoran los grados de desalineación y la flexibilidad o rigidez. La corrección del valgo del retropié no corrige el varo del antepié. Si el antepié es rígido y no puede compensar, se requieren actuaciones sobre la columna medial: osteotomía de Cotton (primera cuña) o artrodesis. Las contraindicaciones de Cotton incluyen la inestabilidad cuneometatarsiana o la artritis y las ventajas son la preservación de la movilidad cuneometatarsiana y la buena unión.

**Material y método.** Mujer de 41 años con pie plano bilateral, de predominio derecho, como secuela de una cirugía correctora en la infancia. Presenta un retropié valgo y un antepié varo doloroso. La movilidad del tobillo -10/45°. El estudio radiológico y por TC muestran una artrodesis calcáneo-talo-navicular sin reducción del valgo. Se realiza una osteotomía de medialización del calcáneo, alargamiento de Aquiles y una osteotomía de Cotton con aloinjerto de cresta ilíaca trapezoidal de 5-6mm.

**Resultados.** Clínicamente se aprecia una corrección de las deformidades y el TC de las 6 semanas muestra una consolidación parcial de las osteotomías. Al año deambula sin dolor.

**Comentarios y conclusiones.** Todo y tratarse de un pie plano rígido ya artrodesado, se optó por realizar osteotomías para realinear el retropié y el antepié reservando la artrodesis si fracasaba el procedimiento.

## CC 445

### HAWKINS II

Zuil, P.; Escobar, D.; LLaquet, A.; Vergara, A.; Peralta, J.V. y Muñoz Sánchez, G.  
*Hospital Severo Ochoa.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas del astrágalo representan el 6% de todas las fracturas del pie. Hawkins clasificó las fracturas del cuello astragalino en I-IV.

**Material y método.** Varón de 44 años, sin antecedentes personales de interés, que sufre una caída desde un árbol presentando una fractura de astrágalo derecho tipo II de Hawkins.

**Resultados.** El paciente fue intervenido con síntesis de tornillos canulados y se muestra su posterior evolución.

**Comentarios y conclusiones.** Las fracturas del astrágalo pueden tener como consecuencia necrosis del mismo. La clasificación de Hawkins se correlaciona con la probabilidad de sufrir necrosis. El tipo II tiene unas probabilidades entre el 20-50%.

## CC 446

### HALLUX VARUS ADQUIRIDO

Sierra Oliva, J.; Núñez Pereira, S.; Busquets Net, R.; Maled García, I. y Nardo Vilardaga, J.  
*Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** El Hallux varus es una deformidad de baja incidencia. Sobretodo es de causa adquirida: iatrogénica (la más frecuente), traumática, reumática o neuromuscular. Puede tratarse mediante transposiciones tendinosas, artroplastias o artrodesis en función de la edad, la actividad física, la etiología y los grados de deformidad. CASO 1: Paciente de 59 años con antecedentes de artritis reumatoide de 33 años de evolución y hallux varus derecho y metatarsalgia. Presenta degeneración articular metatarsofalángica e interfalángica con rigidez. Se realiza una artrodesi metatarsofalángica con placa y en los dedos trifalángicos exéresis de las cabezas de los metatarsianos y fijación temporal con agujas. CASO 2: Paciente de 65 años con hallux varus derecho, secundaria a cirugía de hallux valgus (Keller-Brandes-Lelievre) 10 años antes. Presentaba una deformidad muy severa, reductible y una movilización articular indolora. Se practicó una artrodesis metatarsofalángica dada la imposibilidad de mantener la reducción con una hemitransposición tendinosa. CASO 3: Paciente de 60 años con hallux varus iatrogénico (secundario a buniectomía hace 5 años) reductible, sin dolor articular. Se realiza una transposición del hemitendón del extensor largo del primer dedo a la primera falange.

**Material y método. Resultados.** Las artrodesis consolidaron a los 2,5 meses. Al año los tres pacientes presentaron una mejora del dolor, de la hiperqueratosis y de la tolerancia al calzado

**Comentarios y conclusiones.** Se aconseja tratar con artrodesis los pacientes con un hallux varus severo, con degeneración articular y/o rigidez metatarsofalángica. Si se mantiene la movilidad de la articulación metatarsofalángica y es indolora, la hemitransposición tendinosa puede ser una buena solución

## CC 447

### TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DE PILÓN TIBIAL MEDIANTE OSTEOSÍNTESIS CON PLACA DE BAJO PERFIL

Trigueros Larrea, J.M.; González Bedia, M.; Aguado Hernández, H.J.; Caballo Trébol, F.; Burón Álvarez, I. y Torres Torres, M.  
*Complejo Hospitalario de Palencia.*

**Introducción y objetivos.** El tratamiento de la fracturas de pilón tibial continua siendo un reto terapéutico, dado el carácter articular de la fractura, la lesión de partes blandas acompañante, la localización subcutánea y mala vascularización de la tibia distal.

**Material y método.** Pacientes intervenidos por fractura de pilón tibial mediante osteosíntesis con placa LCP desde Agosto 2005. 6 casos mediante fijador externo transarticular y osteosíntesis definitiva antes de 3 semanas. Evaluamos tipo de fractura, tiempo de inmovilización, tiempo de descarga, balance articular, reducción posquirúrgica, y valoración clínica.

**Resultados.** 9 pacientes han sido operados de fractura de pilón tibial, edad media de 38.3 años (32-44) seguimiento 25.7 meses (42-9), 2 pa-

cientes con fractura 43C3, 4 pacientes 43C2, 2 fracturas 43C1 y 1 fractura 43B2, tiempo hasta la cirugía 12 días (9-18). El abordaje utilizado fue anteromedial 2; percutáneo maleolar con miniabordaje anterior en 3 casos, percutáneo maleolar 4 La valoración clínica según la escala de Olerud-Molander fue buena, (83p.) y la reducción posquirúrgica según criterio radiológicos fue anatómica, 8 casos y buena 1 caso. Las complicaciones fueron: necrosis de espesor total (1), necrosis de espesor parcial (2). No ha habido infecciones.

**Comentarios y conclusiones.** El tratamiento secuencial, inicialmente con fijación externa hasta mejorar el estado de las partes blandas y osteosíntesis definitiva con placa +/- injerto, junto con la utilización de técnicas de reducción indirecta, implantes anatómicos de bajo perfil y utilización técnicas menos invasivas disminuye el trauma quirúrgico, el porcentaje de complicaciones infecciosas y de pseudoartrosis.

## CC 448

### TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE FRACTURA DE CALCÁNEO

Muñoz Ortus, J.M.; García Pesquera, J.M.; Contreras Citores, Y.; Mora Fernández, M.I.; Gutiérrez Castanedo, G. y Blanco Pozo, A.  
*Hospital General Yagüe.*

**Introducción y objetivos.** El mejor tratamiento de las fracturas de calcáneo sigue siendo un tema de controversia. Actualmente existen múltiples procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de este tipo de fracturas. Con la exposición de este caso pretendemos defender el tratamiento quirúrgico percutáneo frente a la reducción abierta para el tratamiento de fracturas conminutas de calcáneo.

**Material y método.** Paciente varón de 36 años de edad, que sufre caída desde altura, presentando radiológicamente fractura conminuta de ambos calcáneos con inversión en el ángulo de Böhler sin más lesiones asociadas. Se procedió a reducción cerrada de las fracturas con el pie en flexión plantar máxima y control radioscópico, para fijación de forma percutánea bilateral con clavos de Steinmann, una vez restituidos los ángulos de Böhler. Se fijan los clavos en los cuboides.

**Resultados.** Se inmovilizan ambas extremidades inferiores durante 4 semanas. Se retiran ambos clavos a los 2 meses sin anestesia. Se procede al apoyo parcial de los pies a partir del tercer mes, consiguiendo la deambulación total e indolora al 5º mes.

**Comentarios y conclusiones.** Aunque recientemente se ha intentado la reducción abierta de este tipo de lesiones, la presencia de serias complicaciones posquirúrgicas, sobretodo de las partes blandas, han hecho buscar técnicas mínimamente invasivas obteniéndose resultados biomecánicos similares. Se ha demostrado que las técnicas percutáneas proporcionan una reducción similar a la fijación con placas. Consideramos la fijación percutánea con clavos de Steinmann en las fracturas conminutas de calcáneos es una buena técnica con enclavado en el cuboides. La técnica de Essex-Lopresti está indicada sólo en las fracturas en forma de lengua.

## CC 449

### NEURECTOMÍA VERSUS NEUROLISIS Y OSTEOTOMÍA DE LOS METATARSIANOS MENORES PARA EL TRATAMIENTO DEL NEUROMA DE MORTON

Lajara Marco, F.; Salinas Gilabert, J.E.; Fayos De La Asuncion, M.E.; García Gálvez, A.; Aguilar Martínez, M. L. y Lozano Requena, J.A.  
*Hospital Vega Baja. Orihuela, Alicante.*

**Introducción y objetivos.** La literatura más reciente evidencia un origen compresivo del neuroma de Morton. El objetivo del presente estudio es evaluar los resultados de la neurolisis y osteotomía percutánea en los pacientes con metatarsalgia y el resultado de la neurectomía abierta en los casos con clínica de neuroma aislado.

**Material y método.** Se revisan retrospectivamente 40 neuromas interdigitales intervenidos en nuestro servicio entre 2003 y 2008. En 30 casos se realizó neurectomía y en 15 liberación y osteotomía percutánea. La media de edad fue de 45,3 años. El intervalo entre los primeros síntomas y la cirugía fue de 9 meses a 2 años. La localización más frecuente fue el tercer interespacio. Se evaluaron: el grado de satisfacción, la presencia o no de dolor, la capacidad de calzarse, así como la presencia de hipotesia distal ó recidivas.

**Resultados.** Tras un seguimiento medio de 14 meses, el resultado de las neurectomías fue excelente en 26/30 casos, bueno en 2 casos y malo en 2 casos. El de las neurolisis más osteotomías fue de excelente en 12/15

casos, bueno en 2 casos y malo en uno. No se registraron recidivas de la neuralgia.

**Comentarios y conclusiones.** Sin que exista un consenso claro entre la neurectomía y la neurolisis. En nuestra serie obtenemos resultados satisfactorios en más del 80% de los casos, usando como criterio para la neurolisis la asociación o no de metatarsalgia en los pacientes.

## CC 450

### ANÁLISIS DEL IMPACTO ECONÓMICO DE LA IMPLANTACIÓN DE LA CIRUGÍA PERCUTÁNEA VERSUS CIRUGÍA CONVENCIONAL EN LA PATOLOGÍA DEL PIE EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Etxebarria Foronda, I.; Esnal Baza, E.; Herreros Ugarte, I.; García Puertas, C.; Espinazo Arce, O. y Azkárte Pérez De Trespuentes, J. *Hospital Alto Deba.*

**Introducción y objetivos.** A partir del año 2008 comenzamos a realizar de forma continuada cirugía percutánea para resolver la mayor parte de la patología ortopédica del antepié. Analizamos desde un punto de vista económico la repercusión que el desarrollo de la misma tiene en los presupuestos del hospital. Estudiamos la inversión necesaria para su puesta en marcha, así como las ventajas que genera.

**Material y método.** El estudio se ha realizado teniendo en cuenta la actividad quirúrgica relacionada con la patología del pie durante el ejercicio 2007. Se ha obtenido el coste de esa actividad y se ha comparado con el coste que hubiera supuesto haber realizado esa actividad con la técnica percutánea. Además se realiza un análisis del coste final durante el ejercicio 2008.

**Resultados.** Exponemos los datos del ahorro generado tras la implantación de la cirugía percutánea, que claramente es una técnica más barata que la convencional. Exponemos además el tiempo de amortización del gasto que supone su puesta en marcha.

**Comentarios y conclusiones.** La técnica de la cirugía percutánea es más económica que la técnica tradicional, y aún siendo necesaria una inversión importante al principio ésta se recupera en un período de tiempo corto (menos de tres años en el supuesto menos favorable). Así mismo se ha considerado un período de vida de 6 años del aparato de rayos, inversión principal, aunque se espera que su utilización sea superior y además podrá ser empleado en otras intervenciones como reducciones de fracturas e intervenciones de tobillo, muñeca y mano.

## CC 451

### FRACASO DE OSTEOSÍNTESIS, METALOSIS, EN OSTEOTOMÍA DE LUDLOFF, EN LA CORRECCIÓN DE HALLUX VALGUS

Rubio Vivanco, I.; Oteo Maldonado, J.A.; Merino Carretero, P.; Pastor García, S.; Alfaro Molero, R. y Salvador Herrero, C. *Hospital De Fuenlabrada. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Presentamos una paciente de 49 años intervenida quirúrgicamente de hallux valgus pie izq., donde se realizó corrección mediante técnica de Ludloff sintetizada con 3 tornillos de Barouk (De Puy), con controles posquirúrgicos satisfactorios. En los controles posteriores, a los 5 meses, se apreciaron signos de pseudoartrosis con desaparición ósea en foco de osteotomía y riesgo de fractura, ya descrito en literatura. Clínicamente la paciente presentaba dolor y limitación para deambulación.

**Material y método.** La osteotomía de Ludloff es una osteotomía proximal en primer metatarsiano, indicada en hallux valgus moderados-graves. Se inicia corte en diáfisis a nivel dorsal aproximadamente a 2-3 mm de articulación metatarso cuneana 1º radio, con una inclinación de 30º de dorsal a plantar y 10º en eje coronal de medial a lateral.

**Resultados.** Se decidió revisión quirúrgica donde se apreció desaparición ósea en tercio proximal de diáfisis, manteniéndose la cortical interna. En partes blandas y en foco de pseudoartrosis se observaron signos de metalosis. Se procedió a limpieza y preparación de foco de pseudoartrosis para inclusión de injerto de cresta iliaca y síntesis con tornillos y placa AO de 2.4 mm. En la actualidad la paciente realiza vida normal sin molestias, estudio radiológico consolidación de foco de pseudoartrosis.

**Comentarios y conclusiones.** Se presenta una complicación poco frecuente, pero descrita en literatura, que precisa cirugía de revisión con aporte de injerto de cresta iliaca, con resultados satisfactorios.

## CC 452

### TRATAMIENTO DE HALLUX VALGUS GRAVE POR CIRUGÍA PERCUTÁNEA DE ANTEPIE MEDIANTE OSTEOTOMÍA DE LA BASE Y ESTABILIZACIÓN CON TORNILLO BIOABSORBIBLE

Esnal Baza, E.; Etxebarria Foronda, I.; Herreros Ugarte, I.; García Puertas, C.; Espinazo Arce, O. y Azkarate Pérez De Tres Puentes, J. *Hospital Alto Deba.*

**Introducción y objetivos.** La cirugía percutánea del pie, es un método que permite realizar intervenciones menos agresivas con buenos resultados y un proceso de recuperación mejor y más agradable. Valorar los resultados de los pacientes que precisan como gesto asociado, la osteotomía de la base para la corrección de ángulos intermetatarsianos elevados (> 15º) y su fijación mediante un tornillo bioabsorbible con sus propias ventajas.

**Material y método.** Analizamos a 4 pacientes con un período de seguimiento de 1 año a los que se les ha realizado un tratamiento por cirugía percutánea de su hallux valgus con una osteotomía de cierre de la base del 1º metatarsiano y su posterior fijación con un tornillo reabsorbible (biocompression screw Arthrex). Se trata de hallux valgus graves con un ángulo intermetatarsiano > 15º (media de 18º). Valoramos la evolución postoperatoria inmediata, a los 3 y 12 meses, con sensación subjetiva del paciente, escalas analógicas del dolor, exploración del pie y control radiológico a los 3 y 12 meses.

**Resultados.** Los resultados han sido satisfactorios con buena evolución, sin complicaciones recogidas, con escasa necesidad de analgesia en las primeras semanas y con buen aspecto de los pies tanto clínica como radiológicamente.

**Comentarios y conclusiones.** Se trata de un método que resuelve hallux valgus graves con una cirugía mínimamente invasiva aportando ventajas frente a las distintas técnicas abiertas, solucionando la posible recidiva en pies con ángulos intermetatarsianos elevados y aportando las ventajas de una fijación reabsorbible necesaria a nuestro parecer para que no fracase por desplazamiento posterior la osteotomía basal del metatarsiano.

## CC 453

### OSTEOMIELITIS CRÓNICA DE TOBILLO POR CLOSTRIDIUM CLOSTRIDIIFORME

Arias Baile, A.; Gil Rodríguez, E.; Amat Mateu, C.; Corona Pérez-Cardona, P.; Guerra Farfan, E. y Flores Sánchez, X. *Hospital Universitario Vall Hebron. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** Clostridium clostridiiforme es un bacilo anaerobio gram positivo del género clostridium, poco frecuente como patógeno en el hombre, produce infecciones oportunistas y raramente afecta al tejido óseo. Presentamos un caso de osteomielitis crónica de tobillo por Clostridium clostridiiforme.

**Material y método.** Varón de 44 años que en 1992 presenta una fractura-luxación abierta subastragalina derecha grado III de Gustilo. Fue intervenido de urgencia realizándose reducción y limpieza quirúrgica. Evoluciona tópidamente precisando 3 desbridamientos sin aislarse germen, inició antibioterapia empírica con buena evolución siendo dado de alta a los 2 meses postraumatismo. En 2007 inicia dolor progresivo en tobillo derecho sin signos clínicos o analíticos de infección. Se realiza biopsia ósea aislándose en 1 de las 6 muestras Clostridium clostridiiforme. No siendo considerado un patógeno invasor del hueso y dada la ausencia de signos de infección, se atribuye el dolor a los cambios degenerativos de la articulación tibioastragalina y subastragalina. En Enero de 2009 se realiza artrodesis tibioastragalina y subastragalina mediante un clavo retrógrado. En 2 de 4 muestras intraoperatorias se aísla un C. clostridiiforme. Se inicia penicilina G sódica según antibiograma. Es dado de alta al mes postintervención con amoxicilina oral.

**Resultados.** El paciente sigue control en consultas reiniciando marcha sin incidencias. Completa tratamiento antibiótico durante 3 meses.

**Comentarios y conclusiones.** C. clostridiiforme es un germen oportunista, poco habitual en el aparato locomotor. Existen casos en el que pueden causar una infección crónica e invalidante; por lo que en caso de aislarlo en un foco osteítico debería ser considerado como potencial patógeno.



## CC 454

### CONDROMATOSIS SINOVIOL TIBIOASTRAGALINA ASOCIADA A PIE PLANO

Gil González, S.; Ginés, A.; Rigol, P.; Pidemunt, G.; Lozano, C. y de Zabala, S  
*Hospital del Mar i de l'Esperança (IMAS).*

**Introducción y objetivos.** La condromatosis sinovial es una entidad benigna que afecta la sinovial que envuelve a las articulaciones, bursas o vainas tendinosas, provocando mataplasia de estas o incluso formación de cartilago o cuerpos libres en fases más avanzadas. Esta entidad es extremadamente rara en el pie o tobillo, con muy pocos casos publicados en la literatura.

**Material y método.** Presentamos un caso de un hombre de 80 años que presenta una tumoración en el tobillo y deformidad progresiva del pie de 4 años de evolución, que le provoca un dolor mecánico y dificultad para la deambulacion. En la EF presenta una tumoración en la zona antero-interna, de consistencia dura, y un pie plano valgo. Los estudios de imagen muestran la tumoración calcificada, sin infiltración de estructuras óseas, además de una luxación astrágalo-escafoidea.

**Resultados.** La biopsia preoperatoria confirma el diagnóstico de osteocondromatosis sinovial. Se intervino quirúrgicamente realizando un abordaje antero-interno para la exéresis de la tumoración, sinovectomía, y artrodesis astrágalo-escafoidea. Buena evolución a los 6 meses con ausencia de enfermedad tumoral y corrección de la deformidad.

**Comentarios y conclusiones.** La condromatosis sinovial a pesar de ser benigna, tiene un alto porcentaje de recidiva y de malignización (amputación), esto requiere una sinovectomía amplia y un seguimiento periódico. No hemos encontrado en la literatura su asociación con la deformidad de un pie plano. En nuestro caso las hemos tratado en un solo tiempo con un solo abordaje

## CC 455

### TÉCNICA KELLER BRANDES LELIEVRE: NUESTRA EXPERIENCIA

Hueso Macías, A.; García Regal, J.; García Hermosa, A.; Mariscal Peralta, J.M.; Escudero Soriano, A. y Centeno Ruano, A.J.  
*Hospital de Mérida*

**Introducción y objetivos.** El hallux valgus consiste en una desviación en valgo del primer dedo con pronación y generalmente se asocia a una desviación en varo del primer metatarsiano con prominencia de la eminencia medial. Existen diferentes técnicas para el tratamiento del mismo, centrando nuestro estudio en la técnica de Keller Brandes Lelievre, siendo sus indicaciones hallux valgus grave sin gran artrosis, deformidad moderada o leve con gran artrosis de la MT-F, baja demanda funcional.

**Material y método.** Estudio retrospectivo (2002-2007) de 146 pacientes, en los que hemos estudiado diferentes variantes tales como: edad, sexo, tipo de hallux, izquierdo o derecho o bilateral, medición de los ángulos metatarso-falángico, intermetatarsiano, tiempo de seguimiento, existencia o no metatarsialgia acompañante.

**Resultados.** Complicaciones de la cirugía (infección, dehiscencia de sutura, si acortamiento excesivo o excaso, necrosis de la falange y recidiva), así como una encuesta telefónica de satisfacción, evaluación subjetiva del dolor y dificultad para la marcha.

**Comentarios y conclusiones.** La artroplastia-resección es una técnica agresiva, sin embargo, permite una buena funcionalidad y mejora del dolor, recomendándose en pacientes mayores de 50 años, con bajas demandas funcionales y cambios articulares degenerativos. A pesar de que los resultados tanto radiológicos como clínicos no sean adecuados, la evaluación subjetiva del paciente muestra un resultado satisfactorio.

## CC 456

### SINOSTOSIS TIBIO-PERONEA Y PSEUDOARTROSIS DE PERONÉ POST-FRACTURA DIAFISARIA DE TIBIA Y PERONÉ

Bartolomé García, S.; Franch Valverde, C.; Ortega Sánchez, C.; Torrijos Garrido, P.; Zorzo Godes, C. y Ortega Briones, A.  
*Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Majadahonda, Madrid.*

**Introducción y objetivos.** La aparición de una sinostosis tibio-peronea postraumática es una rara complicación de las fracturas diafisaria de

tibia y peroné. En el contexto de esta lesión, se objetiva una pseudoartrosis de peroné en el 4% de las mismas. La combinación de ambas complicaciones supone una rara excepción.

**Material y método.** Presentamos el caso de un varón de 22 años con dolor e impotencia funcional en pierna derecha tras accidente deportivo. En las radiografías se objetiva fractura de tercio medio diafisaria de tibia y peroné derechos, por lo que es intervenido mediante un enclavado intramedular encerrojado, permitiendo un apoyo parcial inmediato, y cursando el postoperatorio sin complicaciones. Acude 2 años después de la cirugía con dolor persistente en tercio medio de peroné y en el tobillo con la práctica deportiva. Las imágenes radiográficas y TAC muestran pseudoartrosis hipertrófica de peroné y sinostosis tibio-peronea, con hipercaptación de la gammagrafía en la zona compatible con pseudoartrosis. Se decide intervención quirúrgica, realizando resección de sinostosis y de foco de pseudoartrosis, aporte de injerto de cresta iliaca y estabilización con placa de tercio de caña.

**Resultados.** A los 12 meses de la intervención, el paciente se encuentra asintomático, con buena consolidación de la fractura y sin signos de recidiva de la sinostosis.

**Comentarios y conclusiones.** No debemos olvidar la posibilidad de una sinostosis tibio-peronea ante un paciente con dolor persistente en la pierna o en el tobillo tras fractura diafisaria previa. La resección de la misma suele ser suficiente para el control de la sintomatología.

## CC 457

### FRACTURA-LUXACIÓN ABIERTA DE ASTRÁGALO TIPO IV DE HAWKINS CON SECCIÓN TENDINOSA ASOCIADA

Bartolomé García, S.; Caballero Aragón, J.; De La Cuadra Virgili, P.; Ramírez Feito, C.; Zurrón Lobato, M. y Ortega Briones, A.  
*Hospital Universitario Puerta De Hierro-Majadahonda, Majadahonda, Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas de astrágalo se producen por traumatismos de alta energía, presentándose en el 15% de los casos como fracturas abiertas. Según la clasificación de Hawkins, el tipo IV asocia a la fractura de astrágalo una luxación subastragalina y astragalo-escafoidea, presentando un riesgo de necrosis cercano al 100% y de infección de un 60% según diferentes estudios.

**Material y método.** Presentamos el caso de un varón de 71 años que ingresa tras accidente de tráfico presentando herida de 8 cm en cara medial de tobillo derecho a nivel de maleolo interno, apreciándose la cabeza del astrágalo fracturada y luxada. Tras comprobar la buena vascularización distal, se realiza lavado en sala de urgencias y administración de vacunación antitetánica y antibioterapia intravenosa con cefazolina y gentamicina. En quirófano se realiza reducción del astrágalo y osteosíntesis del mismo con tornillos canulados, así como reducción de la luxación astrágalo-escafoidea y mantenimiento con agujas Kirschner. Se objetiva arrancamiento de tibial posterior y flexor común de los dedos, realizándose tenodesis del tibial posterior con el flexor común. El paciente permanece ingresado 7 días continuando el tratamiento antibiótico.

**Resultados.** Se prohibió el apoyo durante los primeros 3 meses. Tras 12 meses de seguimiento, se observa formación de puente óseo en el astrágalo, sin aparición de signos de osteonecrosis ni artrosis. El paciente deambula sin muletas y no han aparecido signos de infección.

**Comentarios y conclusiones.** La fractura luxación abierta de astrágalo es una grave lesión que requiere un tratamiento urgente para minimizar el riesgo de graves complicaciones como infección, osteonecrosis y artrosis postraumática.

## CC 458

### TENOSINOVECTOMÍA ENDOSCÓPICA EN DOLOR RETROMALEOLAR

Escribano Rey, R.J.; Valentí Azcárate, A.; Albiñana Cunningham, J. y Mora Gasque, G.  
*Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.*

**Introducción y objetivos.** Varón de 56 años que tras traumatismo directo con saco de cemento de 25 kilos en tobillo hace 6 semanas presenta dolor en cara posterior e inferior de peroné que no ha mejorado. Ha seguido tratamiento rehabilitador y tres infiltraciones corticoideas con mejoría momentánea pero sin mejoría definitiva. En la exploración destaca tumefacción en zona retromaleolar con dolor a la palpación en

trayecto de peroneos. También presenta dolor al caminar y con maniobras de inversión-eversión (más al realizarse contrarresistencia). Resto sin alteraciones

**Material y método.** Radiografía sin alteraciones. Se presentarán las imágenes de la Resonancia Magnética solicitada al paciente donde se observa, de forma comparativa, la acumulación de líquido en el interior de la vaina tendinosa de los tendones peroneos del tobillo derecho. Los tendones permanecían íntegros. Se realizó tenosinovectomía endoscópica de peroneos (según técnica de van Dijk, lente de 2,7 mm). Se presentan las imágenes del procedimiento endoscópico (tenoscopia) comenzando por los portales utilizados, las imágenes del interior de la vaina tendinosa (desde el portal inferior) observándose la integridad de los tendones y la presencia de sinovitis en las paredes de la vaina tendinosa. Finalmente la imagen endoscópica del interior de la vaina tras la tenosinovectomía con motor. Descarga parcial durante los primeros 5 días. Retornó a su actividad laboral habitual (albañil autónomo) a los 10 días, con movilidad completa y sólo discretas molestias en la zona de los portales. Al mes de la intervención el paciente estaba totalmente asintomático. En la revisión realizada a los 6 meses el paciente permanece asintomático. La valoración subjetiva por parte del paciente ha sido de excelente.

**Comentarios y conclusiones.** Frente a la realización de una tenosinovectomía abierta, la endoscópica proporciona mayor comodidad al paciente, una menor morbilidad de la zona intervenida y una incorporación más rápida a su actividad habitual, de acuerdo a lo publicado por van Dijk y cols. Además el riesgo de adherencias postquirúrgicas se minimiza al realizar una apertura de la vaina tendinosa mínima.

## CC 460

### SARCOMA SINOVIAL EN PIE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Morales Codina, A.M.; Carreras Castaner, A.; Martínez Grau, P.; González Vargas, J.A.; Serrano Sanz, J. y Más Moline, S.  
*Hospital de Sabadell.*

**Introducción y objetivos.** El sarcoma sinovial es una neoplasia mesenquimal infrecuente. Presentamos un caso en un pie.

**Material y método.** Hombre de 45 años, sin antecedentes patológicos de interés, que consultó por tumoración en pie derecho de 2 años de evolución. A la exploración física presentaba una lesión elástica, adherida, sin lesiones cutáneas y disestesias plantares a nivel de la rama plantar interna. El estudio con resonancia magnética (RM) mostró una tumoración de 25 x 20 mm compatible con fibromatosis plantar. Se decidió tratamiento quirúrgico por empeoramiento clínico, realizándose exéresis de la tumoración. El estudio histológico de la lesión diagnosticó de sarcoma sinovial bifásico. Se amplió estudio de extensión sin evidenciar metástasis. Junto con el servicio de Oncología se acordó realizar amputación infracondílea y quimioterapia.

**Resultados.** Los sarcomas sinoviales representan un 5-10% de los sarcomas de partes blandas. Su incidencia se estima en 2-3 casos por 100.000 habitantes/año. El 80% de los casos se diagnostican entre los 15 y los 40 años de edad. Afectan preferentemente a extremidades inferiores. Es frecuente su retraso diagnóstico por presentar clínica típica de patología benigna como el síndrome del túnel del tarso, fascitis plantares, fibromatosis, neuroma de Morton y dolor en pie inespecífico. Su tratamiento ha de ser multidisciplinar. Casi un tercio presentan recurrencias locales y el 10% fallecen en el primer año tras el diagnóstico a causa de las metástasis (sobre todo pulmonares). A los 5 años, la supervivencia media es del 50-60%. Por tanto, su diagnóstico y tratamiento precoces son muy importantes, al mejorar el pronóstico del paciente.

## CC 461

### QUISTE ÓSEO ESENCIAL DE CALCÁNEO Y APLICACIÓN DE FACTORES DE CRECIMIENTO PLAQUETARIOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Mesa Rivero, M.E.; Carmona Barahona, A.; González Herranz, J. y Rodríguez de la Cueva, J.M.  
*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.*

**Introducción y objetivos.** La denominación de "Quiste Óseo Esencial" fue acuñada por Bloodgood (1910). Es típica del organismo en creci-

miento, más frecuentemente varones, localizado en metáfisis (húmero, fémur...). Se diagnostica por una fractura patológica, dolor ó como hallazgo casual. Presentamos un caso de talalgia en paciente de 11 años, que se diagnosticó de quiste óseo esencial, tratado mediante curetaje, aplicación de sustituto óseo y factores de crecimiento autólogos plaquetarios.

**Material y método.** Varón de 11 años de edad, que desde hace tres meses, presenta dolor en cara lateral del pie derecho, acompañado de tumefacción en la zona. No refiere antecedentes personales ni familiares de interés y no recuerda traumatismo previo. Solicitamos estudio analítico, que resultó normal. Realizamos unas radiografías simples y una TAC, hallándose una lesión osteolítica en calcáneo, con insuflación de la cortical. Se realizó tratamiento quirúrgico, mediante curetaje y evacuación de un contenido amarillento seroso, seguido del relleno de sustituto óseo y de la aplicación de factores de crecimiento autólogos plaquetarios.

**Resultados.** El estudio anatomopatológico lo diagnosticó de quiste óseo esencial. El paciente evolucionó favorablemente y continuó con seguimiento en nuestras consultas.

**Comentarios y conclusiones.** El quiste óseo esencial es levemente sintomático. La necesidad de tratamiento quirúrgico, la determina la posible aparición de fracturas patológicas o afectación del crecimiento óseo. El tratamiento es variado: inyección intralesional de corticoides, exéresis, crioterapia... El empleo de sustituto óseo y factores de crecimiento plaquetarios, se fundamenta en su poder osteoconductor y osteoinductor, respectivamente. El resultado clínico y funcional es satisfactorio, presentándose generalmente curación radiológica y disminución del riesgo de fracturas.

## CC 462

### LUXACIÓN SUBASTRAGALINA Y ESCAFOASTRAGALINA SECUNDARIA A ARTRITIS REUMATOIDEA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Torres Claramunt, R.; Ginés, A.; Pidemunt, G. y Zabala, S.  
*Hospital del Mar y Hospital de la Esperanza (IMAS) Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad autoinmune con una gran repercusión sobre el sistema musculoesquelético. La afectación a nivel de pies o tobillos es importante y ocasionalmente representa el primer síntoma. Presentamos un caso insólito de una paciente diagnosticada de AR con una importante afectación de las articulaciones del mediopie izquierdo.

**Material y método.** Mujer 63 años diagnosticada de AR, intervenida de ambos pies previamente (alineación metatarsal y BKL y artroplastia resección base F1 bilateral). Paciente remitida por Reumatología después de una historia tórpida de dolor al pie izquierdo que no mejoró conservadoramente. Tras estudio radiológico, se evidencia luxación subastragalina espontánea secundaria a la AR, que ya se evidenciaba en un estudio radiológico previo. Se propone realización de artrodesis subastragalina y escafo astragalina.

**Resultados.** Se realiza doble abordaje lateral y medial. Tras cruentado de las dichas articulaciones y reducir la luxación, se artrodesaron las mismas con dos tornillos de Herbert. El pie no sufrió alteraciones neurovasculares a pesar de la gran deformidad que se tuvo que reducir. Los controles postoperatorios así como la evolución un año después ha sido satisfactoria con mejora notable de la funcionalidad del pie así como del dolor.

**Comentarios y conclusiones.** La artritis reumatoidea tiene una repercusión articular muy importante, sobre todo en manos y pies. A pesar que el reumatólogo lleva el peso del tratamiento, deberíamos trabajar más en común para no recibir los enfermos en un estadio tan evolucionado dificultando la reparación quirúrgica de la deformidad.

## CC 463

### EFICACIA DIAGNÓSTICA DE ECO Y RNM EN NEUROMA DE MORTON

Torres Claramunt, R.; Ginés Cespedosa, A.; Pidemunt, G. y Zabala, S.  
*Hospital del Mar y de la Esperanza- Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** El diagnóstico del Neuroma de Morton se basa fundamentalmente en la clínica. Exploraciones como la ecografía (ECO) y la resonancia magnética (RNM) complementan el diagnóstico y son

útiles para la localización del espacio y para el diagnóstico de lesiones múltiples. El objetivo del estudio es determinar la sensibilidad de la ecografía y de la RNM en nuestro medio.

**Material y método.** Estudio retrospectivo de 27 enfermos intervenidos de Neuroma de Morton (43 espacios intermetatarsianos) por la unidad de pie entre los años 2000 y 2008, los cuales fueron confirmados mediante anatomía patológica. Muestra con media de edad de 62 años, 27 mujeres y 10 hombres. El espacio afectado fué 21 2º, 23 3º y ninguno el 4º. Se realizaron 41 RNM i 23 ecografías, en 21 enfermos se realizaron ambas. Se realizó cálculo de sensibilidad de ambas pruebas y la concordancia (kappa) entre ellas.

**Resultados.** De las 41 RNM realizadas, 34 fueron diagnósticas de Morton y 7 fueron falsos negativos,  $S = 82.9\%$  IC 95% (0.679;0.929). De las 23 ECOs realizadas 13 casos fueron diagnósticas 10 fueron falsos negativos. La S de esta prueba fue de 56.5%, IC 95% (0.345; 0.768). La concordancia de ambas pruebas en los 21 casos que se realizó conjuntamente fue del 31% (k 0.310).

**Comentarios y conclusiones.** El diagnóstico de Neuroma de Morton es controvertido. Muchas patologías se han de considerar en el diagnóstico diferencial. Tanto la ECO como la RNM pueden ayudar a reafirmar el diagnóstico clínico. En nuestro medio la RNM tiene una mayor eficacia diagnóstica. Aunque la baja concordancia entre ambas pruebas y la baja sensibilidad de la ECO, nos demuestran la dificultad del diagnóstico y la implicación de otros factores como la experiencia del radiólogo.

## CC 464

### CORRECCIÓN DEL HALLUX VALGUS MEDIANTE CIRUGÍA PERCUTÁNEA. EXPERIENCIA PRELIMINAR

Molano Muñoz, J.; Ruiz Moneo, P.; Ayerdi Salazar, E.; Goikoetxea Uriarte, X.; Izal Miranda, D. y Gil Benito, I.  
*Hospital Txagorritxu.*

**Introducción y objetivos.** Presentamos los resultados obtenidos en los pacientes intervenidos por hallux valgus con cirugía percutánea en nuestro servicio. Se trata de una técnica basada en la realización de osteotomías múltiples sin estabilización con ningún sistema de osteosíntesis.

**Material y método.** Hemos realizado 50 cirugías (48 pacientes) entre diciembre de 2001 y abril de 2008. Debido a las pérdidas en la revisión de casos por diferentes motivos, hemos valorado clínicamente 40 pies, con la escala AOFAS e interrogándoles por el grado de satisfacción. Radiológicamente se han podido evaluar de forma completa 25 casos (radiografías preoperatorias y postoperatorias anteroposterior y lateral en carga).

**Resultados.** Se ha obtenido un grado de satisfacción del 85% de los pacientes evaluados clínicamente. La puntuación media de la escala AOFAS ha sido 78,9 +/-16,8 puntos. Los datos radiográficos postoperatorios han mostrado una mejoría estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) en comparación con los preoperatorios, en el ángulo metatarsalángico, intermetatarsiano, PASA y posición de los sesamoideos.

**Comentarios y conclusiones.** Realizamos una descripción de la técnica quirúrgica, de los resultados de nuestra serie y presentamos la comparación de éstos con los de otros trabajos similares. Creemos que realizando una correcta indicación es una técnica que nos ofrece unos buenos resultados clínicos, con probablemente un período de incapacidad más corto. Sin embargo, en ningún caso pensamos que se trate de una técnica sencilla, por lo que debe ser realizada por cirujanos con experiencia.

## CC 465

### FRACTURA LUXACIÓN DE CHOPART

Zuil, P.; Escobar, D.; Llaquet, A.; Cornet, B.; Melián, I. y Sevillano, L.  
*Hospital Severo Ochoa.*

**Introducción y objetivos.** La fractura luxación de Chopart es una lesión muy infrecuente que afecta al retropié.

**Material y método.** Se presenta a una mujer de 43 años, sin antecedentes personales de interés, que sufre una caída montando en bicicleta. Presenta una deformidad importante del pie, edema, impotencia funcional y ninguna alteración vasculo-nerviosa. Se realizaron imágenes radiológicas simples presentando una luxación de Chopart asociada a fractura de hueso navicular, cuboides y falange del 5º dedo.

**Resultados.** Se intervino de urgencia realizando una síntesis mediante agujas de Kirsner con correcta evolución.

**Comentarios y conclusiones.** Este tipo de lesiones es grave y raro cuando presentan múltiples fracturas asociadas como es nuestro caso. Es una lesión que debe ser tratada de urgencia para poder reducir la luxación y así no producir mayor daño de partes blandas.

## CC 466

### EMPLEO DE LA ARTRODESIS DE TOBILLO POR CIRUGÍA DE MÍNIMA INCISIÓN EN EL PACIENTE DIABÉTICO

López Pliego, E.M.; Chacón Cartaya, S.; Moreno Domínguez, R.; del Castillo Blanco, G.; Fernández Torres, J.J. y Carranza Bencano, A.  
*Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Introducción y objetivos.** La cirugía del pie en el diabético supone un reto para el traumatólogo, sobre todo por los problemas derivados de la falta de sensibilidad, la disminución de los mecanismos de defensa y las deficiencias nutricionales de los tejidos debido a la mala vascularización, dificultando todo ello la cicatrización de las heridas y aumentando el número de complicaciones en estos pacientes.

**Material y método.** Presentamos los casos de tres pacientes con Neuroartropatía diabética, con úlceras maleolares debidas al mal apoyo, y con artrosis de tobillo bastante avanzada, que se resolvieron mediante artrodesis de dicha articulación clavo retrógrado por cirugía MIS, usando los portales artroscópicos para cuentar la articulación del tobillo, y un abordaje plantar para la introducción del clavo.

**Resultados.** Tras un seguimiento medio de un año, los pacientes presentan un apoyo plantígrado y estable, con curación de las úlceras maleolares y caminando correctamente sin ayuda. En ningún caso tuvimos complicaciones postoperatorias

**Comentarios y conclusiones.** Se hace fundamental una correcta indicación de la cirugía, planteándose en estos pacientes cuando presentan úlceras mecánicas exostosis, deformidades severas del pie o dificultad para adaptar el calzado o la ortesis. La técnica quirúrgica variará en función del grado de deformidad del pie, pero siempre la realizamos por medio de mínimas incisiones y sin isquemia preventiva. Así disminuimos ostensiblemente las complicaciones: retrasos de cicatrización, ulceración, infección, pseudoartrosis, fallos de fijación, mantenimiento de la deformidad, gangrena y amputación.

## CC 467

### EMPLEO DE GRAPAS DINÁMICAS DE MEMORIA EN LA ARTRODESIS DE LA PRIMERA ARTICULACIÓN METATARSOALÁNGICA DEL PIE

Fernández Ansorena, A.; Duran Morell, A.; Camara Baeza, M.; Brugarolas Masllorens, J.; Ferra Jaume, G. y Rubi Jaume, M.  
*Hospital Univeristario Son Dureta. Palma de Mallorca.*

**Introducción y objetivos.** La artrodesis metatarsalángica se emplea en cirugía de rescate del hallux valgus, hallux varus, hallux rígidos y hallux flexus evolucionados, y en casos de artritis reumatoide avanzada. Se presentan los resultados obtenidos en el servicio COT del hospital Son Dureta (Unidad de pié y tobillo) mediante la técnica descrita de implantación de grapas dinámicas de memoria de forma, desde septiembre del 2005 a noviembre de 2008 (mínimo de 5 meses de seguimiento).

**Material y método.** En el estudio se evalúan los resultados pre y postquirúrgicos de 13 pacientes intervenidos (4 hombres y 9 mujeres) con una media de edad de 61,97 años (60,75 y 63,2 años respectivamente). La técnica se empleó en 15 pies con los diagnósticos de cirugía de rescate de hallux valgus (5); hallux rígido (6); artritis reumatoide (2) y hallux flexus (2).

**Resultados.** Los resultados se midieron mediante dos escalas; una escala de satisfacción postquirúrgica y la escala AOFAS pre y postintervención. En las 15 artrodesis hubo dos complicaciones: una infección de la herida quirúrgica que se resolvió en 3 meses de tratamiento (con apósitos de plata) y una rotura del implante asintomática.

**Comentarios y conclusiones.** A la vista de los resultados obtenidos que se expondrán en la comunicación, se consideran las grapas dinámicas de memoria un sistema de síntesis útil para la artrodesis de la primera articulación metatarsalángica.

## CC 468

### ENUCLEACIÓN AISLADA DEL ASTRÁGALO

Castán Bellido, L.; Torres Campos, A.; Estella Nonay, R.; García Gutiérrez, C.; Seral García, B. Y Seral Iñigo, F.  
*HCU Lozano Blesa. Zaragoza.*

**Introducción y objetivos.** Se presenta un caso de enucleación aislada del astrágalo, interesante por la rareza de la lesión. Se comenta el tratamiento y se discuten las posibles complicaciones.

**Material y método.** Se trata de un paciente varón, 38 años, que tras un accidente de tráfico sufre una luxación abierta del astrágalo derecho. La cual se redujo bajo sedación comprobándose la estabilidad e instaurándose tratamiento según protocolo.

**Resultados.** Tras 2 años de evolución el paciente presenta limitación de la flexión plantar, asociada a signos radiológicos de artrosis relevantes. El estudio gammagráfico es compatible con la sospecha de necrosis astragalina.

**Comentarios y conclusiones.** Teniendo en cuenta las complicaciones se han instaurado con frecuencia tratamientos iniciales agresivos, bien astragalectomías, bien triples artrodesis. Nuestra posición es expectante y alerta tras reducir inmediatamente la luxación por maniobras ortopédicas o quirúrgicas en caso contrario.

## CC 469

### TALUS OPEN DISLOCATION WITHOUT ASSOCIATED FRACTURES.

#### CASE REPORT

Torres, J.; Gutierrez, M.; Monteiro, E.; Costa, G.; Pinto, R. y Trigo Cabral, A.  
*Hospital S. João, Porto, Portugal.*

**Introducción y objetivos.** Talus dislocations are not common (1% of dislocations), being extremely rare when open without associated fractures. According to the positioning of the foot in relation to the talus, they are divided in medial or lateral.

**Material y método.** Male patient, 43 y.o., who suffered a fall over the right foot, with resultant medial open dislocation of the talus. At physical examination the patient presented open talus dislocation, lateral complex ligament and tendinous rupture, without vascular or nervous lesion. The x-Ray showed dislocation without fractures. The dislocation was reduced under general anesthesia, followed by ligament and tendon repair and external fixation.

**Resultados.** There were no infection complications. At 4 weeks the external fixator was withdrawn. The patient started rehabilitation, with total function recovery at 10 weeks. Despite the absence of complaints, radiological control was undertaken at 12 months, without evidence of avascular necrosis or arthritic changes. Immediate intervention was essential for the absence of complications. Although rare, the absence of fractures allowed for a better recovery of the patient.

**Comentarios y conclusiones.** Talus open dislocations are rare, mostly when not associated with other lesions. Fast intervention is essential for a good outcome. Because of the possibility of complications such as avascular necrosis or arthritic changes, these patients must be followed for a long time.

## CC 470

### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MEDIANTE ARTRODESIS EN FRACTURAS LUXACIONES INVETERADAS DE LISFRANC

Villa Gil-Ortega, M.; Cintado Avilés, M.; Baquero Garcés, F. y García Benítez, B.  
*Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Bormujos, Sevilla.*

**Introducción y objetivos.** Las lesiones a nivel tarsometatarsianas en forma de fractura luxación de Lis Franc son lesiones invalidantes, que hasta en un 20% pasan desapercibidas en urgencias. Presentamos la revisión de 2 pacientes intervenidos en nuestro centro por sufrir fractura-luxación inveterada de Lisfranc.

**Material y método.** Presentamos 2 casos en los que ha habido parámetros similares: sufrir contusión a nivel pie y tobillo, con traumatismo de baja energía, 58-60 años de edad y Diabetes Mellitus tipo II. Presentaron cuadro de esguince de tobillo de evolución tórpida, con dolor persistente tras retirada de inmovilización. El diagnóstico de fractura luxación Lisfranc se realizó a los 3 meses y 7 meses en cada caso. Según la clasificación de Myerson, los especificamos como tipo A (lateral) y tipo

B2 (lateral). En ambos casos se realizó reducción abierta y artrodesis de columna lateral y medial con tornillos, precisando autoinjerto de esponjosa en 1 de ellos.

**Resultados.** Hemos obtenido buenos resultados funcionales para la lesión previa, presentando dolor de tipo mecánico sin requerimientos de analgesia ni limitación funcional para actividad diaria, con artrodesis consolidadas en 8 y 9 meses, sin complicaciones en forma de infección.

**Comentarios y conclusiones.** Presentamos 2 casos de una patología de baja incidencia, en pacientes con patología añadida (DM tipo II), que han llevado una buena evolución clínica y funcional. Querríamos resaltar que son lesiones invalidantes, en las que hay que "pensar en ellas", aunque se asocien con mayor frecuencia a traumatismos de alta energía.

## CC 471

### CUBOID NUTCRACKER TYPE FRACTURE: GOOD FUNCTIONAL OUTCOME WITH AD MINIMUM OSTEOSSYNTHESIS

Torres, J.; Gutierrez, M.; Monteiro, E.; Costa, G.; Pinto, R. y Trigo Cabral, A.  
*Hospital S. João, Porto, Portugal.*

**Introducción y objetivos.** The cuboid bone is an important stabilizer of the foot's lateral column, involved in the hindfoot and midfoot movements. The Cuboid Nutcracker type fracture is rare, resulting from the cuboid bone compression between the calcaneus and the 4th and 5th metatarsals. It is generally associated with other foot lesions.

**Material y método.** Male patient, 20 y.o., with prior osteosynthesis of a right bimalleolar ankle fracture, who suffered a fall over the right foot, with forced forefoot abduction with a fixed hindfoot. Clinical Examination (pain, swelling of the foot), X-Ray and TC (extensive comminutive intra-articular cuboid and lateral cuneiform fracture. 3,4,5th base fracture). After reduction of the fractures, fixation of the cuboid with a screw was undertaken. The foot was immobilized with a cast, and x-rays were taken at 2 and 6 weeks.

**Resultados.** The x-rays showed maintenance of the reduction and stability of the lateral foot column. All the fractures healed. Full recovery was achieved. Treatment of this lesion, with good results, was achieved, using a less aggressive technique.

**Comentarios y conclusiones.** Being a rare lesion, there are no established guidelines for an ideal treatment, in these situations. Maintenance of the foot's lateral column stability is essential, as well as a good reconstruction of the peroneal groove, in the cuboid bone, to prevent fibrosis and disfunction of the peroneal tendon.

## CC 472

### CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA PARA FRACTURAS SEVERAS DE CALCÁNEO

Podetti Meardi, M.; Chaques Asensi, F.; Moreno Nevado, C.; Úbeda P. De Heredia, I.; García Díaz, J.; Aguilar Fernández, L. y Pérez Hidalgo, S.  
*Hospital FREMAP, Sevilla.*

**Introducción y objetivos.** En el ámbito de accidente laboral las fracturas de calcáneo son sumamente frecuentes, siendo la principal causa las caídas de altura. Nuestro principal objetivo es reincorporar al paciente a la vida laboral en el menor tiempo posible y con el menor grado de secuelas.

**Material y método.** En el presente trabajo mostramos la técnica quirúrgica y los resultados de 25 pacientes con fracturas intra-articulares de calcáneo intervenidos de artrodesis subastragalina y fijación con clavo VIRA desde el mes de enero del 2007 al mes de octubre del 2008.

**Resultados.** Para la evaluación de los resultados se aplicó la escala de AOFAS a partir del 6º mes post-operatorio obteniendo una puntuación promedio de 70 puntos. El promedio de baja de los pacientes fue de 7.6 meses, la gran mayoría de los pacientes intervenidos al ser dados de alta se reincorporaron a su actividad laboral habitual.

**Comentarios y conclusiones.** Tanto el número de pacientes como el follow up es corto ya que venimos utilizando dicho implante desde hace poco más de dos años, aún así en base a los resultados obtenidos vemos que la artrodesis subastragalina a través de una técnica mínimamente invasiva y la fijación con el clavo VIRA proporciona rigidez y mejor apoyo del calcáneo reduciendo considerablemente el dolor residual crónico y la reincorporación a la actividad laboral.

## CC 473

### ROTURA CRÓNICA DEL TENDÓN DE AQUILES

Rabadán Pérez, M.; García-Navas García, F.M. y Mayo Hernández, M.  
*Hospital General de Ciudad Real.*

**Introducción y objetivos.** Se considera como rotura crónica del Aquiles aquella que se presenta pasadas 4 a 6 semanas de la lesión. Se estima que hasta el 20% de las lesiones del Aquiles no son diagnosticadas en la primera exploración.

**Material y método.** 1. Presentamos 4 pacientes diagnosticados y tratados por rotura crónica del tendón de Aquiles en el Hospital de Ciudad Real. Revisamos el tiempo de demora, método de diagnóstico, técnica empleada y resultado. 2. Realizamos una revisión bibliográfica sobre las técnicas quirúrgicas.

**Resultados.** Entre las distintas técnicas empleadas en las roturas crónicas del tendón, las más utilizadas según la literatura son las que utilizan el tendón flexor del hallux, el tendón del peroneo corto y la fascia de los gastrocnemios. De los 4 pacientes, se intervinieron 3. A dos de ellos se les realizó una plastia de refuerzo con el flexor del hallux y al otro una plastia de Christiansen. El paciente que rechazó la cirugía fue un varón de 79 años, con rotura crónica cuando tenía 17 años y que presentaba un trayecto fistuloso.

**Comentarios y conclusiones.** Las lesiones crónicas del Aquiles son infrecuentes pero potencialmente incapacitantes y su tratamiento es diferente al de las roturas agudas. Existen numerosas técnicas quirúrgicas que se emplean en la rotura crónica de este tendón, todas ellas suelen incluir plastias de refuerzo. La indicación de cada una de ellas varía en función de la edad del paciente, calidad de vida, tiempo de evolución y la distancia entre los extremos del tendón seccionado.

## CC 474

### ENCONDROMA DE ASTRÁGALO. UNA LOCALIZACIÓN INFRECUENTE

García Paños, J.P.; Puertas García-Sandoval, J.P.; Valcárcel Díaz, A.; Cano Gea, R.; Fernández Sánchez, J.R. y Calatayud Mora, J.A.  
*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar-Murcia.*

**Introducción y objetivos.** El condroma solitario es un tumor frecuente que representa entre el 12 y el 24% de los tumores óseos benignos. Se localiza sobre todo en huesos tubulares de mano y pie y en huesos largos. En cambio, son menos frecuentes en los huesos del carpo o del tarso. Presentamos un caso localizado en astrágalo, su diagnóstico y tratamiento.

**Material y método.** Paciente varón de 22 años que consulta por dolor en dorso del pie derecho con movimientos de flexoextensión. El dolor comenzó sólo con actividades deportivas para hacerse patente en la deambulación y bipedestación prolongada. La exploración física es anodina. La radiografía simple muestra una imagen a nivel de cabeza-cuello astragalino radiolúcida, de contornos bien definidos, redondeada, sin destrucción cortical ni reacción perióstica. Se lleva a cabo resonancia magnética que muestra hiperseñal en T2. Con la sospecha diagnóstica de encondroma se realiza biopsia que confirma el diagnóstico y descarta cambios sarcomatosos. Se realiza curetaje de la lesión y relleno con aspirado de cresta iliaca más matriz ósea desmineralizada.

**Resultados.** Tras ocho semanas de descarga se permite la carga parcial progresiva y total a las 10 semanas. El paciente permanece asintomático. No se ha evidenciado recidiva a los 6 meses de la cirugía.

**Comentarios y conclusiones.** El encondroma puede ser doloroso en cuyo caso hay que descartar una transformación sarcomatosa. El astrágalo es una localización infrecuente para este tipo de tumores. La biopsia es fundamental para confirmar el diagnóstico. El curetaje y relleno de la cavidad con sustitutos óseos constituye una buena opción terapéutica.

## CC 475

### CALCANECTOMÍA COMO TRATAMIENTO DE LA ÚLCERA CRÓNICA DE TALÓN EN PIE DIABÉTICO

Rigol Ramón, P.; Ginés, A.; Zabala, S.; Pidemunt, G. y Gil, S.  
*Hospitales IMAS.*

**Introducción y objetivos.** Las infecciones en pies diabéticos suelen ser de difícil manejo y evolucionar tórpidamente, requiriendo en muchos casos medidas quirúrgicas para controlarlas.

**Material y método.** Paciente de 60 años con antecedentes de HTA, IRC, cardiopatía isquémica y DM de larga evolución con polineuropatía y vasculopatía secundarias. Presenta osteomielitis crónica en calcáneo derecho de 7 años evolución que ha requerido de varios desbridamientos. Acude a urgencias por nueva infección de úlcera, exponiendo tuberosidad del calcáneo. Se aísla *Pseudomona*, *Enterobacter Cloacae* y MARSa, iniciando tratamiento antibiótico.

**Resultados.** Las radiografías muestran osteolisis y fragmentación de la tuberosidad posterior del calcáneo, con hipercaptación en la gammagrafía con leucocitos marcados. Dada la aparición de IRA y la evolución tórpida de la úlcera se decide parar antibioticoterapia por imposibilidad de asegurar efectividad sin nefrotoxicidad, y se propone realizar calcanectomía total como alternativa a la amputación para erradicar la infección. Se realiza exéresis de la úlcera, se desinserta el tendón de aquiles y a continuación se extrae el calcáneo reinsertando posteriormente el aquiles a la fascia plantar, consiguiéndose el cierre primario de la herida. El paciente evoluciona favorablemente y se mantiene descarga hasta la cicatrización de la herida, momento en el cual se adapta ortesis en el calzado y se inicia la carga.

**Comentarios y conclusiones.** La calcanectomía total es un procedimiento alternativo a la amputación transtibial en pacientes con osteomielitis crónica de calcáneo, consiguiéndose en la mayoría de casos la erradicación de la infección y preservando una deambulación funcional con menor morbi/mortalidad.

## CC 476

### TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA CONDROMATOSIS SINOVIAL DEL FLEXOR HALLUCIS LONGUS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Torres, R.; Vilà, G.; Tey, M.; Puig, L.I.; Monllau, J.C. y Pelfort, X.

**Introducción y objetivos.** Presentar el caso de un paciente diagnosticado de condromatosis sinovial en el trayecto de la vaina flexora del flexor del primer dedo del pie.

**Material y método.** Paciente exfutbolista de 43 años, con clínica de dolor en los compartimentos anterior y posterior del tobillo de años de evolución. En el estudio Rx se observaron diversos fragmentos óseos a nivel de la zona paraaquélea. La RMN confirmó la presencia de dichos fragmentos así como cambios degenerativos en ambos compartimentos en relación a la actividad deportiva previa del paciente.

**Resultados.** Se practicó una artroscopia de tobillo utilizando 2 portales anteriores y 2 paraaquéleos. Se realizó resección de osteofitos y tratamiento con microfracturas de una lesión condral de la cúpula astragalina. Los portales paraaquéleos permitieron el acceso al receso del flexor del primer dedo donde se hallaban los fragmentos libres que fueron extraídos. 6 meses después de la intervención, el paciente presentó una mejora funcional notable aunque con molestias mecánicas residuales.

**Comentarios y conclusiones.** La condromatosis sinovial es una entidad clinicopatológica bien conocida aunque de presentación infrecuente en esta localización. Su tratamiento consiste en la resección de los cuerpos libres +/- sinovectomía. Los portales paraaquéleos permitieron la revisión de la vaina tendinosa y la exéresis de los cuerpos libres.

**Conclusiones.** Los portales paraaquéleos posteriores se demostraron útiles para el tratamiento de la condromatosis del flexor del primer dedo del pie.

## CC 477

### VISUALIZACIÓN DIRECTA DE LA SINDESMOSIS EN LA SÍNTESIS DE UNA FRACTURA SUPRA-SINDESMÓTICA DE TOBILLO

Aguilar García, M.; Tomás Hernández, J.; Molero García, V. y Nardi Villardaga, J.  
*Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** La fractura de Maisonneuve es una fractura habitual en un servicio de Urgencias de Traumatología. Un incorrecto cierre sindesmal como resultado post-quirúrgico provoca secuelas dolorosas en este tipo de fractura. Se presenta un caso en el que la visualización directa de la Sindesmosis durante la cirugía permite comprobar su cierre de manera correcta.

**Material y método.** Paciente de 40 años que el día 01/02/08 sufre fractura supra-sindesmal de tobillo con afectación de peroné proximal y ligamento deltoideo. Inicialmente se coloca botina de yeso y se decide ingreso para tratamiento quirúrgico definitivo. Durante la cirugía se

procede a realizar un abordaje sobre el peroné y visualización directa de la sindesmosis. Se comprueba apertura de la misma con maniobras forzadas de rotación externa. Se sintetiza la fractura con placa en 1/3 de caña y se colocan 2 tornillos transindesmales. Se aprecia el cierre sindesmal y escópicamente se comprueba.

**Resultados.** Al cabo de 4 días el paciente es dado de Alta después de iniciar tratamiento fisioterápico y con correcta tolerancia de deambulación en descarga de la extremidad intervenida. Después de 2 meses de la cirugía el paciente deambula con dos bastones. Presenta balance articular en FP y FD de 0/70. Se realiza TC que demuestra un correcto cierre de la sindesmosis (espacio < 5 mm).

**Comentarios y conclusiones.** La visualización de la sindesmosis con el abordaje lateral permite apreciar su apertura y el cierre después de la síntesis. La escopia nos permite comprobar el citado cierre. Se recomienda realizar estudio con TC o RNM para confirmar que la sindesmosis queda cerrada.

#### Bibliografía

Espinosa N, Smerek JP, Myerson MS. Acute and Chronic Syndesmotom Injuries: pathomechanisms, diagnosis and management. *Foot Ankle Clin* 2006 Sep;11(3):639-57.

Park SS, Kubiak EN, Egol KA, Kummer F, Koval KJ. Stress radiographs after ankle fracture: the effect of ankle position and deltoid ligament status on medial clear space measurements. *J Orthop Trauma*. 2006 Jan;20(1):11-8.

Egol KA, Amirtharajah M, Tejwani NC, Capla EL, Koval KJ. Ankle stress test for predicting the need for surgical fixation of isolated fibular fractures. *J Bone Joint Surg Am*. 2004 Nov;86-A(11):2393-8.

McConnell T, Creevy W, Tornetta P 3rd. Stress examination of supination external rotation-type fibular fractures. *J Bone Joint Surg Am*. 2004 Oct;86-A(10):2171-8

## CC 478

### A PROPÓSITO DE UN CASO DE LUXACIÓN TARSIANA

Revuelta Romo, J.; Martín Ramos, F.J.; Expósito, S.; Vides, M. y Rodríguez De La Cueva, J.M.

*Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme.*

**Introducción y objetivos.** La luxación subastragalina consiste en una luxación simultánea de las articulaciones distales del astrágalo (astrágalo-escafoidea y astrágalo-calcánea). Es una luxación más frecuente en hombres de edad adulta que han sufrido traumatismo de gran energía siendo la más frecuente la luxación medial.

**Material y método.** Paciente de 44 años sin antecedentes de interés atendido en nuestro servicio tras sufrir una caída casual por las escaleras. A la exploración física destaca dolor e impotencia funcional en tobillo derecho presentando a la inspección edema y deformidad evidentes en tobillo con exploración neurovascular distal normal.

**Resultados.** Se procede a la reducción cerrada en el área de urgencias, pero no es posible, por lo que se procede bajo sedación a su reducción cediendo el dolor y con exploración neurovascular distal normal. Se inmoviliza con férula pédica posterior y se realiza RX de control siendo esta normal. Se Realiza Una Tac para descartar la presencia de fracturas osteocondrales siendo este normal.

**Comentarios y conclusiones.** La luxación subastragalina es una entidad muy poco frecuente que supone el 1% de todas las luxaciones del tarso. La reducción bajo sedación debe realizarse lo antes posible. La Tac es una prueba de imagen de especial importancia en este tipo de luxaciones para descartar la presencia de fracturas osteocondrales que condicionen el pronóstico.

## CC 479

### COMPLICACIÓN DE SECCIÓN TENDINOSA TRAUMÁTICA EN CARA ANTERIOR DEL TOBILLO

Lozano Álvarez, C.; Ginés Cespedosa, A.; Pidemunt Moli, G.; Gil González, S.; Rigol Ramón, P. y Zabala Ferrer, S.

*Hospitales IMAS (Mar-Esperanza).*

**Introducción y objetivos.** La sección combinada de los tendones extensores de pie y dedos es excepcional. Presentamos un caso de fracaso en la sutura termino-terminal, su tratamiento mediante plastias y evolución.

**Material y método.** Mujer de 23 años con sección de TA, ECD, EPDG y nervio peroneo profundo. Intervenida de urgencias realizándose su-

turas termino-terminales y neurorrafia del nervio peroneo profundo. Inmovilización 3 semanas y posterior tratamiento rehabilitador. 6 semanas postcirugía, presenta limitación completa de la extensión del pie y dedos. La RMN confirma dehiscencia de sutura con defecto tendinoso de aproximadamente 5 cm. Se reinterviene realizando plastia de alargamiento (turn-down) proximal y distal del TA, plastia de deslizamiento (sliding free graft) del ECD al EPDG asociando tenodesis de refuerzo entre el ECD y el EPD; y plastia del retináculo extensor. Inmovilización tres semanas con botina en descarga. Posteriormente, ortesis dinámica de tobillo en carga asociada a rehabilitación pasiva y activa.

**Resultados.** Tras 6 meses de evolución: movilidad del tobillo activa 5°/30°, pasiva 30°/40°; con marcha libre, leve estepage y mínima cojera.

**Comentarios y conclusiones.** En rupturas crónicas aisladas del TA se han descrito diferentes plastias. Con afectación asociada del EPDG esta descrita la tenodesis proximal de TA y EPDG con sutura al extremo distal del TA y del extremo distal del EPDG al ECD, con buenos resultados funcionales. Dado el poco consenso de actuación y la escasa literatura, proponemos el seguimiento exhaustivo del paciente, diagnóstico precoz de la dehiscencia y planificación de la reconstrucción para conseguir la extensión del tobillo.

## CC 480

### LUXACIÓN SUBASTRAGALINA. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Arriagada Vera, J.1; Salgado Martínez, D.2 y Fernanda Ruiz3

<sup>1</sup>Servicio de Traumatología y Ortopedia, Hospital Dipreca y Clínica Indisa. <sup>2</sup>Interno Traumatología y Ortopedia. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Medicina. Universidad Diego Portales. <sup>3</sup>Alumna Escuela de Medicina Universidad del Desarrollo. Chile.

**Introducción y objetivos.** La luxación subastragalina es una urgencia traumatológica de infrecuente presentación representando el 0,06% de todas las luxaciones y el 2% de todas las lesiones a nivel del astrágalo. Generalmente se producen por accidentes de tránsito, deportivos o caídas de altura, afectando a los hombres con mayor frecuencia. El tratamiento de elección es la reducción cerrada comprobando posteriormente la estabilidad y en el mediano plazo descartando la necrosis avascular. Objetivos: presentar un caso tratado mediante reducción cerrada con buenos resultados.

**Material y método.** Masculino de 20 años, sano, sufre accidente deportivo al realizar una inversión forzada del pie izquierdo jugando fútbol. Consulta por dolor y deformidad del pie izquierdo. Es evaluado de urgencia, confirmando a la radiografía una luxación subastragalina del pie izquierdo.

**Resultados.** Se realiza reducción cerrada bajo anestesia sin dificultad. Se complementa el estudio con TAC de tobillo y pie que muestra una reducción anatómica y evidencia una fractura marginal del borde lateral del astrágalo. Se completa tratamiento con inmovilización de 8 semanas y posteriormente rehabilitación hasta su recuperación funcional.

**Comentarios y conclusiones.** Actualmente, a un año de seguimiento, el paciente no presenta sintomatología ni lesión osteocondral a nivel del astrágalo, comprobada con RNM de tobillo y pie. Con rangos articulares completos y realizando actividades de la vida diaria de forma normal. Conclusión: Los pacientes con luxaciones puras no complicadas, en los que se realiza reducción cerrada precoz presentan generalmente una buena evolución, con mínima sintomatología a largo plazo.

## CC 481

### ENFERMEDAD DE KHÖLER BILATERAL

Fdez-Gayol Pérez, M.; Truyols Domínguez, S.\*; Sopesén Veramendi, J.L.;

Ceballos Rodríguez, G.; Tamburri, R. y González Rodríguez, F.

*Hospital Central De La Defensa Gómez Ulla. Madrid.*

\*C.S. Colmenarejo.

**Introducción y objetivos.** Las osteocondrosis o trastornos de la osificación endocral representan una de las patologías algicas más frecuentes en la ortopedia del adulto en ausencia de traumatismo previo. Suponen además, una de las causas más frecuente de consulta diaria y conllevan un gasto sanitario considerable por las pruebas complementarias que demandan.

**Material y método.** Se presenta el caso de un varón de 52 años (electricista de profesión) con necrosis avascular de ambos escafoisdes tarsianos, que debutó con dolor a la palpación y deambulación, sin antecedente traumático previo. Su seguimiento periódico mediante RNM/ Gammagrafía mostró un Khöler II estable.

**Resultados.** Tras tratamiento conservador: AINES y descarga, se resolvió el cuadro. Ausencia de dolor y ROM completo.

**Comentarios y conclusiones.** Las osteocondrosis tarsianas en el adulto representan una patología ortopédica relativamente frecuente, que se vuelven excepcionales cuando son bilaterales... como el caso que se presenta.

## CC 482

### ENCONDROMA DE LOCALIZACION ATÍPICA

Escobar Antón, D.; Martínez Melián, I.; Zuñil, P.; Muñoz Sánchez, G. y Sanz, T.  
*Hospital Severo Ochoa. Leganés, Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Los encondromas son las tumoraciones óseas benignas más frecuentes, y suelen ser diagnosticados por hallazgos casuales. Su localización más frecuentes son las manos, sobre todo las falanges, pero pueden aparecer en múltiples sitios.

**Material y método.** Presentamos el caso de una paciente de 55 años sin antecedentes personales, que en estudio por hallux valgus se encontró una tumoración en la cabeza del primer metatarsiano del pie, que tras las pruebas complementarias es diagnosticado de posible encondroma por lo que tras valoración se decidió realizar curetaje y relleno de la tumoración. El estudio de anatomía patológica confirmó el diagnóstico de encondroma. Actualmente la paciente se encuentra bien a la espera de su corrección del hallux.

**Comentarios y conclusiones.** Los encondromas son tumoraciones ocultas que dependiendo del sitio te obligan a hacer unos diagnósticos diferenciales u otros. En este caso lo realizamos con el tumor de células gigantes. Generalmente son hallazgos casuales y su tratamiento son curetajes y relleno.

## CC 483

### AMPUTACIÓN NO REGLADA EN CARCINOMA ESCAMOSO BASE 3R DEDO DEL PIE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Casellas García, G.; Izquierdo Corres, O. y Ramos Cuesta, L.  
*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.*

**Introducción y objetivos.** La amputación de miembros puede ser debida a diferentes diagnósticos, en todos debe elegirse el nivel funcional más distal posible. Las amputaciones parciales del pie permiten incluso andar unos metros sin necesidad protésica.

**Material y método.** Presentamos el caso de un paciente varón de 49 años intervenido por callosidad plantar en otro centro. Acude por úlcera plantar recidivante que se interviene en 2 ocasiones para cerrar fístula y en 2 ocasiones más por aparición de osteomielitis de la base de F1 del 3r dedo del pie derecho con resección de la misma, diagnosticada por RM y cultivo positivo para *Corynebacterium* y *S. viridans*. Siguió tratamiento antibiótico y debido a el curso tórpido de la úlcera y por la aparición de una lesión sobre elevada de 5x4cm se decidió realizar un punch que fue diagnóstico de carcinoma escamoso con pequeño foco de crecimiento infiltrante. El estudio de extensión fue negativo.

**Resultados.** Se decidió realización de amputación de 2º, 3º y 4º radios y dedos pie derecho, cerrando la lesión del 1º y 5º radios. La anatomía patológica mostró márgenes libres. Posteriormente buena evolución de la cicatrización y al mes y medio el paciente realizaba deambulación en carga sin alteraciones. Como complicaciones el paciente ha presentado acorchamiento del pie y leves disestesias en el dorso.

**Comentarios y conclusiones.** Se encuentra poca bibliografía de casos de amputaciones no regladas en el pie, pero en nuestro caso lo creímos importante por ser un caso de tumoración y para intentar la deambulación sin ser necesaria la protésica.

## CC 484

### PSEUDOARTOSIS DE TIBIA DISTAL CON ARTROSIS DE RETROPIE. TRATAMIENTO CON ENCLAVADO RETRÓGRADO ARTROSCÓPICO

Rodríguez Martín, J.\*; Vivanco Jódar, T.\*; Vilá y Rico, J.\*\*;  
Del Río Hortelano, J.\* y Martí López-Amor, C.\*  
*\*Clínica Ruber. Madrid. \*\*Clínica San Camilo. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas del pilón tibial constituyen unas lesiones difíciles de tratar, asociadas a un alto número de complicaciones, entre las que se encuentra la pseudoartrosis.

**Material y método.** Varón de 37 años de edad que consulta tras haber sufrido una fractura conminuta de pilón tibial, tratada inicialmente en otro centro, con un fijador externo y una osteosíntesis ad mínimum con tornillos. A la exploración física destaca la presencia de signos de dolor regional complejo y dedos menores del pie en garra. La radiografía a los 6 meses postoperatorios muestra ausencia de signos de consolidación, osteoporosis generalizada y artrosis de la articulación subastragalina. El tratamiento definitivo consistió en una panartrodesis con clavo retrógrado en cerrojado (TriGen Smith and Nephew®) y control artroscópico.

**Resultados.** La evolución postoperatoria fue satisfactoria lográndose la artrodesis de la articulación tibioastragalina y subastragalina y cese de la sintomatología dolorosa.

**Comentarios y conclusiones.** La pseudoartrosis de tibia distal es una complicación difícil de tratar. Cuando se asocia a artrosis de la articulación subastragalina la artrodesis de ambas articulaciones es una opción a valorar. El uso del clavo retrógrado con control artroscópico ofrece ventajas sobre técnicas abiertas como la menor agresión a las partes blandas con un período de recuperación más corto.

## CC 485

### VIGENCIA ACTUAL DE LOS CRITERIOS DE OTAWA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR POSTRAUMÁTICO EN TOBILLO

Fdez-Gayol Pérez, M.; Truyols Domínguez, S.\*; Sopesén Veramendi, J.L.; Carreres Colón, F.J.; Tamburri, R. y González Rodríguez, F.  
*Hospital Central De La Defensa "Gómez Ulla". Madrid.*  
*\*C.S. Colmenarejo.*

**Introducción y objetivos.** Los esguinces de tobillo representan el motivo más frecuente de consulta de traumatología en urgencias, con una incidencia anual de 1 caso por cada 100.000 habitantes al año. El diagnóstico se establece además de por la anamnesis y la clínica, mediante la realización de pruebas de imagen (especialmente radiología convencional (cumpliendo criterios de Ottawa) que son imprescindibles para descartar otras patologías asociadas de tobillo o retropié de importante impacto funcional y económico.

**Material y método.** Se presentan los casos de dos pacientes que acuden al Servicio de Urgencias de nuestro Hospital por presentar importante dolor e inflamación en tobillo asociados a impotencia funcional, diagnosticados previamente (en su Centro de Salud) de Esguince de Tobillo, en tratamiento ortopédico. La exploración física y la puesta en marcha de pruebas de imagen (radiología simple) pusieron en evidencia lesiones que habían pasado desapercibidas inicialmente: Fractura del calcáneo con afectación de la articulación subastragalina (Angulo de Boehler disminuido).

**Resultados.** Dado el tiempo de evolución de las lesiones, la edad de los pacientes y el tipo de fractura, se decidió aplicar tratamiento ortopédico conservador.

**Comentarios y conclusiones.** El Calcáneo es el hueso del tarso que se fractura con más frecuencia, presentando los pacientes dolor moderado o intenso en el talón y/o tobillo, hematoma, dolor a la presión, tumefacción, ensanchamiento y acortamiento del talón. La exploración clínica y radiológica son esenciales para determinar el diagnóstico de estas lesiones, cuyo impacto económico es muy importante y su repercusión funcional muy invalidante; por lo que siguen cobrando especial interés los criterios de Ottawa.

## CC 486

### TRATAMIENTO DE LAS LESIONES OSTEOCONDRALES DE ASTRÁGALO ASISTIDO POR ARTROSCOPIA

Navarro González, F.M.; Lajara Marco, F.; Salinas Gilabert, J.E.; García Gálvez, A. y Lozano Requena, J.A.  
*Hospital Vega Baja.*

**Introducción y objetivos.** Presentamos el resultado del tratamiento de las osteocondritis en función de los hallazgos encontrados en la artroscopia diagnóstica y/o terapéutica.

**Material y método.** Se revisan retrospectivamente 15 casos de osteocondritis de astrágalo tratados en nuestro servicio entre 2006 y 2008. Se trató de 9 hombres y 6 mujeres, con una media de 33 años (rango 15-60 años). Fueron clasificadas las lesiones preoperatoriamente según la resonancia y postoperatoriamente según los hallazgos artroscópicos. Se registró el tratamiento realizado y los resultados fueron evaluados según la escala AOFAS de pie y tobillo.

**Resultados.** Tras la artroscopia de tobillo se objetivaron: una lesión grado 1, una lesión grado 2, siete lesiones grado 3, y seis lesiones grado 4 según la clasificación de Pritsch modificada. Nueve lesiones fueron tratadas artroscópicamente mediante desbridamiento y perforaciones, en un caso se reancló el fragmento osteocondral con un pin reabsorbible, y 6 precisaron aporte óseo. Tras 18 meses de seguimiento medio (rango 6-36 meses), se revisaron 14 de los 15 pacientes obteniéndose 9 resultados excelentes, 3 buenos, un resultado regular y uno malo.

**Comentarios y conclusiones.** Consideramos útil el uso del artroscopio en el tratamiento de las lesiones osteocondrales del astrágalo para determinar el grado de afectación, plantear y/o realizar el tratamiento definitivo.

## CC 487

### OSTEOTOMÍA DE LUDLOFF PARA EL TRATAMIENTO DEL HALLUX VALGUS

Pascual del Hoyo S.; Alfaro Molero, R.; Rubio Vivanco, I.; Oteo Maldonado, J.A. y López Orosa, C.  
*Hospital de Fuenlabrada. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** El hallux valgus es una de las patologías más frecuentes del pie. Para su corrección existen diversas técnicas quirúrgicas, la osteotomía disafisaria oblicua de Ludloff está indicada en casos de hallux valgus avanzados con un ángulo intermetatarsiano > 15°.

**Material y método.** Presentamos la experiencia con esta técnica en el Hospital de Fuenlabrada. 13 cirugías en 11 pacientes (9 mujeres y 2 varones), edad media 51 años. La media del ángulo metatarso-falángico fue de 39.4° y del intermetatarsiano fue de 17.1. La osteotomía se sintetizó con tornillos canulados. Tras la cirugía se mantuvo en descarga durante 4 semanas, uso de zapato ortopédico de tacón invertido 8 semanas y separador de silicona entre 1-2 dedos 2-3 meses. Seguimiento mínimo de un año.

**Resultados.** La corrección media del ángulo metatarsofalángico fue de 22.1° y del intermetatarsiano de 7.1. La evolución fue buena en todos los casos salvo uno que presentó pseudoartrosis, que requirió nueva cirugía.

**Comentarios y conclusiones.** La osteotomía de Ludloff es una opción a tener en cuenta para el tratamiento del hallux valgus grave dado que consigue una buena corrección radiológica significativa con la consiguiente mejoría en el plano clínico, con escaso número de complicaciones.

## RODILLA (CC 488 - CC 591)

### CC 488

#### PLASTIA H-T-H PARA RECONSTRUCCIÓN DE TENDÓN ROTULIANO CALCIFICADO

Gutiérrez Sánchez, I.; Sáez de Ugarte Sobrón, O.; Diego García, A.; Cru-chaga Celada, A.; Moreta Suárez, J. y Sánchez Sobrino, A.  
*Hospital de Galdakao (Bizkaia).*

**Introducción y objetivos.** Las lesiones del aparato extensor de la rodilla son frecuentes y, en ocasiones, se manifiestan como alteraciones localizadas en el tendón rotuliano. Habitualmente son lesiones benignas que se resuelven satisfactoriamente mediante procedimientos convencionales quirúrgicos y rehabilitadores, pero hay casos especialmente graves en los que estas técnicas resultan insuficientes. Estas lesiones graves se pueden presentar como complicaciones en pacientes sometidos a una artroplastia total de rodilla, pero también en procesos reumáticos que conllevan un deterioro tendinoso, o en casos traumáticos.

**Material y método.** Paciente varón de 27 años al que, tras sufrir una fractura de rótula se le realizó una osteosíntesis mediante cerclaje en obenque. Presentó una rigidez articular progresiva, por lo que se realizaron 2 movilizaciones bajo anestesia, y retirada del material de osteosíntesis, a pesar de lo cual persistieron rigidez y dolor. En las radiografías realizadas al año del traumatismo se apreció una calcificación global del tendón rotuliano. A pesar de los múltiples tratamientos posteriores (administración de indometacina, ondas de choque, peinado quirúrgico del tendón y resección de la calcificación), no se objetivó mejoría, por lo que se decidió realizar una reconstrucción del aparato extensor mediante aloinjerto HTH (rótula-tendón rotuliano-TTA).

**Resultados.** Tras 4 años de seguimiento, el paciente sigue asintomático, realizando actividad deportiva, con movilidad completa de la rodilla, y sin signos de recidiva de la calcificación.

**Comentarios y conclusiones.** La reconstrucción del aparato extensor de la rodilla mediante aloinjerto HTH en casos de lesiones graves y extensas es una opción a tener en cuenta.

### CC 489

#### TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA FÉMOROPATELAR MEDIANTE APORTACIÓN DE CONCENTRADOS PLAQUETARIOS

Jiménez Martín, A.; Gómez de Terreros Soto, J.M.; Podetti Meardi, M.A.; Pérez Hidalgo, S. y García Díaz, J.  
*Hospital FREMAP. Sevilla.*

**Introducción y objetivos.** La condromalacia rotuliana supone una causa de gonalgia y limitación laboral, con una frecuencia del 92% entre los 30-39 años para Owre. Presentamos un caso tratado eficazmente mediante la infiltración de plasma rico en factores de crecimiento (PRGF) y ácido hialurónico intraarticulares.

**Material y método.** Paciente de 35 años, con gonalgia postmeniscec-tomía, dolor en la flexoextensión de la rodilla derecha. Steinmann y McMurray negativos, Ángulo Q de 25° en extensión. Índice de Insall-Salvati de 1.30. Rótula tipo II de Wiber. Proyección de Merchant (45° de flexión), con ángulo del surco de la tróclea femoral de 150°, un ángulo patelofermoral de Laurin a 20° de flexión normal y una congruencia lateral rotuliana de unos 4°. RNM: Condromalacia rotuliana grado 3 de Outerbridge.

**Resultados.** La ausencia de mejoría tras el lavado artroscópico previo nos lleva a proceder a la infiltración con PRGF y ácido hialurónico, mejorando de la clínica, y reanudando su actividad laboral.

**Comentarios y conclusiones.** Actualmente el lavado artroscópico con sección del alerón rotuliano permite la mejoría clínica de estos pacientes. Las relaciones rótula-tróclea en la flexoextensión de la rodilla son mejor valorables a través de los portales transpatelar y superopatelar según Aglietti y Fulkerson. Para Sánchez, la administración de PRGF ha sido útil en avulsiones parciales del cartílago en futbolistas y para Johns la administración de factores como VEGF, EGF o PDGF junto con condrocitos ha determinado la regeneración del cartílago rotuliano en 3 semanas frente a las 6 semanas del grupo control sin factores de crecimiento.

### CC 490

#### ACTITUD ARTROSCÓPICA FRENTE A LA PATOLOGÍA DE OSGOOD-SLACHTER

Jiménez Martín, A.; Gómez de Terreros Soto, J.M.; Pérez Hidalgo, S. y Carreras, H.\*  
*Hospital FREMAP Sevilla. \*Centro Gallego de Buenos Aires.*

**Introducción y objetivos.** Rosenberg define la enfermedad de Osgood-Schlatter como una degeneración del tercio distal del tendón rotuliano cerca de su inserción en la tuberosidad anterior tibial. Nuestro objetivo es describir un caso asociado a condropatía rotuliana tratado artroscópicamente mediante el procedimiento de Ogon.

**Material y método.** Varón de 35 años con gonalgia izquierda de años de evolución. Dolor en tuberosidad tibial, tumefacción leve a este nivel. McMurray, Steinmann, Lachmann negativos. Zöhlen positivo. RNM: Osificación heterotópica con focos de hiperintensidad cuneiforme en T2 y distensión infrarrotuliana profunda. Liberamos artroscópicamente el tendón rotuliano mediante la técnica de Ogon y posteriormente extirpamos la osificación.

**Resultados.** Obtenemos una mejoría en el estadije de Blazina, disminuyendo el dolor en la zona desde un V.A.S. de 7 puntos a uno de 3.

**Comentarios y conclusiones.** El tratamiento de la tendinopatía crónica rotuliana mediante reposo, infiltraciones corticoideas u ondas de choque no resuelven un 10% de los casos. Smillie pregonizó las perforaciones rotulianas, Blazina la reinserción tendinosa rotuliana y Ferretti la excisión del tejido anormal, consiguiendo un 63% de rodillas asintomáticas. Beyzadeoglu y DeBerardino pregonizan la técnica artroscópica para liberar el osículo propio del Osgood y mejorar la tendinopatía rotuliana, aunque Coleman no halló diferencias significativas entre los procedimientos abiertos y los artroscópicos. Para Ogon la artroscopia mediante perforaciones y cauterización/denervación del paratenon y polo inferior de la patela han determinado una escala de Blazina desde 3.7 a 0.4 puntos con  $p < 0.01$ , permitiendo la carga completa en 10 días, lo que justifica la realización de esta técnica.



## CC 491

### POLIFEMO HA VUELTO

Llaquet Leiva, A.A.\*; Zuñil, P.\*\*; Vergara Ferrer, A.\*\*; Peralta, J.V.\*\*; García De León, M.A.\*\* y Galiano, G.\*\*  
\*Hospital Universitario Severo Ochoa De Leganés, \*\*HUSVO.

**Introducción y objetivos.** Curiosa patología tanto como su propio nombre cuyos orígenes no están claros, resultando muy atractivo la aparición de un caso clínico "de libro" que nos acerca aún más a su estudio y conocimiento para resolverlo.

**Material y método.** Mujer de 31 años que practicando baloncesto realiza un giro brusco haciéndose daño en la rodilla derecha. El estudio clínico y de imagen pone de manifiesto una rotura de LCA por lo que se somete a tratamiento quirúrgico de plastia ligamentosa con la técnica hueso-tendón-hueso (HTH) a principios 2006. En el acto quirúrgico se observa una plastia competente con un "impingement" con Ojo de Cíclope, estando el resto de estructuras indemnes. Se practica condiloplastia y resección del "ojo".

**Resultados.** En el momento actual tras 1 año y 7 meses de evolución la paciente se encuentra asintomática y satisfecha del resultado. Ha comenzado a practicar deporte con buen rendimiento y sin problemas de ningún tipo.

**Comentarios y conclusiones.** Si en la reconstrucción inicial del ligamento cruzado anterior se acaba produciendo esta patología, una buena opción es la condiloplastia que además de ser una técnica sencilla ofrece buenos resultados.

## CC 492

### EL IMPERIO DEL CÍCLOPE

Llaquet Leiva, A.A.\*; Escobar Antón, D.\*\*; Vergara Ferrer, A.\*\*; Martínez Melián, I.\*\*; Castro, J.\*\* y García De León, M.A.\*\*  
\*Hospital Universitario Severo Ochoa De Leganés, \*\*HUSVO.

**Introducción y objetivos.** El síndrome del cíclope que fuera descrito por Jackson como un dolor anterior que aparece o se manifiesta en los movimientos de extensión de la rodilla, después de una cirugía intraarticular de reconstrucción del ligamento cruzado anterior con una incidencia que oscila entre 2-10% y no siempre es incapacitante.

Muchas posibles etiologías se han postulado para explicar el Síndrome del Cíclope entre las que se cuentan un túnel tibial demasiado anterior, la permanencia de restos de ligamentos cruzado anterior, una escasa toilette, ya sea a nivel tibial como nivel femoral, la conservación de la vaina del trasplante libre elegido.

**Material y método.** El paciente sufrió una rotura de su LCA jugando al fútbol en el 2007. Fue operado y reparada su lesión del ligamento con una plastia de semitendinoso, pero un año después seguía con molestias. En la RMN se observó un pinzamiento con posibilidad de ser un síndrome del cíclope. Fue reintervenido recolocando la plastia con injerto de cadáver.

**Resultados.** En el momento actual el paciente disfruta de una buena calidad de vida habiéndose reincorporado a su vida normal y práctica deportiva del pasado.

**Comentarios y conclusiones.** Las soluciones que se ofertan en la literatura comprenden desde recolocar la plastia adecuadamente, ya sea intraoperatoriamente si se observa en el momento previo a la clínica o al aparecer la sintomatología incapacitante, o bien una condiloplastia, más sencilla. Se optó con éxito por la recolocación de la plastia siendo la mejor opción, aunque la más demandante.

## CC 493

### RESULTADO DE LA ARTROSCOPIA DE RODILLA EN PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS CON MENISGOPATÍA ASOCIADA A CAMBIOS DEGENERATIVOS

Morales de Cano, J.; Salgado, O.; Illobre, J.M.; de la Torre, M.; Lasurt, S.; López, C. y Canosa, J.  
*Hospital del Vendrell (Tarragona).*

**Introducción y objetivos.** La utilidad de la artroscopia como tratamiento en pacientes mayores de 50 años y que presentan una meniscopatía asociada a procesos degenerativos en la rodilla es muy discutida. Realizamos un estudio retrospectivo de aquellos pacientes mayores de 50

años a los que se les realiza una artroscopia de rodilla para presentar una meniscopatía asociada a procesos degenerativos de esta articulación, valorando los resultados y los casos de reintervenciones por no ser suficiente la artroscopia.

**Material y método.** Se realiza un estudio retrospectivo de 88 pacientes, 37 hombres y 51 mujeres, con bilateralidad homogénea y diagnosticados de forma clínica con confirmación por RNM: meniscopatía degenerativa con diferentes grados de afectación condrales. Se realizó meniscectomía, lavado articular y microfractura en los casos necesarios.

**Resultados.** Los resultados clínicos y funcionales han sido valorados al año de la intervención. Se observan resultados más satisfactorios cuando se encuentra menor grado de condropatía, pero con mejoría de los síntomas aunque se objetivaron signos artrósicos claros.

**Comentarios y conclusiones.** La gonalgia en pacientes de mediana-avanzada edad es una entidad muy habitual en la práctica clínica, ya sea de causa degenerativa o traumática. Aunque no siempre se asocia a un evento traumático, la mayoría de las veces este es de baja energía, a partir del cual se inician los síntomas: presentándose como dolor en interlineado afecta de forma espontánea ya la palpación (más frecuente la interna) junto con síntomas femoropatelares y maniobras meniscales positivas, aunque no siempre. La artroscopia es una técnica efectiva a los pacientes mayores de 50 años tanto si se encuentran lesiones condrales como si no, aunque en este caso los buenos resultados clínico-funcionales duran más en el tiempo.

## CC 494

### ADMINISTRACIÓN DE ÁCIDO TRANEXÁMICO EN ARTROPLASTIAS DE RODILLA Y CADERA

Morales de Cano, J.; Lasurt, S.; Blasco, J.; Sánchez-Bailén, M.J.; Can, S.; Benlloch, R.; Salgado, O.; Illobre, J.M.; Canosa, J. y De la Torre, M.  
*Hospital del Vendrell (Tarragona).*

**Introducción y objetivos.** Las artroplastias de rodilla y cadera son muy frecuentes en nuestro medio. El uso peroperatorio de antifibrinolíticos puede reducir las necesidades transfusionales (1,2), con el beneficio que ello supone para los pacientes y el ahorro que conlleva de concentrados de hemáties (CCHH) de los bancos de sangre. Objetivos: comprobar la eficacia, en artroplastias totales de rodilla y cadera, de la administración peroperatoria de ácido tranexámico para disminuir las pérdidas hemáticas perquirúrgicas y la tasa de transfusiones alogénicas.

**Material y método.** estudio retrospectivo de dos cohortes no concurrentes. Todos los pacientes fueron incluidos en el protocolo (ya existente en nuestro centro) de optimización pre y postoperatoria de la hemoglobina que incluye la instauración de un drenaje quirúrgico con recuperador. Los del segundo grupo recibieron ácido tranexámico 10 mg/kg por dos dosis (sólo una si IRC), los del primero no. Se registraron edad, sexo, tipo de artroplastia, hemograma y ferritina en 5 analíticas seriadas (preoperatoria, el día de la intervención, a las 6 horas, a las 24 horas y a los 4 días postintervención), mililitros recuperados (y reinfundidos) en el drenaje quirúrgico al alta de la unidad de reanimación y número de CCHH transfundidos dentro de los 4 primeros días postintervención.

**Resultados.** fueron incluidos 181 pacientes en el primer grupo y 102 en el grupo tranexámico. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en cuanto a edad y sexo de los pacientes. La cantidad de sangre recuperada por el drenaje quirúrgico fue de 414,48ml de media en el primer grupo (con una tasa de reinfusión de 1,19 unidades por paciente) y de 71,23 ml en el grupo tranexámico (con una única unidad reinfundida en todo el grupo). Recibieron transfusión de CCHH el 20,99% de los casos del primer grupo, mientras que en el grupo del tranexámico sólo el 5,88%.

**Comentarios y conclusiones.** La administración peroperatoria de ácido tranexámico disminuye significativamente tanto la pérdida hemática por el drenaje quirúrgico (se podría reconsiderar la utilización de re-dones convencionales sin recuperador) como la tasa de transfusiones alogénicas (3).

#### Bibliografía

Camarasa Godoy MA, Serra-Prat M, Palomera Fanegas E. Effectiveness of tranexamic acid in routine performance of total knee replacement surgery. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2008 Feb; 55(2): 75-80.  
Lozano M, Basora M, Peidro L, Merino I, Segur JM, Pereira A, Salazar F, Cid J, Lozano L, Mazzara R, Macule F. Effectiveness and safety of tranexamic acid administration during total knee arthroplasty. Vox Sang. 2008 Mar 18.

Seppo T. Hippala, Leo J. Strid, Matti I. Wennerstrand, J. Vesa V. Arvela, Heimo M. Niemelä, Sisko K. Mäntylä, Raija P. Kuisma, Jarkko E. Ylinen. Tranexamic acid radically decreases blood loss and transfusions associated with total knee arthroplasty. *Anesth Analg* 1997; 84: 839-44.

## CC 495

### ENORME OSTEOCONDRIITIS DISECANTE JUVENIL DEL CONDILO LATERAL FEMORAL

Santana Suárez, R.Y.\*; Montesdeoca, P.\*\*; Valencia Sola, L.\*\*\*; Navarro Navarro, R.\*; Martín García, F.\* y Romero Pérez, B.\*  
\*Hospital Universitario Insular De Gran Canaria, \*\*Hospitalario Universitario Materno Insular De Gran Canaria, \*\*\*Hospital Universitario Dr. Negrín -Servicio De Anestesiología y Reanimación.

**Introducción y objetivos.** Son pocos los casos presentes de osteocondritis disecante describiendo una proporción de la lesión osteocondral que abarca un condilo casi por completo y una ubicación del defecto poco común, condilo lateral. Muchas veces la presentación del cuadro clínico es confuso, sobre todo en aquellos casos no asociados a trauma, pudiendo confundirse con meniscopatías u otras condropatías

**Material y método.** Se presenta el caso de un paciente varón de 14 años que en el transcurso de 6 meses presenta una osteocondritis del condilo lateral. Sin cirugía previa ni traumatismo conocido ni antecedentes patológicos de interés. Este paciente acude inicialmente con cuadro clínico de gonalgia derecha asociada a bloqueo. En las imágenes de RX y TAC se observa un fragmento osteocondral desprendido a nivel del condilo lateral que lo abarca por completo.

**Resultados.** Le realizamos una cirugía abierta en la cual nos servimos de la mosaicoplastia con la cual rellenamos el defecto condilar lateral de aproximadamente 4 x 4 centímetros. El paciente presenta una evolución satisfactoria, con integración de la mosaicoplastia. Tras pasar por el servicio de rehabilitación a los seis meses el paciente presenta una flexión de 90 ° y una extensión completa no acompañada de dolor.

**Comentarios y conclusiones.** Al ser poco frecuente este tamaño de osteocondritis disecante asociado a una localización poco común vemos un interés especial en describir este caso, además de conseguir buenos resultados con una indicación límite de la mosaicoplastia por el considerado tamaño del defecto rellenado.

## CC 496

### SÍNDROME DE LA BANDA ILIOTIBIAL POR CEMENTOFITO LATERAL: UNA COMPLICACIÓN INUSUAL DE LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Jesús Escribano Rey, R.; Crespo Cullel, I.; Díaz de Rada Lorente, P.; Valentí Azcárate, A. y Valentí Nin, J.R.  
*Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.*

**Introducción y objetivos.** Se han descrito distintas complicaciones asociadas con el uso de cemento en las artroplastias de rodilla. Describimos una de ellas poco habitual. Objetivo: presentamos un caso de roce y resalte doloroso en el compartimento lateral de la rodilla por el cemento sobrante que sobresale del componente femoral protésico.

**Material y método.** Paciente de 78 años alérgica a cromo y níquel intervenida mediante prótesis de rodilla analérgica a estos metales, que en las primeras semanas del postoperatorio, presenta dolor en cara lateral, objetivándose a los 6 meses de la intervención un resalte palpable en cara lateral de la rodilla con los movimientos de flexoextensión. Los estudios practicados fueron negativos para la movilización de los componentes. Se practica ecografía observándose una banda fibrosa bajo la cintilla iliotibial.

**Resultados.** Se practica revisión quirúrgica encontrándose una gruesa banda de tejido cicatricial bajo la cual se encuentra un reborde de cemento que sobresale de la cementación del componente femoral de la prótesis. Se reseca la cicatriz fibrosa reaccional y el cemento que protruye, mejorando el dolor desde el postoperatorio inmediato y desapareciendo el resalte.

**Comentarios y conclusiones.** Aunque es conocida desde hace tiempo la posibilidad de complicaciones derivadas del uso de cemento en las artroplastias, sólo hemos encontrado en la literatura un caso de compromiso mecánico por roce de características similares. Conclusiones: en

toda artroplastia de rodilla es importante revisar, una vez colocada la prótesis, la presencia de cemento extruído en los bordes de los componentes; evitando así la irritación mecánica local, la respuesta de la sinovial al roce y la sintomatología clínica dolorosa.

## CC 497

### LUXACIÓN FEMOROTIBIAL ROTACIONAL POSTRAUMÁTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Merino Pérez, J.; Martín Egaña, I.; Ibor Ureña, I.; Guerrero Molina, J.A.; Cobos Prada, M.R. y Martín Larrañaga, N.  
*Hospital de Cruces.*

**Introducción y objetivos.** La luxación traumática de rodilla es poco frecuente, pero puede ser una lesión grave debido a la incidencia de lesiones vasculares asociadas. Las luxaciones rotacionales no son frecuentes. La mayoría de los artículos revisados son partidarios de la reparación quirúrgica precoz de las estructuras dañadas.

**Material y método.** Presentamos el caso de una paciente de 16 años, que tras un atropello, fue trasladada al servicio de urgencias por gonalgia derecha. A la exploración, presentaba deformidad y una exploración neurológica y vascular normales. Tras la reducción cerrada, el estudio angiográfico resultó normal y las radiografías demostraban un importante varo. Clínicamente, existía un bostezo al forzar el varo y una prueba de cajón anterior positiva.

**Resultados.** Tras la inmovilización con fijador externo durante 5 semanas seguida de fisioterapia, la rodilla continuaba siendo inestable, por lo que se optó por ligamentoplastia bifascicular artroscópica del LCA y reconstrucción abierta del LLE, con resultado funcional bueno y satisfacción de la paciente.

**Comentarios y conclusiones.** La luxación traumática de rodilla causa una lesión grave de las partes blandas con roturas ligamentosas que favorecen la inestabilidad de rodilla. Una valoración artroscópica precoz sin tener constancia de la integridad capsular puede provocar serias complicaciones como un síndrome compartimental. La reparación tardía permite una planificación preoperatoria, una mejor delimitación de las lesiones, además de abordajes más limitados y menos cruentos.

## CC 498

### LA CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA MEJORA LA FUNCIÓN EN ATR

Varela Egocheaga, J.R.\*; Suárez Suárez, M.A.\*\*; Fernández Villán, F.\*\*, González Sastre, V.\*\*; Varela Gómez, J.R.\*\*\* y Murcia Mazón, A.\*\*  
\*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital de Navarra \*\*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital de Cabueñes \*\*\*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Álvarez-Buylla.

**Introducción y objetivos.** El objetivo de nuestro trabajo fue comprobar el impacto de la cirugía mínimamente invasiva en la artroplastia total de rodilla. Para ello comparamos los resultados funcionales del abordaje subvastus MIS con los del abordaje parapatelar medial convencional.

**Material y método.** Ensayo clínico prospectivo y aleatorizado. Se seleccionaron 100 pacientes divididos en dos grupos de 50, mediante una tabla de números aleatorios, en función del abordaje utilizado (subvastus mínimamente invasivo vs parapatelar medial convencional). Se midió el Knee Society Score preoperatorio y al mes, tres meses y doce meses. Estadística: comprobación de normalidad y homogeneidad de varianza; t de Student U y de Mann-Whitney. ANOVA de medidas repetidas para comparar el Knee Society Score en diferentes momentos temporales dentro de cada grupo.

**Resultados.** KSS preoperatorio sin diferencias significativas. KSS al mes, tres meses y doce meses resultaron significativamente mayores en el grupo de pacientes intervenidos mediante abordaje subvastus MIS. Al mes y a los tres meses tanto el apartado objetivo como el funcional del KSS fue superior en el grupo de abordaje MIS. ANOVA de medidas repetidas: el KSS aumentó significativamente en ambos grupos desde los valores preoperatorios hasta los del primer mes, desde el primer mes hasta los de los tres meses y de ahí hasta los doce meses.

**Comentarios y conclusiones.** El abordaje subvastus mínimamente invasivo ha sido capaz de mejorar el resultado funcional en artroplastia total de rodilla.

## CC 499

### MAYOR RANGO DE MOVILIDAD EN ATR MIS

Varela Egocheaga, J.R.\*; Suárez Suárez, M.A.\*\*; Fernández Villán, F.\*\*; González Sastre, V.\*\*; Varela Gómez, J.R.\*\*\* y Murcia Mazó, A.\*\*  
\*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital de Navarra \*\*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital de Cabueñes \*\*\*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Álvarez-Buylla.

**Introducción y objetivos.** El objetivo de nuestro trabajo fue comprobar el impacto de la cirugía mínimamente invasiva en la flexión de la rodilla en artroplastia total de rodilla. Para ello comparamos la flexión del abordaje subvastus MIS con la del abordaje parapatelar medial convencional.

**Material y método.** Ensayo clínico prospectivo y aleatorizado. Se seleccionaron 100 pacientes divididos en dos grupos de 50 en función del abordaje (subvastus MIS vs parapatelar convencional). Se midió la flexión activa de la rodilla preoperatoria, al tercer día del postoperatorio, al mes, tres meses y doce meses. Estadística: comprobación de normalidad y homogeneidad de varinzas; t de Student U y de Mann-Whitney. ANOVA de medidas repetidas para comparar flexión en diferentes momentos temporales dentro de cada grupo.

**Resultados.** Flexión preoperatoria sin diferencias significativas. Flexión al tercer día, al mes, tres meses y doce meses significativamente mayor en el grupo de pacientes intervenidos mediante abordaje subvastus MIS. ANOVA de medidas repetidas: la flexión descendió significativamente desde el preoperatorio hasta el tercer día del postoperatorio y luego aumentó significativamente en ambos grupos desde ahí hasta el primer mes y desde el primer mes hasta los de los tres meses. Desde los tres a los doce meses sólo el grupo de abordaje MIS incrementó significativamente la flexión. Por último sólo el grupo MIS logró mejorar significativamente la flexión desde el preoperatorio hasta los doce meses.

**Comentarios y conclusiones.** El abordaje subvastus mínimamente invasivo ha sido capaz de mejorar la flexión en artroplastia total de rodilla.

## CC 500

### ADECUACIÓN DEL ESTUDIO RADIOGRÁFICO PRE Y POSTOPERATORIO DE LAS ATR

León Muñoz, V.J.  
Hospital Vega del Río Segura (Murcia).

**Introducción y objetivos.** Para optimizar la planificación preoperatoria y realizar un estudio crítico de mínimas malposiciones en las ATR implantadas, es fundamental sistematizar la medición de determinados ángulos en un estudio completo de ambas extremidades en carga. En ocasiones es necesario dicho estudio en apoyo monopodal. Objetivo: análisis retrospectivo del grado de cumplimentación en un Servicio de COT durante un año.

**Material y método.** Se han analizado las ATR implantadas en el año 2008. 131 cirugías primarias. 128 casos válidos para el estudio. Edad media: 70,02 ± 7,71. Distribución por sexos: 75% mujeres y 25% hombres. Lateralidad: 51,6% derecha y 48,4% izquierda. Se determina el número de casos que tienen el estudio preoperatorio adecuado y el número de casos en los que se ha realizado medición y planificación preoperatoria. También se realiza la observación postoperatoria. Análisis estadístico mediante SPSS 15.0 para Windows.

**Resultados.** El 81,3% de los casos tienen adecuado estudio preoperatorio. Sólo en el 51,6% del total de los casos se han realizado mediciones preoperatorias. Mediante tablas de contingencia se estima que dos de los cuatro cirujanos con más casos siempre realizan el estudio (medición preoperatoria 100% y 94,4%). El grado de cumplimentación del resto es muy inferior. El estudio postoperatorio sufre el sesgo de encontrarnos aún en los primeros 12 meses de seguimiento.

**Comentarios y conclusiones.** El grado de análisis angular de las rodillas a intervenir e intervenidas no es aún suficiente. Es por ello que se proponen objetivos de mejora.

## CC 501

### QUISTE SINOVIAL LCA

Casas Duhrkop, D.\*. Ares Vázquez, O.\*; Seijas Rodríguez, R.\*; Álvarez Díaz, P.\*; Cuscó Segarra, X.\* y Cugat Bertomeu, R.\*\*  
\*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. \*\*Fundación García Cugat. Hospital Quirón Barcelona.

**Introducción y objetivos.** los quistes del LCA son raros y normalmente son hallazgos accidentales en la RM o la artroscopia. Tienen una incidencia del 0,6-2%.

**Material y método.** presentamos el caso de un varón de 16 años jugador de baloncesto con dolor de rodilla de meses de evolución. No presenta limitación de la movilidad ni inestabilidad. En la RM se observa un quiste en el LCA. Dos semanas antes de la cirugía remiten los dolores. Se realiza artroscopia observándose el quiste en el LCA junto con una rotura parcial del mismo. Se extirpan los restos del quiste y se realiza infiltración de factores de crecimiento plasmático.

**Resultados.** al mes de la intervención el paciente se encuentra sin dolor y realizando rehabilitación intensa sin problemas.

**Comentarios y conclusiones.** los quistes de lca pueden producir dolor y en ocasiones bloqueos de rodilla dependiendo de su localización. Si es anterior puede bloquear la extensión y si es posterior la flexión. Hay que hacer un seguimiento clínico ya que la recurrencia es frecuente. Conclusión: el diagnóstico se realiza con la RM y hay que tener en cuenta diferentes tipos de lesiones: quiste meniscal, sinovitis vellonodular, hemangioma, condromatosis, lipoma intraarticular. El tratamiento es la exéresis y biopsia por vía artroscópica.

## CC 502

### HEMARTROSIS RECIDIVANTE EN PACIENTE CON ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Franco Ferrando, N.; González Della Valle, A. y Salvati, E.  
Hospital La Fe (Valencia), Hospital For Special Surgery\* (NY).

**Introducción y objetivos.** En ausencia de una coagulopatía, la hemartrosis recurrente tras un reemplazo articular es una complicación infrecuente. Presentamos el caso de una hemartrosis recidivante en una paciente tras una artroplastia de rodilla.

**Material y método.** Mujer de 67 años con un reemplazo de rodilla izquierdo que ha sufrido cinco episodios de hemartrosis espontánea en los últimos 4 meses. El primer episodio ocurrió a los 8 años del implante protésico. No es consumidora habitual de antiagregantes ni coagulantes y no presenta trastorno de la coagulación. En la radiografía simple se observa una buena fijación y alineación de los componentes protésicos sin signos de osteólisis. La resonancia magnética muestra abundante tejido sinovial con depósitos de hemosiderina. Se realizó un procedimiento artroscópico en el que se evidenció un pinzamiento entre el tejido sinovial hiperplásico y los componentes protésicos. El tratamiento consistió en una extensa sinovectomía artroscópica del tejido responsable del pinzamiento.

**Resultados.** Tras 3 meses de evolución la paciente se encuentra asintomática. No presenta gonalgia, cojera ni tumefacción de la rodilla y los episodios de hemorragia no han recurrido.

**Comentarios y conclusiones.** La etiología de la hemartrosis recidivante es poco conocida y entre sus posibles causas destacan la existencia de una sinovitis proliferativa con vellosidades que pueden ser atrapadas entre los componentes protésicos, o la presencia de anomalías vasculares. La sinovectomía artroscópica ha demostrado ser un tratamiento efectivo y se recomienda como primer gesto quirúrgico por ser menos agresiva y tener una recuperación más rápida que los procedimientos abiertos.

## CC 503

### FRACTURA BILATERAL DE RÓTULA ESPONTÁNEA EN PACIENTE PORTADORA DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Franco Ferrando, N.; González Della Valle, A. y Salvati, E.  
Hospital La Fe (Valencia), Hospital For Special Surgery\* (NY).

**Introducción y objetivos.** La fractura de la rótula es una complicación rara de la artroplastia total de rodilla. Varios factores predisponentes han sido publicados: subluxación rotuliana, resección patelar inadecua-

da, diseño y la mala posición de los implantes. Presentamos el caso de una fractura bilateral de rótula tras reemplazo de ambas rodillas.

**Material y método.** Mujer de 70 años que sufrió una fractura espontánea de ambas rótulas a los 4 meses de un reemplazo articular bilateral de rodilla. En la radiografía simple se evidenciaba el gran desplazamiento de ambos fragmentos rotulianos, signo de disrupción del aparato extensor. La osteosíntesis de la fractura de rótula derecha fracasó. A los 5 meses, la paciente acudió en silla de ruedas en busca de un tratamiento capaz de permitirle caminar de nuevo. El tratamiento consistió en la sustitución completa del aparato extensor de ambas rodillas (secuencial) utilizando aloinjertos de banco. En la rodilla derecha fue necesaria la revisión del componente femoral.

**Resultados.** A los 4 meses de evolución la paciente es capaz de deambular asistida por ortesis y andador. Su rango de movilidad es limitado, pero se encuentra satisfecha con el resultado de la cirugía.

**Comentarios y conclusiones.** El tratamiento quirúrgico de una fractura de rótula tras artroplastia total de rodilla es complejo y se acompaña de altas tasas de fracaso. En ocasiones, la utilización de aloinjertos de aparato extensor se convierte en la única alternativa terapéutica capaz de permitir la extensión de la rodilla necesaria para la deambulación.

## CC 504

### OSTEOTOMÍA TIBIAL DE ADICCIÓN MEDIAL CON CUÑA DE FOSFATO TRICÁLCICO EN EL TRATAMIENTO DE LA GONARTROSIS UNICOMPARTIMENTAL

Herrero Cabeza, J.; Ramos García, S.; Antón Rodríguez, S.; Fernández Bances, I.; Moreno Guerrero, T.J. y Braña Vigil, A.  
*Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

**Introducción y objetivos.** La artrosis es la enfermedad articular de mayor prevalencia y constituye la principal causa de incapacidad física, de asistencia sanitaria y de la disminución de la calidad de vida en los países desarrollados. La gonartrosis en pacientes jóvenes y físicamente activos plantea la necesidad de tratamientos quirúrgicos que permitan retrasar la realización definitiva de una artroplastia total de rodilla. Objetivos: evaluación de los resultados clínicos y radiológicos obtenidos en pacientes con morfotipo varo de rodilla y artrosis unicompartimental medial tratados mediante osteotomía supratuberositaria de adición medial con cuña de fosfato tricálcico y placa atornillada.

**Material y método.** Se realizó un estudio retrospectivo en el que se evaluaron las primeras 16 rodillas (de 13 pacientes) intervenidos en nuestro servicio mediante la técnica de osteotomía tibial de adición con cuña de fosfato tricálcico y placa atornillada (OTIS-50 y OTIS-C) entre Marzo del 2002 y Junio del 2008. El 59% de los pacientes intervenidos fueron varones, la edad media en el momento de la cirugía fue de 54,4 años (50-58) y el tiempo de seguimiento medio fue de 4,3 años (0,75-7). En el postoperatorio se instauró un programa de movilización activa precoz y carga protegida. Se revisaron parámetros clínicos y radiográficos preoperatorios de los pacientes, el grado de corrección del varo radiográfico conseguido en la cirugía, el resultado funcional valorado por el Oxford Knee Score, el grado de satisfacción general de los pacientes así como las complicaciones surgidas durante el seguimiento.

**Resultados.** Todos los pacientes presentaban una deformidad en varo y gonalgia mecánica del compartimento medial. Sólo 4 de las rodillas tenían un bostezo medial. Según la clasificación de Ahlbäck, el 56,3% de las rodillas presentaban una artrosis grado I, el 25% un grado II y el 18,7% un grado III. El varo femorotibial preoperatorio medio fue de 8,830, siendo la corrección media obtenida de 6,240. El tiempo medio de ingreso hospitalario fue de 4,6 días. En el seguimiento se recogió un caso de hundimiento con rotura de la cuña de adición que requirió revisión quirúrgica. No se recogió ningún caso de falta de integración de la cuña de fosfato tricálcico, infección ni fracaso del material de osteosíntesis, del que se realizó la extracción en el 37,5% de las rodillas, como media a los 3,2 años de la cirugía inicial. La puntuación media del Oxford Knee Score fue de 24,2 (13 - 37) y el grado de satisfacción general medio de los pacientes fue de 7,5 sobre 10. No se ha registrado ninguna reconversión a artroplastia al final del seguimiento realizado.

**Comentarios y conclusiones.** Este procedimiento quirúrgico constituye una buena alternativa para el tratamiento quirúrgico de la gonartrosis unicompartimental en pacientes jóvenes y activos con morfotipo varo. Sería necesario ampliar el número de casos para poder evaluar la utilidad de esta técnica frente a otras establecidas, como las osteotomías clásicas de sustracción.

## CC 505

### CONDROMA INTRAARTICULAR DE RODILLA

Casas Duhrop, D.\*; Seijas Vázquez, R.\*\*; Ares Rodríguez, O.\*\*; Álvarez Díaz, P.\*\*; Cuscó Segarra, X.\*\* y Cugat Bertomeu, R.\*\*  
*\*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. \*\*Fundación García Cugat.Hospital Quirón. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** Los condromas son tumores que aparecen con más frecuencia alrededor de la rodilla.

**Material y método.** presentamos un varón de 27 años con dolor en la rodilla derecha de meses de evolución. A la exploración presenta una rodilla dolorosa estable con movilidad completa. En la RM se observa hipertrofia nodular en cámara anterior y posterior. Se realiza artroscopia con limpieza y extirpación de ambas masas y cuerpos libres tipo grano de arroz.

**Resultados.** A las dos semanas el paciente presenta movilidad completa de la articulación y ausencia de dolor. La rodilla es estable.

**Comentarios y conclusiones.** hay diferentes tipos de lesión en relación con el cartilago y el hueso alrededor de las articulaciones y el más frecuente es el osteocondroma. Raramente aparece dentro de la cápsula. Conclusión: radiográficamente hay que tener en cuenta diferentes lesiones: sarcoma sinovial, burstis calcificada, condroma, condromatosis, hematomas antiguos. El tratamiento de estas lesiones es la extirpación y biopsia.

## CC 506

### ARTROPLASTIA PATELAR SECUNDARIA TRAS PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA CON DOLOR FEMOROPATELAR

Muñoz-Mahamud, E.; Popescu, D.; Lozano, L.M.; Torner, P. y Segur, J.M.  
*Sección de Rodilla. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Clínico de Barcelona, Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** Una complicación frecuente tras una artroplastia total de rodilla (ATR) primaria es la aparición de dolor femoropatelar. Se presenta un estudio prospectivo cuyo objetivo es la evaluación a corto-medio plazo de la artroplastia patelar secundaria (APS) en el tratamiento del dolor de origen femoropatelar tras una ATR primaria.

**Material y método.** Entre mayo de 2004 y octubre de 2007 hemos realizado este procedimiento en 31 pacientes. El principal criterio de su indicación fue la presencia de dolor anterior de rodilla incapacitante para las actividades cotidianas. En total fueron 26 mujeres y 5 hombres con una edad media de 70,4 años. El tiempo medio entre ATR y APS fue de 21 meses (rango: 8-38). Se evaluaron los resultados clínicos mediante anamnesis, exploración física y los índices KSS, WOMAC y femoropatelar de Baldini. Las pruebas complementarias incluyeron radiografías simples (medición de los índices de Insall-Salvatti y femoropatelar, y de los ángulos femoropatelar y de congruencia), gammagrafía ósea con tecnecio y tomografía computerizada (TC) para calcular la rotación del componente femoral. El tiempo medio de seguimiento fue de 17 meses (rango: 6-32 meses).

**Resultados.** Hemos conseguido una notable mejoría clínica en 17 pacientes (54,8%), mientras que 12 pacientes no refirieron notar ninguna mejoría de su dolor y los 2 restantes han empeorado. El KSS medio (rodilla/función) previo y posterior a la APS fue de 71,3/69,7 y de 83,0/77,7 respectivamente. La puntuación media del WOMAC (dolor/rigidez/función) fue de 13,7/4,3/31,5 previamente a la APS y de 7,3/2,4/16,4 tras la APS. El índice femoropatelar medio pasó de 37,9 a 66,8 y el desplazamiento patelar lateral de 6,0° a 2,8°. El estudio gammagráfico evidenció una hipercaptación de la rótula en 9 casos. Como complicaciones se produjeron 1 infección aguda y 1 aflojamiento del componente patelar.

**Comentarios y conclusiones.** Todavía no se ha encontrado una solución suficientemente satisfactoria para resolver los problemas de origen femoropatelar tras ATR. La APS ha conseguido la mejoría clínica en aproximadamente la mitad de los pacientes con una baja tasa de complicaciones asociada, por lo que la convierten en una técnica a tener en cuenta en determinados casos. La multifactorialidad de la ATR dolorosa con rótula nativa y la complejidad diagnóstica causa controversia a la hora de indicar una APS de forma rutinaria.

## CC 507

### INJERTO EN MARQUETERIA EN LESIONES OSTEOCONDRALES DE RODILLA

Cuevas Pérez, A.J.\*; Del Fresno Molina, J.A.\*\*; Navarro Holgado, P.\*\*; Rodríguez Echegaray, C.\* y Prieto Tarradas, C.\*\*

\*Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, \*\*Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

**Introducción y objetivos.** Las lesiones cartilaginosas en rodilla han ido en aumento con el desarrollo de las técnicas diagnósticas. Nuestro reto es reparar dicho cartilago enfermo con el mínimo daño para el paciente. Las técnicas empleadas para la reparación de las zonas osteocondrales son: microfracturas, perforaciones, autoinjerto, aloinjerto de cadaver y cultivo de condrocitos mediante biología molecular. Nuestro objetivo es mostrar los resultados clínicos y radiológicos de grandes lesiones osteocondrales que tradicionalmente se han reparado con autoinjerto en marquetería.

**Material y método.** Se revisaron de forma retrospectiva 8 casos de pacientes con osteocondritis de rodilla de más de un año de evolución que fueron sometidos a injerto en marquetería. Se trata de 6 varones y 2 mujeres con una edad media de 25 años, el diámetro medio de la lesión era de 2,4 centímetros con una profundidad superior a 8 mm. Se realiza miniartrotomía con obtención de autoinjerto de zona libre de carga en tróclea femoral, desbridamiento de zona receptora, fijación de autoinjerto con tornillos de Herbert.

**Resultados.** La consolidación clínico radiológica fué satisfactoria con un tiempo medio de incorporación del injerto de 7,4 meses. La puntuación media postoperatoria en la escala de WOMAC fué de 8,23. El rango de movilidad fue de extensión completa y flexión media de 125.

**Comentarios y conclusiones.** El tratamiento de los defectos condrales de la rodilla no esta totalmente establecido. El injerto en marquetería es un procedimiento óptimo para el tratamiento de los defectos condrales mayores de 3 cm<sup>2</sup>.

## CC 508

### SUBLUXACIÓN ARTROPLASTIA TOTAL RODILLA ESTABILIZADA POSTERIOR

Saló Cuenca, J.C.; Cardona, J.M.; García, A. y Boluda, J.  
Servicio C.O.T. Hospital Universitario Arnau Vilanova. Lleida.

**Introducción y objetivos.** La luxación de una artroplastia total rodilla (ATR) estabilizada posterior es una complicación rara. Entre las causas favorecedoras se ha propuesto: la malrotación del componente tibial, deformidad grave en valgo previo a intervención, disfunción del mecanismo extensor o errores en el diseño protésico. Nuestro objetivo es el estudio de las posibles causas de dicha subluxación en el caso que nos ocupa

**Material y método.** Paciente de 72 años intervenida hace 10 años mediante ATR estabilizada posterior por artropatía degenerativa. Tras un episodio de flexión y rotación externa la paciente presenta impotencia funcional en dicha rodilla con flexión irreductible a 40°. Deformidad posterior de la tibia con respecto al fémur. Tras la comprobación radiográfica de la subluxación se realiza reducción cerrada de la misma bajo sedación. Se inicia con tras 2 semanas de inmovilización un período de rehabilitación para fortalecimiento balance muscular cuadriceps

**Resultados.** Tras el período de RHB la paciente se encuentra con un balance articular de 0°-90°, pendiente de artroplastia de revisión por inestabilidad de la artroplastia

**Comentarios y conclusiones.** La subluxación de la ATR estabilizada posterior es un complicación poco descrita en la literatura. Insall fue probablemente el primer autor en describirla aportando 4 casos sobre una serie de 22° pacientes en 1979. Otros autores como Cohen, Hossain o Lombardi han presentado caso aislados señalando como posible causas de la misma la excesiva liberación de estructuras postero-laterales en genu valgus artrósicos graves, la malrotación del componente tibial, disfunción mecanismo extensor, proponiendo la posición de Taylor (leve flexión y rotación externa) como mecanismo más frecuente de la misma. Conclusiones. En nuestro caso la debilidad cuadriceps por ruptura previa del cuadriceps pudo ser el factor favorecedor de dicha subluxación

#### Bibliografía

S. Hossain, C. Ayeko, M. Anwar, F. Elsworth, H. McGee. Dislocation of Insall-Burstein II Modified Total Knee Arthroplasty. J. Arthroplasty Vol. 16 N° 2 2001.

B. Cohen, R. Constant. Subluxation of the Posterior Stabilized Total Knee Arthroplasty. A report of two cases. J. Arthroplasty. Vol 7. N° 2 1992

A. Lombardi. T. Mallory, B. Vaughn, R. Krugel, T. Honkala, M. Sorscher, M. Kolczun. Dislocation Following Primary Posterior-stabilized Total Knee Arthroplasty. J. Arthroplasty. Vol 8. N° 6 1993.

## CC 509

### USO DE ANGIOSOMAS EN EL ABORDAJE QUIRÚRGICO DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Luna Pizarro, D.\*; Silva Chiang, E.\*\*; Meza Reyes. G.E.\*\*\*, y De la Fuente-Zuno, J.C.\*\*\*\*

\*Medico Cirujano, Maestro en Ciencias Medicas, Ortopedista y Traumatólogo, Jefe de División en Investigación del Hospital de traumatología y Ortopedia de la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) \*\* Médica Cirujana, Ortopedia y traumatología adscrita al servicio de reemplazos articulares Hospital de Traumatología y Ortopedia "Lomas Verdes" \*\*\*Médico Cirujano, Ortopedista y traumatólogo, jefe de servicio de reemplazos articulares de la Unidad Médica de Alta Especialidad "Lomas Verdes". \*\*\*\*Médico Cirujano, Traumatologo y Ortopedista, Director de la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) "Lomas verdes".

**Introducción y objetivos.** La irrigación superficial de la rodilla basada en los territorios llamados angiosomas provenientes de la irrigación profunda es utilizada por cirujanos plásticos. La conservación de la vascularidad superficial aplicada a la cirugía ortopédica nos permite hipotetizar que modificara la co-morbilidad de la piel en el período postoperatorio. El objetivo fue determinar la eficacia de los angiosomas en el abordaje de la artroplastia total de rodilla

**Material y método.** En el Hospital de Traumatología y Ortopedia "Lomas Verdes" de Enero 2007 a Enero 2008 se evaluaron 20 pacientes a través de un ensayo clínico controlado. Los criterios de inclusión: pacientes candidatos a artroplastia total de rodilla por artrosis grado IV, no cirugías previas. Se evaluó dolor, función por escala de la Sociedad de Rodilla, necrosis cutánea (NC) flexión y extensión a 2, 4,8 y 12 semanas. Utilizamos estadística no paramétrica, se tomo como significativo todo valor de p menor de 0.05.

**Resultados.** Edad: 70 ± 2.1 años. 14 pacientes femeninos 6 masculinos. Dolor: 2 semanas: 80 vs. 82 (p = 0.71); 12 semanas: 20 vs. 50 (p < 0.05); NC: 0 vs. 3 paciente (p < 0.05). Flexión: 55° vs. 80° a 2 semanas y 75° vs. 90° a 12 semanas (p < 0.05); extensión 0 vs. 0; grupo con uso de angiosomas vs. Grupo control respectivamente.

**Comentarios y conclusiones.** Es necesario ratificar el uso de los angiosomas en ortopedia, más los resultados preliminares nos permiten inferir una mejor función, menor dolor y ausencia de necrosis cutánea en el grupo tratado con el abordaje que respeta la vascularidad superficial (angiosomas) dependiente de la irrigación profunda.

## CC 510

### DISCORDANCIA ENTRE LA RESONANCIA Y LA ARTROSCOPIA DE RODILLA EN UNA HEMOFÍLICA VIH POSITIVA

Merino Pérez, J.; Ibor Ureña, I.; Rodríguez Menéndez, J.L.; González Iglesias, J.; Arredondo, J.L. y Larrazabal Raluy, E.  
Hospital de Cruces.

**Introducción y objetivos.** La correlación entre los hallazgos radiológicos y clínicos en las artropatías de los pacientes con hemofilia ha sido valorada satisfactoriamente en diversos estudios. Presentamos un caso en el que la discordancia entre la resonancia magnética y los hallazgos artroscópicos fue muy evidente.

**Material y método.** Paciente que padece hemofilia B. Como antecedentes médicos, presenta dos radiosinoortesis, VIH positiva en tratamiento con antirretrovirales. Tras una mala pisada refiere gonalgia. Tras descartar fractura mediante la radiografía simple, se solicita una resonancia. En la resonancia, parece existir una rotura meniscal, asociada a gonartrosis del compartimento medial, rotura del ligamento cruzado anterior, y una sinovitis hipertrofiada. Durante la artroscopia, se objetivó una degeneración del cartilago articular generalizada, con meniscos marroñados muy friables y una sinovitis hipertrofica que impedia la correcta visualización de los compartimentos femoropatelar y externo.

**Resultados.** La sinovectomía artroscópica y la regularización de los restos meniscales, le proporcionó mejoría previa a la artroplastia total de rodilla que le fue indicada.

**Comentarios y conclusiones.** Los pacientes que padecen hemofilia suelen presentar artropatías secundarias a derrames sanguíneos de repetición. La hemosiderina que de ellos se deriva es captada por los macrófagos sinoviales y los condrocitos, lo que favorece su lisis. Cuando las capacidades metabólicas se ven superadas, aparece una sinovitis y la destrucción del cartílago articular.

## CC 511

### OSTEOTOMÍA VARIZANTE DISTAL FEMORAL EN DOMO: TÉCNICA QUIRÚRGICA CON MÍNIMA DISECCIÓN Y FIJACIÓN EXTERNA

Luna Pizarro, D. y de la Fuente Zuno, J.C. \*\*

\*Médico Ortopedista, Maestro en Ciencias Médicas, Jefe de división en Investigación del Hospital de Traumatología y Ortopedia de la Unidad de Medicina de Alta Especialidad "Lomas Verdes". \*\*Médico Ortopedista, Director de la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) "Lomas verdes".

**Introducción y objetivos.** Describir una técnica quirúrgica de mínima disección, osteotomía en semicírculo con fijación externa para las deformidades angulares en valgo con apoyo temprano. Existen altas tasas de complicaciones con osteotomías en muñeca.

**Material y método.** Diseño del estudio: Serie de Casos. Lugar donde se realizó: Hospital de referencia de Traumatología y Ortopedia "Lomas Verdes" México. Catorce pacientes con deformidad angular en valgo > 12°. Intervención quirúrgica: Osteotomía varizante en domo, mínima disección y fijación externa con Sistema Estándar Ortofix multi-direccional. Principales resultados medidos: dolor, tiempo quirúrgico, ángulos de flexión y extensión de la rodilla y función de la rodilla a través de la Escala de Rangos Especial de Cirugía de Rodilla. (ERECR). Se utilizó prueba de Wilcoxon para una muestra y se tomó como significativo todo valor de  $p < 0.05$ .

**Resultados.** De 16 pacientes, 14 se evaluaron al final del estudio. Dolor: 7 versus 3.4 de la escala visual análoga (EVA), ( $p = 0.002$ ); Ángulo de flexión:  $105.4 \pm 14.6$  vs.  $98.7 \pm 11.1$  grados, ( $p = 0.06$ ); ángulo de extensión,  $-1.67$  vs.  $-1.25$  grados, ( $p = 0.663$ ); medición con ERECR:  $67.5 \pm 2.7$  vs.  $75.2 \pm 3.2$  ( $p = 0.003$ ); valoración preoperatoria vs. postoperatoria a  $24 \pm 1.6$  meses respectivamente. Dos pacientes se retiraron del estudio, uno presentó infección del trayecto de un clavo y otro paciente se realizó artroplastia total de rodilla.

**Comentarios y conclusiones.** La técnica proporciona una mejor función, menor dolor y rehabilitación temprana durante el tiempo de consolidación. El apoyo es inmediato y los resultados clínicos favorecen la utilización de esta técnica. Será necesario ratificar los resultados en un ensayo clínico controlado

## CC 512

### ROTURA DEL APARATO EXTENSOR TRAS ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Cuevas Pérez, A.J.\*; Del Fresno Molina, J.A.\*\*; Ruiz Sanz, J.\*\*; Quevedo Reinoso, R.\*\*; Carpintero Benítez, P.\*\*\* y Prieto Tarradas, C.\*\*

\*Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. \*\*Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. \*\*\*Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

**Introducción y objetivos.** La rotura del aparato extensor tras PTR es una entidad infrecuente, con una incidencia de 0,17-2,5%. Presenta una etiología multifactorial, englobando enfermedades coexistentes y antecedente de cirugías previas múltiples. Suele ser una patología compleja con malos resultados siendo vital su prevención.

Pretendemos demostrar una serie de 5 enfermos (4 PTR convencional y un caso con prótesis tumoral) que han sido tratados con aloinjerto de aparato extensor

**Material y método.** Nuestra serie engloba a 5 pacientes, todos tenían componente rotuliano, en 3 casos una patela baja, 2 presentaban una alineación en valgo de 9°, 1 caso asociaba tamaño excesivo de componentes. El balance articular medio de estos presentaba un déficit de extensión de 30° con una flexión media de 110°. El tiempo de evolución transcurrido desde el diagnóstico a la cirugía fue de 32 días de media. 4 mujeres y 1 hombre con edad media de 72 años. Nuestro método fue la utilización de aloinjerto fresco congelado (cuadricepsal-tendón rotuliano-TTA), mediante sutura y osteosíntesis.

**Resultados.** En nuestra serie muestran resultado satisfactorio, el balance articular actual es de -5° de extensión a 100° de flexión. No existe

movilización del aloinjerto. Los pacientes deambulan con ayuda de dispositivos. No requieren estabilizadores articulares que fueron retirados a los 3 meses.

**Comentarios y conclusiones.** La rotura del aparato extensor es una complicación infrecuente pero desastrosa, el tratamiento adecuado va en función de nivel de rotura, tiempo de evolución, el grado de pérdida funcional, expectativas del paciente. La técnica con aloinjerto es una técnica viable para enfermos con baja demanda funcional

## CC 513

### INFECCIÓN CRÓNICA PROTÉSICA DE RODILLA. NUESTRA EXPERIENCIA

Uriarte Llano, I.; Sáez de Ugarte Sobrón, O.; Martos, M.M.; Gutiérrez Sánchez, I.; Sánchez Sobrino, A. y Cruchaga Celada, A. Hospital de Galdakao (Bizkaia).

**Introducción y objetivos.** La infección de una prótesis de rodilla es una grave complicación para el paciente y supone un reto terapéutico para el cirujano.

**Material y método.** Hemos estudiado retrospectivamente 23 infecciones protésicas de rodilla tratadas en nuestro hospital entre 1996 y 2004, de las cuales 6 fueron excluidas por diferentes motivos.

**Resultados.** El factor predisponente más importante resultó ser el haberse sometido a cirugías previas (47%). En cuanto al tipo de infección, un 82% fue de carácter crónico. En 13 de los 17 casos se identificó el germen responsable, siendo el más frecuente el *Estafilococo Aureus*. El tratamiento de las infecciones crónicas se hizo mediante recambio en 2 tiempos (prótesis LCCK: Legacy Constrained Condylar Knee). El tiempo medio de seguimiento fue de 23 meses tras el segundo tiempo, habiendo desaparecido los síntomas de infección y permaneciendo la VSG y la PCR en límites normales.

**Comentarios y conclusiones.** El recambio en dos tiempos ofrece buenos resultados en el tratamiento de las infecciones crónicas de prótesis de rodilla.

## CC 514

### LESIÓN DE LA ARTERIA POPLÍTEA POR SUBLUXACIÓN DE RODILLA

Ibor Ureña, I.; Merino Pérez, J.; Larrea Ruiz, A.; López Vinagre, E.; Díez López, L. y Palazuelos Blanco, L. Hospital de Cruces.

**Introducción y objetivos.** Se presenta el caso de un varón de 20 años que sufre un cuadro de dolor en rodilla izquierda tras caída de un salto. El paciente presentaba una inestabilidad completa de rodilla a la exploración, la radiografía era normal y presentaba pulsos pedio y tibial posterior débiles.

**Material y método.** A las 8 horas de la llegada del paciente es reexplorado y se observa desaparición de pulsos distales, por lo que se decide realizar una exploración arteriográfica en quirófano. Se objetiva una obstrucción arterial a nivel de hueso popliteo, por lo que se realiza bypass con vena safena contralateral. Se practican fasciotomías preventivas. Se implanta un fijador externo transarticular para fijación de la inestabilidad de rodilla.

**Resultados.** El curso postoperatorio se complica con una infección por *Pseudomonas aeruginosa* de las heridas de las fasciotomías. Por lo demás el curso es favorable. A los 3 meses del traumatismo se practica la reconstrucción ligamentosa de la rodilla.

**Comentarios y conclusiones.** La presencia de pulsos distales tras un episodio clínicamente compatible con luxación de rodilla no descarta completamente la existencia de lesión arterial, ya que pueden enmascarar lesiones intimaes que evolucionen posteriormente.

## CC 515

### ROTURA BILATERAL DEL TENDÓN ROTULIANO

Moreta Suárez, J.; Sáez de Ugarte Sobrón, O.; Gorostiola Vidaurrazaga, L.; Cruchaga Celada, A.; Astobiza Bretones, I. y Gutiérrez Sánchez, I. Hospital de Galdakao (Bizkaia).

**Introducción y objetivos.** La rotura bilateral del tendón rotuliano es una patología poco frecuente del aparato extensor de la rodilla que se aso-

cia con enfermedades sistémicas, como el lupus eritematoso sistémico y artritis reumatoide, y con corticoterapia de forma prolongada. Estas situaciones suponen cambios degenerativos que pueden provocar una rotura incluso de forma atraumática. La rotura bilateral de este tendón en ausencia de los citados antecedentes es muy rara.

**Material y método.** Presentamos un caso de un paciente de 26 años con obesidad importante sin antecedentes médicos de interés, que sufrió una rotura proximal de ambos tendones rotulianos por traumatismo directo sobre ambas rodillas tras una caída casual. Se realizó reinserción quirúrgica mediante puntos transóseos en la rótula e inmovilización con yeso durante 6 semanas.

**Resultados.** A las 18 semanas de la intervención alcanzó 120° de flexión en ambas rodillas, con extensión completa en la rodilla izquierda y con -5° de extensión en la derecha. Actualmente presenta movilidad completa de ambas rodillas y realiza vida normal.

**Comentarios y conclusiones.** Es un caso poco frecuente resuelto con éxito con el método clásico de sutura transósea.

## CC 516

### FRACTURA DE HOFFA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Palau Sanz, E.; Centellas Bergareche, I.; Vidal Tarrason, N.; Castellet Feliu, E.; Moñart, M. y Nardi Vilardaga, J.  
*Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** Mujer 18 años consulta por gonalgia posterior accidente alta energía. AP: ligamentoplastia LCA rodilla derecha con tendones isquiotibiales autólogos hace 2 meses. Radiología evidencia fractura cóndilo lateral fémur distal rodilla derecha. Exploración física impotencia funcional, derrame articular y dolor a la palpación lateral rodilla.

**Material y método.** TC evidencia fractura cóndilo femoral externo desplazado y luxación del fragmento hacia dorsal (clasificación AO 33B3). Foco de fractura evidencia zona de conminución. Intervención quirúrgica: abordaje pararotuliano externo, evidencia lesión parcial de la plastia LCA, ampliamos abordaje posterior al LLE para reducir la fractura i se fija con 3 tornillos canulados de 5.0 mm en dirección anteroposterior. Realiza desimpactación del área de impactación ósea. Completa fijación pequeño fragmento osteocondral con adhesivo de fibrina.

**Resultados.** Inicialmente inmovilizada con ortesis articulada bloqueada a 0° y en descarrega inicial de 2 setmanes. Posteriormente permitió flexión progresiva según tolerancia. Controles radiográficos correctos. TC evidencia signos de consolidación ósea sin desplazamiento del fragmento.

**Comentarios y conclusiones.** Revisando la literatura no hemos observado asociación fractura de Hoffa en relación con túnel femoral de una plastia LCA. 1. Imprescindible planificación preoperatoria TC para valorar la fractura y áreas impactación ósea asociadas. En este caso era importante valorar los tuneles óseos de la fijación del LCA y estado de los tornillos de fijación de la plastia. 2. Sistemas osteosíntesis recomendados son tornillos canulados un mínimo de 2 y sin existir estudios clínicos que definan orientación más adecuada en el plano sagital. 3. Recomendamos abordaje pararotuliano externo porque facilita la visualización de la fractura y permite ampliar abordaje por detrás del LLE ayudando a la reducción del fragmento.

## CC 517

### LUXACIÓN EN ATR EN PACIENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA

Muñoz Sánchez, G.; Llopis Miro, R. y Hernán Prado, M.A.  
*Hospital Santa Cristina (Madrid).*

**Introducción y objetivos.** La luxación de ATR es una complicación rara, pero grave, dentro de las acontecidas en la cirugía protésica. El tratamiento de la inestabilidad, así como de las complicaciones que conlleva la luxación constituye todo un reto.

**Material y método.** Presentamos el caso de una paciente con obesidad mórbida, intervenida por gonartrosis, colocándose una ATR. Tras un postoperatorio inmediato sin incidencias, presenta pérdida progresiva de la movilidad con impotencia funcional a la bipedestación sin traumatismo, objetivándose en visita rutinaria en consulta, luxación en el estudio radiográfico, sin compromiso vascular. Tras intento fallido de reducción cerrada bajo, se interviene quirúrgicamente evidenciándose distensión del LCP y sustituyendo el polietileno por otro mayor y más

conformado comprobando estabilidad. A las 48 horas, la paciente presenta nueva luxación, realizándose recambio con prótesis semiconstreñida. Durante el postoperatorio presenta dehiscencia de la herida con exposición del tendón rotuliano que cierra con curas, ortesis en extensión y apósitos cicatrizantes.

**Resultados.** Al año de la primera cirugía la paciente mostraba cobertura cutánea completa, con rango articular de 0-110°, camina con una muleta por gonartrosis contralateral y ausencia de dolor. Dieciocho meses después es intervenida de la rodilla contralateral con prótesis semiconstreñida de recambio.

**Comentarios y conclusiones.** Consideramos que la obesidad fue el factor principal que complicó la evolución, valorando las nuevas opciones, tanto médicas como quirúrgicas como un buen abanico de posibilidades a la hora de poner soluciones a estas complicaciones. Dado el antecedente previo, se decidió emplear una prótesis semiconstreñida de entrada en la rodilla contralateral.

## CC 518

### INESTABILIDAD LIGAMENTARIA EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA MOVILIZADA

González Alconada, R.; Borobio León, G.; García Cepeda, I.; López Alonso, S. y Pescador Hernández, D.  
*Hospital Virgen de la Vega (Salamanca).*

**Introducción y objetivos.** Durante los últimos años se han sucedido una serie de circunstancias, como el aumento de la expectativa de vida y los avances de la cirugía, que obligan al facultativo a manejar situaciones derivadas de sus propias intervenciones anteriores. Este es el caso de la movilización de artroplastias realizadas años atrás en pacientes con un nivel de actividad suficiente como para plantear un recambio.

**Material y método.** Acude a nuestra consulta una paciente de 73 años que refiere dolor y sensación de inestabilidad con la deambulación en rodilla derecha. Como antecedentes de interés refiere una gonartrosis del mismo lado, intervenida hace 17 años, implantándole una prótesis total de rodilla. A la exploración presenta una flexión activa de 60° y bostezo articular ante el varo/valgo como datos destacables. Se realizaron radiografías, gammagrafía y analítica, confirmando el diagnóstico de movilización aséptica de PTR. El tratamiento aplicado fue el recambio protésico, implantándole un sistema modular rotatorio de bisagra (MRH de Stryker).

**Resultados.** La evolución fue favorable, iniciando la movilidad activa de la rodilla el mismo día de la intervención y la deambulación a las 48h. El control radiográfico fue satisfactorio. Se instauró el tratamiento rehabilitador antes del alta hospitalaria al octavo día postoperatorio.

**Comentarios y conclusiones.** El implante de un sistema de rodilla modular rotatoria de bisagra constituye una alternativa válida de tratamiento en pacientes con destrucción ósea severa y/o inestabilidad ligamentosa, en los cuales no esté indicado un implante primario. Aunque estos sistemas están diseñados para conferir una estabilidad intrínseca, es importante respetar los ligamentos colaterales y la tensión del sistema capsulo-ligamentoso.

## CC 519

### OSTEOTOMÍA VALGUIZANTE Y DESROTATORIA TRAS SECUELA DE EPIFISIODESIS IDIOPÁTICA

Garrido Santa María, I.; Araguás Biescas, A.; Larrodé, M.; Benedi Alcaine, J.A.; Garrido-Santamaría, R. y Herrera Rodríguez, A.  
*Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción y objetivos.** Mujer 35 años consulta por inestabilidad con caídas frecuentes y déficit de fuerza en la extensión de la rodilla.

**Material y método.** 3,5 años se descubre una epifisiodesis femoral distal externa idiopática. Se realizó una des-epifisiodesis cóndilo externo rompiendo el puente óseo formado e interponiendo cemento para evitar una nueva fusión. Como no fue suficiente para frenar el genu valgo, se efectuó una epifisiodesis con grapas del cóndilo interno. Se produjo una distensión y se hace alargamiento femoral de 7cm con fijador externo monolateral de Wagner. A los 13 años se completa con nuevo alargamiento femoral además de varización mediante fijador externo. Para conseguir consolidación final se recurre a osteosíntesis con placa condilea DCS. La situación actual es luxación rotuliana permanente por rotación interna femoral de 40°. Además el fémur distal es varo, displásico.

**Resultados.** Se propone cirugía en 2 tiempos. Primero hemos realizamos la extracción del DCS y una osteotomía valguizante con cuña de sustracción externa en la diáfisis distal (aprovechando la extracción del DCS) y desrotatoria, para conseguir rotación externa femoral. Todo ello con clavo endomedular cerrojado y aporte de matriz ósea desmineralizada. En un segundo tiempo queda la realineación rotuliana (Emslie-trillat) y el tratamiento del genu valgo residual (al corregir el varo del fémur displásico queda la rodilla todavía valga). Habrá que retirar el clavo y realizar una osteotomía varizante femoral distal ó colocar una PTR.

**Comentarios y conclusiones.** Las realineaciones por secuelas del cierre prematuro de la fisis del fémur distal es un problema difícil de abordar y que puede requerir múltiples intervenciones quirúrgicas.

## CC 520

### ARTRITIS SÉPTICA POR BRUCELLA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Palau Sanz, E.; Centellas Bergareche, I.; Barrera Ochoa, S.; Castellet Feliu, E.; Joshi Jubert, N. y Nardi Vilardaga, J.  
*Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** Es una forma de presentación poco frecuente, desde el elevado control sanitario en el sector bovino, pero debemos tenerla presente en zonas endémicas. A propósito de un caso, mujer 35 años consulta gonalgia derecha asociada a proceso febril con antecedente de artroscopia de regularización menisco interno hace 3 semanas.

**Material y método.** La paciente presenta 38,8°C, tumefacción rodilla, BA limitado e incremento líquido articular. No refiere traumatismo. Se decide artrocentesis, para gram urgente, cultivos, bioquímica líquido articular, recuento celular y analítica general con marcadores de fase aguda. Gram urgent negativo, 70% PMN, bioquímica celular normal, PCR 6,86, VSG 72. No instauramos pauta antibiótica hasta los resultados de cultivos y hemocultivos. Se decide ingreso para estudio.

**Resultados.** Resultados iniciales de los cultivos negativos, hemocultivos positivos para BGN e iniciamos tratamiento con ciprofloxacino empírico. Interrogando por antecedentes personales, refiere presentar familiares con cuadro febril asociado a artromialgias y posible consumo de productos lácteos no filiadados. Realizamos prueba seroaglutinación la cual es positiva y instauramos pauta con doxiciclina y rifampicina. Resultado definitivo hemocultivo positivo para *B. Mollitensis*, por lo cual modificamos tratamiento: doxiciclina y estreptomycin. Solicitamos ecocardiograma, informado como negativo. Se procede al alta con mejoría del estado general, BA libre no doloroso.

**Comentarios y conclusiones.** Ante la sospecha de cuadro de artritis séptica hemos de instaurar protocolo actuación; realizar exploración física, artrocentesis para gram urgente, cultivos, bioquímica, recuento celular del líquido articular y 2 hemocultivos. Revisando la literatura no se evidencia necesidad de instaurar pauta antibiótica inicial. Importante no descartar un gram negatiu, tener presente gérmenes de crecimiento intracelular. Indagar sobre antecedentes personales del paciente.

## CC 521

### DOLOR, DEFORMIDAD Y SÍNDROME CONSTITUCIONAL TRAS INFILTRACIÓN ARTICULAR

Royo Naranjo, A.M.; Rodríguez León, A. y Villanueva Pareja, F.  
*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, H.R.U. Carlos Haya, Málaga.*

**Introducción y objetivos.** La infección articular es una de las patologías más graves de la rodilla por las graves secuelas funcionales que deja y las posibilidades de una sepsis generalizada e incluso la muerte del paciente. La situación en la que quede la rodilla tras ésta depende principalmente de la demora en el diagnóstico y la instauración de un tratamiento agresivo, así como de la virulencia del agente patógeno. Por otro lado, las infiltraciones intraarticulares constituyen un pilar básico de tratamiento de la osteoartritis de rodilla, siendo los corticoesteroides clásicamente los más empleados, aunque recientemente la viscosuplementación con ácido hialurónico ha ganado popularidad.

**Material y método.** Presentamos el caso de una paciente mujer de 76 años de edad que acude al Servicio de Urgencias por referir dolor y tumefacción en rodilla izquierda, así como febrícula de 37,5 °C, de 1 semana de evolución, que atribuye a infiltración intraarticular con viscosuplementador (ácido hialurónico), el día antes de iniciarse el cuadro. Inicialmente es diagnosticada de reacción pseudoséptica, pautándose

frio local y antiinflamatorios, pero ante la persistencia de la clínica se realiza estudio de imagen (RNM y serie radiológica), sin obtenerse hallazgos significativos. Se decide iniciar pauta de tratamiento antibiótico de amplio espectro, cediendo el cuadro. Meses después acude de nuevo a Urgencias por cuadro de mal estado general, síndrome febril que no cede con antitérmicos y gonalgia inflamatoria incapacitante con deformidad articular severa. En la serie radiológica se objetiva artritis de rodilla con destrucción muy intensa de las superficies articulares y el cultivo del líquido articular obtenido mediante artrocentesis arroja el diagnóstico de infección articular por estafilococos meticilina resistente.

**Resultados.** Ante la gravedad de la paciente y la destrucción de las superficies articulares de la rodilla, se decide intervenir a la paciente realizándose una artrotomía, lavado y desbridamiento profuso, así como artrodesis primaria mediante fijador externo. En el mismo acto quirúrgico se tomaron muestras que confirmaron el diagnóstico inicial, así como se dispuso un sistema de lavado y se instauró terapia antibiótica específica. El postoperatorio es favorable, objetivándose una negativización de los cultivos así como una normalización de los niveles de VSG y PCR. Actualmente la paciente está pendiente de iniciar tratamiento rehabilitador asistido.

**Comentarios y conclusiones.** El principio de la viscosuplementación está basado en los cambios observados en el líquido sinovial de las rodillas artrósicas como son la pérdida de elasticidad y viscosidad, fundamentales para un correcto funcionamiento de la articulación. Sin embargo, su uso no está exento de complicaciones, como son reacciones locales adversas como dolor e inflamación persistente (2 al 3% por inyección) e incluso lo que se ha denominado reacción pseudoséptica, consistente en un cuadro de gonalgia inflamatoria incapacitante y síndrome febril de hasta 39 °C, sin hallazgos radiográficos ni en el líquido articular (no infección ni depósito de cristales). Por otro lado la infiltración articular, así como la artrocentesis diagnóstica ha de hacerse siempre en condiciones de asepsia para evitar la inoculación directa de gérmenes.

## CC 522

### DOLOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL EN RODILLA TRAS ACCIDENTE DEPORTIVO

Royo Naranjo, A.M.; Fernández García, L.; Del Toro Ortega, A. y Villanueva Pareja, F.  
*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, H.R.U. Carlos Haya, Málaga.*

**Introducción y objetivos.** La fractura avulsión del margen lateral de la tibia proximal, cerca de la superficie articular es conocida como Fractura de Segond. El mecanismo lesional habitualmente consiste en una rotación interna de la rodilla junto con un stress en varo, que ocasiona un tracción excesiva de la porción central del ligamento lateral externo, provocando su dislaceración junto con el arrancamiento de una pastilla ósea de su inserción tibial. La importancia de esta lesión radica en la alta probabilidad de hallar lesiones asociadas, tales como rotura del ligamento cruzado anterior (75-100%), lesiones del menisco medial y lateral (66-70%), arrancamiento de la cabeza del peroné o avulsión del tubérculo de Gerdy tibial.

**Material y método.** Presentamos el caso de un paciente joven de 32 años que acude al Servicio de Urgencias tras sufrir accidente deportivo mientras practicaba ski, con resultado de traumatismo indirecto rodilla derecha. A la exploración se objetiva dolor espontáneo y a la palpación selectiva margen antero-externo extremidad proximal tibia, con dolor y bostezo articular al forzar el varo a 0 y 30°. No se objetiva inicialmente cajón anterior ni posterior. Se realiza serie radiológica de traumatología, objetivándose fractura-avulsión margen tibial externo (Fractura de Segond). Se completa el estudio con una RNM que pone de manifiesto la fractura-avulsión de la inserción tibial del Ligamento colateral externo, junto con una dislaceración de éste. Igualmente se aprecia una rotura completa del ligamento cruzado anterior de la rodilla derecha.

**Resultados.** Se interviene al paciente procediéndose a la fijación mediante material de osteosíntesis de la fractura tibial, así como a sutura de los fascículos del ligamento colateral externo. Posteriormente se practica reparación artroscópica del ligamento cruzado anterior mediante plastia de recto-interno y semitendinoso según técnica de Cross-Pin. La evolución del paciente es favorable, iniciando rehabilitación en descarga a los 10 días de la intervención bajo ortesis reguladora de la flexo-extensión, consiguiendo un arco de movilidad al mes de 0-90°. Se mantiene la deambulacion con carga parcial durante 3 meses, retirándose entonces la limitación para la movilidad activa de la rodilla.

**Comentarios y conclusiones.** Las estructuras de soporte más importantes de la cara externa de la rodilla son el tracto ilirotibial, el Ligamento



Lateral Externo (LLE), el tendón poplíteo, la cápsula y el tendón del bíceps femoral. El LLE es la primera estructura que se opone al bostezo articular externo con el varo forzado y también limita la hiperextensión. Las lesiones de este ligamento se producen habitualmente en su porción distal y son relativamente frecuentes las avulsiones de su inserción ósea. El tratamiento quirúrgico está indicado cuando se asocia a lesiones del ligamento cruzado anterior o en casos de avulsiones, como el caso que presentamos, siendo los resultados de la cirugía mejores si se practica de forma precoz.

## CC 523

### DOLOR Y TUMEFACCIÓN EN HUECO POPLÍTEO TRAS LIGAMENTOPLASTIA DE RODILLA

Royo Naranjo, A.M.; Montes Molinero, D.; Parra Ruiz, L. y Villanueva Pareja, F.

*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, H.R.U. Carlos Haya, Málaga.*

**Introducción y objetivos.** La reconstrucción artroscópica del ligamento cruzado anterior es un método excelente para la mayor parte de los pacientes y presenta en general pocas complicaciones, siendo las complicaciones vasculares tras artroscopia de menos del 1% según series. El uso de un injerto de isquiotibiales tiene muchas ventajas, incluyendo la resistencia, la rigidez y una baja morbilidad en el lugar donante.

**Material y método.** Presentamos el caso de una paciente mujer de 17 años de edad intervenida mediante ligamentoplastia artroscópica de ligamento cruzado anterior con injerto de isquiotibiales en 4 fascículos (recto interno y semitendinoso), con fijación femoral con Cross-pin y tibial con tornillo interferencial retrógrado. En el postoperatorio inmediato la paciente debuta con dolor intenso que no cede con analgesia convencional, así como edema de miembro inferior y parestesias distales. Se practica Angiografía donde se objetiva gran pseudoaneurisma de arteria poplítea. Posteriormente es intervenida por servicio de cirugía cardiovascular, donde se confirma el pseudoaneurisma tributario de la arteria poplítea, así como lesión irreversible de la vena poplítea. Se practica entonces resección del pseudoaneurisma y plastia con parche de vena poplítea.

**Resultados.** La evolución de la paciente es satisfactoria, con desaparición de la clínica y pudiéndose iniciar rehabilitación precoz de la rodilla intervenida.

**Comentarios y conclusiones.** Las complicaciones vasculares de la artroscopia de rodilla son infrecuentes pero se ha de estar alerta ante la posibilidad de que aparezcan dada la gravedad del cuadro que comportan. En el caso de las plastias de LCA pueden aparecer en el momento de realizar el tunel femoral o bien en el momento de tomar el injerto con el tenotomo, ante la proximidad de la arteria geniculada descendente.

## CC 524

### RUPTURA DEL TORNILLO INTERFERENCIAL COMO COMPLICACIÓN DE LIGAMENTOPLASTIA AUTÓLOGA LCA

Iftimie, P.; González Pedrouzo, E.; García Forcada, I.L.; Calmet García, J. y Giné Gomà, J.

*Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII.*

**Introducción y objetivos.** Las técnicas de fijación para la plastia del ligamento cruzado anterior (LCA) han mejorado últimamente y los resultados de las fijaciones con tornillos interferenciales Poly-L-lactacido (PLLA) son muy buenos. La ruptura tardía del tornillo interferencial biodegradable es una complicación muy poco frecuente (identificamos en la literatura un solo caso con migración extraarticular del fragmento distal) tal y como en el caso que presentamos.

**Material y método.** Hombre de 28 años consulta por bultoma sin traumatismo previo, en cara interna tibia izquierda. Ha sido intervenido 11 meses antes con plastia autóloga del LCA izquierdo con semitendinoso y recto interno por artroscopia sin complicaciones intraoperatorios y con un buen resultado funcional ulterior. No refiere otros antecedentes patológicos de interés. Presenta una rodilla estable, sin dolor con la movilización del bultoma, realizando actividad deportiva como antes de la ruptura del ligamento. El estudio radiográfico es normal y en la RM se aprecia plastia LCA estable con ruptura del tornillo interferencial con extrusión extra articular del fragmento distal. Se realiza extracción del tornillo roto, y se confirma la estabilidad ligamentosa.

**Resultados.** Actualmente (4 meses más tarde) el paciente continua realizando su vida deportiva previa sin otras incidencias.

**Comentarios y conclusiones.** La ruptura tardía no traumática del tornillo interferencial biodegradable puede ser causada por mala calidad ósea, medida inadecuada del tornillo respecto al túnel óseo, resorción ósea, fatiga del tornillo por mala técnica. En nuestro paciente no hemos podido identificar la causa de la ruptura. Este caso demuestra una posible complicación muy poco frecuente del tornillo interferencial biodegradable por la plastia LCA.

## CC 525

### ROTURA DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR EN ESQUELETO INMADURO

Abat, F.; Sarasquete, J.; Lavalle, G.; Soria, L.; Colomina, J.; Jordan, M. y Monllau, J.C.

*Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** La lesión del ligamento cruzado anterior (LCA) en niños es una entidad compleja que aún crea controversia a pesar de la extensa literatura existente. La evaluación de esta lesión se realiza en nuestros centros análogamente tanto en niños como en adultos, utilizando exploración física, radiografías simples y resonancia magnética. Habitualmente la lesión del LCA en niños se produce a nivel de la inserción tibial. Pretendemos ilustrar la complejidad de dicha lesión, que a menudo queda infravalorada causando inestabilidades posteriores. A la vez queremos comentar las recomendaciones actuales para llegar a un correcto diagnóstico.

**Material y método.** Presentamos un caso de un paciente de 8 años diagnosticado de rotura completa del ligamento cruzado anterior con un seguimiento a lo largo de 10 años desde su diagnóstico. En un principio se decidió tratamiento conservador. A los dos años de la lesión se objetivaron tres fragmentos óseos libres, uno de los cuales provocaba bloqueo articular y fue extraído por artroscopia. Durante los años siguientes permaneció asintomático, siendo intervenido a los 18 años por artroscopia realizándose plastia del LCA y extracción del resto de fragmentos óseos libres.

**Resultados.** El paciente presenta buena dinámica articular sin inestabilidades, dolor ni limitaciones para realizar ejercicio moderado.

**Comentarios y conclusiones.** Se recomienda realizar artroscopia diagnóstica para poder evaluar correctamente el grado de lesión ligamentosa así como la afectación ósea concomitante, que pasa muy a menudo desapercibida en la pruebas de imagen habituales.

## CC 526

### UTILIDAD DE LA MEDICIÓN PREOPERATORIA EN PRÓTESIS DE RODILLA

Abat, F.; Hernández-Vaquero, D.\*\*; Sarasquete, J.\*; Suárez Vázquez, A.\*\*; Jordan, M.\*; González, J.C.\*; Celaya, F.\* y Monllau, J.C.\*  
\*Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. \*\*Hospital San Agustín, Avilés, Asturias.

**Introducción y objetivos.** La utilidad de la medición preoperatoria con plantillas estandarizadas en prótesis de rodilla (PR) es un tema de debate. Pretendemos determinar la fiabilidad de dicha medición. Analizar la correlación existente entre las mediciones intra/inter-observador mediante la coeficiente correlación intraclase (CCI).

**Material y método.** Estudio prospectivo de 50 pacientes, 37 mujeres (74%), 13 hombres (26%), edad media 73 años, intervenidos de PR. Hallamos una correspondencia global del 54% entre el tamaño medido preoperatoriamente y el implantado, mejorando hasta el 92% cuando el tamaño medido admitía un talla de diferencia y del 100% cuando se admitía una diferencia de dos. Fiabilidad intra/entre-observador correcta, límite inferior 95% del CCI superior a 0.90 y 0,77 respectivamente, significativo en todos ellos ( $p < 0.001$ ). No se encontraron diferencias significativas entre la relación medición y la lateralidad de la prótesis, las características del paciente (sexo, edad, peso, etc.) ni la técnica quirúrgica empleada.

**Resultados.** Los resultados observados son similares a la literatura consultada. Creemos que la medición preoperatoria es beneficiosa para el cirujano, puede disminuir posibles complicaciones, facilita el acto quirúrgico y acorta la curva de aprendizaje.

**Comentarios y conclusiones.** La concordancia entre la medición preoperatoria con plantillas y el tamaño protésico implantado es satisfactoria.

Es una técnica reproducible tanto por el mismo cirujano como por otros profesionales entrenados.

## CC 527

### ARTRODESIS DE RODILLA EN EL TRATAMIENTO DE LA ANQUILOSIS POSTRAUMÁTICA

Matamalas, A.; Piñol, I.; Hinarejos, P.; Montserrat, F.; Puig, Ll.; Leal, J.  
*Hospitales IMAS. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** Presentamos un caso de anquilosis postraumática de rodilla en un paciente joven tratada con artrodesis mediante enclavado endomedular.

**Material y método.** Paciente varón de 29 años, de origen africano, con antecedente de traumatismo sobre la rodilla derecha en la infancia. Acude por dolor, dismetría y anquilosis de la rodilla (balance articular: 0-30-40) de 15 años de evolución.

En la radiología simple se objetiva una dismetría de 5cm, un hundimiento del platillo tibial interno, una anquilosis patelofemoral y un eje mecánico de 18° de valgo.

**Resultados.** Se realiza una artrodesis de rodilla con clavo wichita con desaparición completa del dolor y una marcha autónoma. El eje mecánico final es de 0° y una dismetría de 3 cm.

**Comentarios y conclusiones.** Aunque en los últimos años la artroplastia de rodilla parece ser el tratamiento de elección en la anquilosis postraumática, la artrodesis de rodilla sigue estando indicada en casos de dolor e inestabilidad en paciente jóvenes y activos y con un aparato extensor poco funcional como en nuestro caso con una tasa de fusión cercana al 99%.

## CC 528

### SÍNDROME DE EDEMA DE MÉDULA ÓSEA EN LA RODILLA

Guerra Vélez, P.; Martín López, C.M.; De Frias González, M.; López González, D.; Sanjurjo Portus y Sanz, F.J.  
*Hospital La Moraleja. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** El síndrome de edema de médula ósea se refiere a condiciones clínicas transitorias con un mecanismo patogénico desconocido.

**Material y método.** Caso clínico. Paciente de 48 años con dolor e inflamación en rodilla derecha de 2 semanas de evolución, que apareció de manera insidiosa sin traumatismo previo y que le impedía andar sin dolor. Radiografía de control: normal. Se le prescribió descarga absoluta de esa extremidad, aines y analgésicos. RMN: mostró edema intenso en cóndilo femoral interno de esa rodilla, sin osteocondritis.

**Resultados.** El paciente se mantuvo en descarga un mes, empezó la rehabilitación a las 3 semanas de verle en consultas por primera vez. La inflamación y el dolor de la rodilla fueron remitiendo, estando totalmente asintomático a las 10 semanas, reincorporándose a las 14 semanas a la actividad deportiva previa.

**Comentarios y conclusiones.** Se caracteriza primariamente por un patrón de edema en médula ósea. Principalmente afecta la cadera, la rodilla y el tobillo en varones de mediana edad. Las pruebas de laboratorio no contribuyen generalmente al diagnóstico. Las radiografías pueden revelar una desmineralización ósea regional. La RMN se usa principalmente para diagnóstico precoz y monitorización de la progresión de la enfermedad. Se resuelve espontáneamente y no requiere tratamiento quirúrgico.

## CC 529

### ROTURA TENDÓN CUADRICIPITAL Y DE RÓTULA EN PACIENTE HEMODIALIZADO DE LARGA EVOLUCIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO

Parra Grande, F.J.; Vega San Vicente, F.; Grego Vita, D.; Muñoz Ledesma, J.; Narbona Carceles, J. y Pérez Mañanes, R.  
*HGU Gregorio Marañón. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** La asociación entre rotura tendinosa cuadrípital y enfermedad renal de larga evolución es ampliamente conocida. No es frecuente que a esta lesión se asocie una lesión del mecanismo extensor en otro punto.

**Material y método.** Presentamos el caso de un paciente de 59 años de edad que acude al servicio de urgencias por presentar de manera súbita impotencia funcional para la extensión en rodilla derecha. Con la caída sufre traumatismo directo sobre rótula derecha. Tras estudios radiológicos se diagnostica de rotura tendón cuadrípital y fractura de rótula derecha. Se realiza intervención quirúrgica mediante reanclaje del tendón con puntos transosios y realización de plastia de refuerzo tipo Scuderi. Tras la intervención se inmovilizó mediante yeso inguinomaleolar.

**Resultados.** El resultado radiológico inicial es satisfactorio. Se mantiene el yeso en extensión durante 6 semanas. Posteriormente se permitió una flexión protegida y progresiva. A las 12 semanas se observó una rótula baja en la radiografía de control, pero clínicamente se consiguió un rango de movilidad de 10°-100°, con una fuerza de extensión que permite una deambulación comparable a antes de la lesión.

**Comentarios y conclusiones.** La lesión doble del mecanismo extensor de la rodilla es infrecuente y se debe a un doble mecanismo lesional, la rotura espontánea del tendón y el traumatismo directo. De entre las múltiples técnicas quirúrgicas, la reparación directa asociada a la realización de plastia de refuerzo suele dar buenos resultados en pacientes con enfermedad renal y mal estado del tendón.

## CC 530

### CONDROMATOSIS SINOVIOL BRUTAL

Zuil, P.; Llaquet, A.; Escobar, D.; Vergara, A.; Peralta, J.V. y García de León, M.A.  
*Hospital Severo Ochoa.*

**Introducción y objetivos.** La condromatosis sinovial es una patología muy frecuente, con múltiples opciones terapéuticas y que debe ser estudiada su evolución porque existe probabilidad de malignizarse.

**Material y método.** Se presenta a una mujer de 72 años con gonartrosis bilateral de años de evolución, hipertensa y obesa. Fue operada de la rodilla derecha y su rodilla izquierda presenta una movilidad de 0-40 grados, muy dolorosa y además con crepitación. En las radiografías se observa una gran condromatosis sinovial que incluso ha formado una neo-rótula y una gonartrosis muy evolucionada (grado IV).

**Resultados.** A esta paciente se le realizó una artroplastia de rodilla izquierda. En la intervención se extrajeron múltiples cuerpos libres y se necesitó tallar la patela por su gran tamaño adquirido. En el resto del trabajo se muestran fotografías intraoperatorias y radiología simple postquirúrgica.

**Comentarios y conclusiones.** Para escoger el tratamiento adecuado del paciente, se deben tener en cuenta múltiples factores como son la edad del paciente y la gonartrosis asociada.

## CC 531

### AHORRO DE SANGRE POR EL USO DE ÁCIDO TRANEXÁMICO (ATX) EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PTR

Cots Pons, M.\*; Jiménez Martínez, C.\*\*; Sorribes Alcaraz, V.\*\*\*; Rodríguez Miralles, J.\*; Puertolas Gutiérrez, C.\* y Rossignani De Stefani, P\*.

*Hospital General Catalunya (Servicio de COT \*, Servicio de Hematología, Servicio de Anestesia\*\*\*).*

**Introducción y objetivos.** Evaluar el impacto en el ahorro de sangre, en las intervenciones de PTR desde que se administra ATX en nuestro centro.

**Material y método.** Diferentes estudios apoyan el uso de ácido tranexámico para disminuir el sangrado en los pacientes intervenidos de PTR. Desde que se ha implantado el uso de ATX en las PTR (noviembre de 2007 a diciembre del 2008) se han intervenido 38 pacientes (2 pacientes fueron excluidos de la administración ATX, uno por policitemia viera y el otro por historia de cardiopatía isquémica). El grupo de 155 pacientes que fueron intervenidos de PTR sin la administración de ATX se considera el grupo control para evaluar el gasto histórico de sangre. A este grupo se le transfundieron 56 bolsas de sangre. Para estudiar el grupo de los 36 pacientes con PTR incluidos en el protocolo para la administración de ATX, se valoró la Hb y el hematocrito(Hto) pre y postoperatorio, con una caída media de 2,54 puntos de Hb y de 7,85g/L Hto. No requirió apoyo transfusional ninguno de los pacientes a los que se les administró ATX.

**Resultados.** No se transfundió ninguna bolsa de sangre en las 36 PTR en las cuales se va administró ATX. El ahorro de sangre en el grupo de PTR a los cuales se ha administrado ATX ha sido del 100%. No hemos encontrado ningún efecto adverso por la administración del ATX.

**Comentarios y conclusiones.** El ácido tranexámico administrado siguiendo nuestro protocolo en la cirugía de rodilla (PTR) es de una gran eficacia para evitar el sangrado.

## CC 532

### PRÓTESIS ENDOMODEL® DE CHARNELA CON CÓNDILOS EN RECAMBIO DE PTR TRAS FRACTURA PERIPROTÉSICA

López Alameda, S.; Alonso Benavente, A.; López Ruiz de Salazar, A.; Casal Grau, R.; Marín, D. y Díaz-Otero, J.M.  
*Hospital General de Segovia.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas periprotésicas se localizan en la rótula, tibia o fémur de pacientes con prótesis totales de rodilla (PTR). La incidencia global es de 0,3 a 2%. Son muchos los factores involucrados en la aparición de esta complicación: modelo de prótesis implantada, enfermedades neurológicas o reumatológicas, toma de glucocorticoides, osteopenia, y el traumatismo causante. El objetivo fundamental del tratamiento es establecer el estado funcional previo del paciente mediante la consolidación de la fractura y mantener una buena alineación con óptimo balance articular.

**Material y método.** Mujer de 84 años que acude al Servicio de Urgencias tras caída casual con dolor e impotencia funcional en rodilla derecha. Neurovascular distal conservado. Rx: fractura periprotésica de tercio distal de fémur sobre PTR. Por la conminución de la fractura, la inestabilidad de los componentes y la importante osteopenia creímos que la mejor solución sería la revisión con una prótesis Endomodel® de charnela con cóndilos.

**Resultados.** La paciente tuvo un postoperatorio satisfactorio deambulando con dos bastones al alta hospitalaria.

**Comentarios y conclusiones.** Las fracturas supracondíleas son a menudo conminutas y con desplazamiento a medial y a posterior. Ya que la consolidación de estas fracturas requiere de 4-6 meses y dado que la calidad ósea es tan deficiente, nosotros preferimos realizar la revisión como parte de la estabilización, para conseguir el objetivo de una rápida deambulación y evitar las complicaciones del encamamiento de la anciana. El tener un fragmento condíleo inestable nos obligaba a la utilización de una prótesis de estas características para suplir el defecto óseo.

## CC 533

### LUXACIÓN POSTERIOR EN PTR TIPO NATURAL KNEE II: UN CASO CLÍNICO

Menéndez Quintanilla, I.; Doncel Alcaide, L.; Martínez Malo, J., Fernández García, L. y Villanueva Pareja, F.  
*HRU Carlos Haya. Málaga.*

**Introducción y objetivos.** La luxación de la prótesis tras artroplastia total de rodilla es una complicación infrecuente pero grave. La etiología incluye malposición del componente tibial, alteración del balance de flexo-extensión con mayor laxitud en flexión, deficiencia del aparato extensor, deformidad en valgo que requiera liberación posterolateral extensa.

**Material y método.** Mujer, 61 años, insomnio, HTA, obesidad. Antecedente de fractura unicondílea sagital de cóndilo femoral izquierdo (29/6/2005) realizando síntesis con 2 tornillos. Presenta gonartrosis postraumática. Se decide realizar artroplastia total de rodilla izquierda (27/6/2008) disponiendo prótesis total de rodilla primaria tipo Natural-Knee II con polietileno congruente de 9 mm realizando remodelación rotuliana. Es dada de alta con rango de movilidad extensión a 0° y 85° de flexión. El 26/12/2008 sufre mínimo traumatismo sobre rodilla izquierda con dolor e impotencia funcional, acude a nuestro centro el 28/12/2008 presentando a la exploración signos clínicos de fallo mecánico y rodilla bloqueada con luxación posterior del componente tibial. Se interviene quirúrgicamente el 30/12/2008 procediendo a reducción y cambio de polietileno a modelo ultracongruente comprobando estabilidad intraoperatoriamente. Actualmente la paciente presenta rango de movilidad extensión a 0° y 90° de flexión sin signos de inestabilidad.

**Resultados.** La luxación posterior en PTR es una complicación rara, y, generalmente, es consecuente con una laxitud o inestabilidad en flexión,

siendo considerada por algunos autores como un problema de la cirugía.

### Bibliografía

Dislocation of Insall-Burstein II modified total knee arthroplasty. Hosain S, Ayeko C, Anwar M, Elsworth CF, McGee H. *J Arthroplasty*. 2001 Feb;16(2):233-5.

Posterior dislocation of total knee arthroplasty. Sharkey PF, Hozack WJ, Booth RE Jr, Balderston RA, Rothman RH. *Clin Orthop Relat Res*. 1992 May;(278):128-33.

Recurrent dislocation of total knee arthroplasty: an unusual cause. Ng TP, Chiu KY. *J Arthroplasty*. 2003 Dec;18(8):1067-70.

Den Hartog BD, McQueen DA, García GO: Traumatic posterior dislocation of a semiconstrained total knee arthroplasty: a case report. *Contemp Orthop* 15:41, 1987.

## CC 534

### ROTURA DEL APARATO EXTENSOR EN POSTOPERATORIO INMEDIATO SOBRE PTR

Menéndez Quintanilla, I.; Royo Naranjo, A.; Aragón Outón, A.; Álvarez Blanco, M. y Villanueva Pareja, F.  
*HRU Carlos Haya. Málaga.*

**Introducción y objetivos.** La rotura del aparato extensor durante o después de la artroplastia total de rodilla es una complicación infrecuente. Su incidencia en la literatura varía desde 0,17%-2,5 según la serie. La rotura del tendón rotuliano suele asociarse con comorbilidad del paciente, devascularización tisular por procedimientos quirúrgicos previos, traumatismos o rigidez de rodilla. Las comorbilidades incluyen obesidad, diabetes, artritis reumatoide, LES, IRC. Intervenciones previas y tratamientos crónicos con corticoides pueden producir debilitación del tejido colágeno. Las opciones de tratamiento en la rotura aguda incluyen sutura directa con o sin injerto autólogo de semitendinoso, Aquiles, ligamentos sintéticos o injerto homólogo de aparato extensor.

**Material y método.** Mujer 77 años, FA crónica, HTA, gonartrosis bilateral, PTR izquierda modelo CKS (2005) reintervenida en dos ocasiones por cuadro de subluxación rotuliana externa con bloqueo de la extensión, realizando en la primera intervención liberación del alerón externo y plicatura del interno; en la segunda se realiza resección del tejido cicatricial elongado en alerón interno, liberación del vasto externo y anclaje a cara superointerna mediante Mitek. Es intervenida de la rodilla derecha realizando artroplastia total de rodilla mediante PTR modelo CKS (11/6/2008), en el postoperatorio inmediato la paciente tras sentarse nota un crujido en la rodilla intervenida con sangrado por la herida operatoria y presentando impotencia funcional completa para la extensión, se comprueba clínica y radiológicamente la elevación de la rótula por rotura del tendón rotuliano. Se interviene quirúrgicamente (19/6/2008) comprobando rotura degenerativa del tendón rotuliano, la presencia de tejido viable suficiente y el hecho de ser una rotura aguda nos hace decidirnos por realizar una sutura directa con cerclaje rotuliano de descarga. Se mantiene con férula posterior de yeso durante una semana y posteriormente se coloca ortesis para control de la flexo-extensión, permitiéndosele arco de movilidad de 0°-30°.

**Resultados.** La paciente actualmente presenta arco de movilidad suficiente para sus requerimientos funcionales. La rotura del aparato extensor es una complicación infrecuente pero grave, el cirujano ortopédico actual posee diferentes opciones de tratamiento, debiendo emplear el más adecuado en función de las necesidades del paciente. Ante un paciente que ha presentado complicaciones en relación con el aparato extensor en intervenciones previas no debemos descartar que puedan aparecer en la rodilla contralateral a pesar de extremar las precauciones durante la cirugía.

### Bibliografía

Extensor mechanism disruption after total knee arthroplasty. Schoderbek RJ Jr, Brown TE, Mulhall KJ, Mounasamy V, Iorio R, Krackow KA, Macaulay W, Saleh KJ. *Clin Orthop Relat Res*. 2006 May;446:176-85

Patellofemoral complications following total knee arthroplasty. Correlation with implant design and patient risk factors. Healy WL, Wasilewski SA, Takei R, Oberlander M. *J Arthroplasty*. 1995 Apr;10(2):197-201

Extensor mechanism complications after total knee arthroplasty. Rand JA. *Instr Course Lect*. 2005;54:241-50. Review

Patellar tendon rupture after total knee arthroplasty. Rand JA, Morrey BF, Bryan RS. *Clin Orthop Relat Res*. 1989 Jul;(244):233-8

## CC 535

### DISCORDANCIA ENTRE LA RESONANCIA Y LA ARTROSCOPIA DE RODILLA EN UNA PACIENTE HEMOFÍLICA VIH POSITIVA

Merino Pérez, J.; Ibor Ureña, I; Rodríguez Menéndez, J.L.; González Iglesias, J.; Arredondo, J.L. y Larrazabal Raluy, E. *Hospital de Cruces.*

**Introducción y objetivos.** La correlación entre los hallazgos radiológicos y clínicos en las artropatías de los pacientes con hemofilia ha sido valorada satisfactoriamente en diversos estudios. Presentamos un caso en el que la discordancia entre la resonancia magnética y los hallazgos artroscópicos fue muy evidente.

**Material y método.** Paciente que padece hemofilia B. Como antecedentes médicos, presenta dos radiosinoortesis, VIH positiva en tratamiento con antirretrovirales. Tras una mala pisada refiere gonalgia. Tras descartar fractura mediante la radiografía simple, se solicita una resonancia. En la resonancia, parece existir una rotura meniscal, asociada a gonartrosis del compartimento medial, rotura del ligamento cruzado anterior, y una sinovitis hipertrofiada. Durante la artroscopia, se objetivó una degeneración del cartílago articular generalizada, con meniscos marrónáceos muy friables y una sinovitis hipertrófica que impedía la correcta visualización de los compartimentos femoropatelar y externo.

**Resultados.** La sinovectomía artroscópica y la regularización de los restos meniscales, le proporcionó mejoría previa a la artroplastia total de rodilla que le fue indicada.

**Comentarios y conclusiones.** Los pacientes que padecen hemofilia suelen presentar artropatías secundarias a derrames sanguinolentos de repetición. La hemosiderina que de ellos se deriva es captada por los macrófagos sinoviales y los condrocitos, lo que favorece su lisis. Cuando las capacidades metabólicas se ven superadas, aparece una sinovitis y la destrucción del cartilago articular.

## CC 536

### LUXACIÓN DE RODILLA INFANTIL: REPARACIÓN EN UNO O DOS TIEMPOS

Sanz Ruiz, P.\*; Muñoz Ledesma, J.\*; Chana Rodríguez, F.\*; Esparragoza Cabrera, L.\*; Ortiz Espada, A.\*\* y Vaquero Martín, J.\*  
\*Hospital Gregorio Marañón, \*\*Hospital Infanta Sofía.

**Introducción y objetivos.** La luxación de rodilla es una lesión rara asociada a traumatismos de alta energía, siendo excepcional en la infancia donde debido al mecanismo causal y a la elasticidad ligamentosa se lesionan con mayor frecuencia las fisis. Actualmente sigue estando en debate la necesidad de la reparación inicial de todas las estructuras lesionadas.

**Material y método.** Presentamos un caso clínico de una mujer de 15 años con una luxación de rodilla derecha tras accidente de tráfico. Tras realizar reducción urgente así como descartar lesión vascular se completó el estudio de imagen (RMN) siendo sometida a una reconstrucción en un tiempo del LCA, LCL y la capsula posterolateral, observándose un arrancamiento del CPE.

**Resultados.** A los dos años de seguimiento la paciente presenta una movilidad normal sin presentar inestabilidad, persistiendo clínica parálisis CPE.

**Comentarios y conclusiones.** Las luxaciones de rodilla siguen siendo lesiones poco frecuentes, de fácil diagnóstico, pero que presenta dos interrogantes: el momento adecuado para realizar la cirugía así como que estructuras reparar. Nosotros abogamos por una reparación precoz de las estructuras laterales así como del ligamento cruzado, siempre en el contexto de la edad, siendo el manejo del adolescente igual al de los adultos.

## CC 537

### TRATAMIENTO ARTROSCÓPICO DE LA TENDINOPATÍA ROTULIANA GUIADA CON ECOGRAFÍA PEROPERATORIA

Poy Gual, C.; Til Pérez, L.; Hernández Hermoso, J.A.; Turmo Garuz, A. y Valle López, J.  
*Consorci Sanitari Terrassa, Centre d'alt rendiment.*

**Introducción y objetivos.** La tendinopatía rotuliana es frecuente en deportistas que requieren velocidad y fuerza cuádriceps. El diagnóstico se realiza por la clínica, confirmandose por ecografía y RNM. La eco-

grafía permite evaluar la estructura del tendón, la aplicación de la ecodoppler detecta aumentos focales de vascularización. El tratamiento es conservador, se reserva el tratamiento quirúrgico para casos refractarios. Presentamos el caso de tratamiento artroscópico simultáneo con visualización ecográfica en el tratamiento de la tendinopatía rotuliana. **Material y método.** Presentamos cuatro pacientes, deportistas de alto rendimiento con tendinopatía rotuliana crónica, refractaria al tratamiento conservador. Presentan dolor y disminución de la actividad deportiva más de 12 meses de evolución. Se procede a desbridamiento motorizado del polo inferior de la rótula y tejido tendinoso degenerativo. El procedimiento se controla de manera simultánea por artroscopia directa y ecografía. La rehabilitación postoperatoria se realiza de manera inmediata.

**Resultados.** No se presentan incidencias peroperatorias ni postoperatorias. A los tres meses de la cirugía ya regresan a su actividad deportiva habitual. La técnica simultánea mejora la precisión del tratamiento, se visualiza en tiempo real las áreas afectadas y las desbridadas. La imagen ecográfica es un criterio objetivo para finalizar la intervención.

**Comentarios y conclusiones.** El desbridamiento artroscópico con visualización simultánea ecográfica permite al cirujano visualizar mejor la zona afectada, realizar el desbridamiento de manera más precisa y evitar resecciones excesivas. El mínimo abordaje y poca actuación sobre el tendón, permiten iniciar de manera precoz la rehabilitación y incorporación a la actividad habitual.

## CC 538

### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA INESTABILIDAD ROTULIANA

Iglesias Aparicio, D.A.; Roche Albero, A.; Muñoz Marin, J.; Bejarano Lasunción, C.\*; Rebollo González, S. y Herrera Rodríguez, A. *Hospital Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción y objetivos.** Para que la función de la rótula se desarrolle correctamente debe haber una correcta alineación del aparato extensor y que la anatomía de la zona no presente alteraciones. Cuando la rótula pierde parte de su contacto normal con la tróclea femoral (subluxación) o se separa completamente de esta (luxación) se habla de inestabilidad rotuliana. Inicialmente el tratamiento puede ser conservador, pero cuando este fallo se plantea la opción quirúrgica.

**Material y método.** Se trata de una revisión de 22 casos (7 hombres y 15 mujeres) con edad entre 17 y 34 años con afección de dolor anterior de rodilla e inestabilidad rotuliana. Estos pacientes fueron sometidos a técnica de rotación de tuberosidad tibial anterior según técnica Emslie-Trillat entre septiembre 2002 y diciembre 2003. Como criterios de exclusión se establecieron aquellos pacientes con cirugías previas o patología meniscal y/o ligamentosa asociada.

**Resultados.** Edad media serie 28 años (17-34). Sexo: mujeres 67%, hombres 33%. Ninguno de los pacientes experimentó nuevos episodios de luxación rotuliana. El 75% de los casos tenían TAC como prueba preliminar de planificación. Mejoría escala Lysholm de 45 previo a 88 posterior en el seguimiento.

**Comentarios y conclusiones.** La asociación de la técnica con alerotomía y alineación proximal tipo Insall, puede favorecer el resultado óptimo. Nuestra casuística no presentó casos de displasia troclear femoral, donde hubiese podido ser favorable una trocleoplastia. La reducción del ángulo Q a menos de 15°grados responsable del resultado óptimo. El seguimiento clínico y radiográfico de este trabajo trata de dejar constancia de la eficacia de este tratamiento en el dolor anterior de rodilla resistente al tratamiento conservador.

## CC 539

### FRACTURAS PERIPROTÉSICAS TRAS UNA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Santana Zorrilla, S.; Capdevila Baulenas, J.; Santillana Ruíz, J.; Merino Rius, A.; Pradillos García, E. y Sirvent Díaz, E. *Hospital Verge de la Cinta.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas periprotésicas en la artroplastia total de rodilla se presentan con cierta frecuencia, por lo que se deben identificar las causas de éstas para evitarlas y en caso de que aparezcan, saber cómo resolverlas. Además, al tratarse de una intervención que cada vez se realiza con más frecuencia, junto con el envejecimiento de la población portadora, explica que su incidencia vaya en aumento.

Se pretende incidir en la necesidad de realizar un análisis completo en cada caso, buscando la recuperación funcional del estado previo de la articulación.

**Material y método.** Paciente de 74 años, portadora de una prótesis total de rodilla. Requiere recambio por una prótesis en bisagra.

**Resultados.** En el período postoperatorio inmediato la paciente sufre una fractura periprotésica femoral, que se trata de manera conservadora. Posteriormente sufre una nueva fractura periprotésica femoral, una pseudoartrosis del foco de fractura y, finalmente un fallo del material de osteosíntesis utilizado, con fractura femoral asociada. En este caso se realiza reducción abierta y osteosíntesis con placa y cerclajes, asociada al uso de injerto de corticoesponjosa y matriz ósea desmineralizada. Actualmente la paciente sigue una buena evolución clínica, asintomática, con buena adaptación de la prótesis y signos radiológicos de consolidación ósea.

**Comentarios y conclusiones.** En las artroplastias totales de rodilla se obtienen resultados excelentes en la mayoría de pacientes. Por desgracia, las fracturas periprotésicas son una de las complicaciones que pueden producirse, suponiendo su resolución, un reto para el cirujano ortopédico.

## CC 540

### SUPLEMENTO ROTULIANO DE METAL POROSO PARA DEFECTOS ÓSEOS SEVEROS EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA DE REVISIÓN. NUESTRA EXPERIENCIA

Bartolomé García, S.; Torrijos Garrido, P.; Jiménez Cristóbal, F.; Jáñez Moral, F.; Zurrón Lobato, M. y Zorzo Godes, C.  
*Hospital Universitario Puerta De Hierro-Majadahonda, Majadahonda, Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Un defecto óseo severo a nivel rotuliano puede condicionar la adecuada fijación de un componente patelar de recambio en la revisión de una prótesis total de rodilla, con el consiguiente déficit del aparato extensor. Planteamos la utilización de un suplemento de metal poroso no cementado para suplir este defecto.

**Material y método.** Nos encontramos un defecto óseo severo a nivel rotuliano en 3 de los 43 recambios de rodilla que realizamos en nuestro hospital entre enero de 2007 y diciembre de 2008. En todos los casos empleamos un suplemento rotuliano de metal poroso, con posterior cementación del polietileno sobre el mismo. En todos los casos los componentes femoral y rotuliano fueron cementados y suplementados con vástago. En 2 ocasiones, fue necesario emplear conos de metal trabecular para suplementar los defectos óseos femoro-tibiales.

**Resultados.** El seguimiento medio de los pacientes ha sido de 13 meses, sin evidenciarse durante este tiempo signos de aflojamiento, movilización ni infección. La puntuación media del HSS Knee Score pasó de 52 puntos en el preoperatorio a 85 puntos al final del seguimiento.

**Comentarios y conclusiones.** Consideramos que los suplementos rotulianos de metal poroso son una buena opción en la cirugía de revisión protésica de rodilla cuando encontramos un defecto óseo importante, aunque se necesita un seguimiento a largo plazo para confirmar estos resultados.

## CC 541

### A PROPÓSITO DE UN CASO DE GONARTROSIS CON GENU VARO DE 35° SOLUCIONADO CON TRATAMIENTO PROTÉSICO

Cortés Muriel, L.; Sanz, A.; Álvarez, P.; Monzón, J.A. y Barandiarán, F.  
*Servicio C.O.T. del Hospital San Eloy Barakaldo (Bizkaia).*

**Introducción y objetivos.** A propósito de un caso de gonartrosis con genu varo de 35° y gran osteolisis tibial solucionado con tratamiento protésico.

**Material y método.** Se presenta el caso de una mujer de 81 años que consulta por ganalgia derecha de años de evolución, que ha evolucionado hasta dificultarle seriamente la deambulación. La exploración revela una deformidad en varo de 35°, flexo de 10° y gran inestabilidad medio-lateral. La radiografía simple muestra una severa gonartrosis tricompartmental con gran osteolisis en meseta tibial interna. Se realiza la intervención colocando una prótesis total Endomodel con charnela cementada, el defecto tibial se soluciona adecuadamente con cemento, aunque siempre hay que realizar una buena planificación preoperatoria y tener preparados soportes estructurales de metal trabecular.

**Resultados.** En la actualidad la paciente es capaz de deambular y no presenta dolor, siendo su grado de satisfacción muy alto.

**Comentarios y conclusiones.** Cuando el paciente presenta un genu varo que evolucionará hacia la artrosis debemos actuar a tiempo, antes de que se produzca la degeneración femorotibial y sea preciso el tratamiento protésico. La cirugía preventiva del genu varo tiene como objetivo realinear el eje del miembro para lograr la redistribución de cargas desde el compartimento afectado hacia el normal, para disminuir el dolor y mejorar la función. La osteotomía tibial valguzante es el procedimiento más utilizado y evaluado en la experiencia mundial, con numerosos trabajos que avalan su eficacia, con indicación precisa en el adulto joven, sin sobrepeso y con compromiso unicompartmental.

## CC 542

### TENDINOPATÍA GOTOSA ROTULIANA AISLADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Martínez Martínez, J.; Úbeda García, F.; Abellán Guillén, J.F.; Salmerón Martínez, E. y Andrés Grau, J.  
*Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia.*

**Introducción y objetivos.** La gota de larga evolución produce con cierta frecuencia afectación tendinosa, particularmente rotuliana y aquilea, que puede provocar molestias, dolor, tendinitis e incluso rotura del tendón. Normalmente dicha tendinopatía viene precedida de varios episodios de artritis gotosa que son diagnósticos. Sin embargo, la aparición aislada de tofos gotosos intratendinosos sin afectación articular puede plantear en algunos pacientes problemas de diagnóstico diferencial con patologías infiltrativas más agresivas.

**Material y método.** Presentamos el caso de un varón de 47 años con una tumoración dolorosa en el tendón rotuliano, con función conservada del aparato extensor e hiperuricemia ya conocida; pero sin episodios previos de artritis. Las pruebas de imagen (RM) indicaban probable sinovitis villonodular que infiltraba casi todo el tendón. La RM no muestra afectación articular significativa. Se realizó una punción-biopsia que informó de tendinopatía gotosa. Se optó por el desbridamiento de la lesión, evidenciándose durante la cirugía varios tofos gotosos, y una infiltración tendinosa difusa. Se reforzó el tendón con una plastia de semitendinoso autólogo, pasado a través de la rótula. También se inyectaron factores de crecimiento obtenidos a partir de concentrado de sangre periférica.

**Resultados.** Actualmente el paciente se encuentra sin dolor ni molestias, manteniendo la integridad y función del aparato extensor de la rodilla.

**Comentarios y conclusiones.** La tendinopatía gotosa es relativamente común en la gota crónica, aunque la ausencia de artritis previa obliga en algunos casos a descartar otras enfermedades infiltrativas. Si la extensión de la lesión es importante será necesario reforzar el tendón para evitar su rotura.

## CC 543

### COMPLICACIONES EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN PACIENTE CON ARTROPATÍA NEUROLÓGICA NO FILIADA

Escribano Rey, R.J.; Valentí Azcárate, A.; Crespo Cullel, I.; de Rada Lorente, P.D. y Valentí Nin, J.R.  
*Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.*

**Introducción y objetivos.** Mujer de 73 años sin antecedentes de interés que es intervenida mediante PTR de tipo estabilizada varo-valgo debido a inestabilidad lateral, flexo de 10° y valgo de 30°. Tras una cirugía sin incidencias inicia en el postoperatorio diversas complicaciones.

**Material y método.** Mujer que tras PTR presentó caída accidental en el momento del alta sufre fractura periprotésica por encima del componente femoral que fue intervenida mediante osteosíntesis con placa LCP. Tras alta y en su domicilio sufrió nueva caída accidental con nueva fractura periprotésica y afectación de dorsiflexores del pie debido a lesión del CPE. Se realizó nueva osteosíntesis con aporte de autoinjerto en foco. Nueva caída a los 4 meses de la primera cirugía y fractura decidiendo seguir tratamiento conservador con yeso inguinomaleolar debido a la no movilidad aparente del foco y ausencia de dolor. Al mes acude con úlcera y necrosis en talón con exposición de Aquiles. Finalmente se realizó recambio protésico y colocación de PTR tipo bisagra enfundada en aloinjerto. Al mes de la última cirugía comenzó con sangrado fresco intermitente por cicatriz quirúrgica. Se practica angiografía comprobando

dislaceración de arteria poplítea requiriendo la colocación de stent. Una vez pasados 8 meses desde la primera cirugía la paciente deambula con ayuda de andador con una flexoextensión de 90°-0° con recuperación progresiva de la dorsiflexión.

**Resultados, comentarios y conclusiones.** Ante pacientes con rodillas muy inestables con poco dolor, deben hacernos sospechar que nos encontramos ante una artropatía neuropática. La prótesis total de rodilla en este tipo de rodillas puede presentar una alta incidencia de complicaciones como las descritas

## CC 544

### LESIÓN COMBINADA DE LCP Y DESINSERCIÓN DE MENISCO EXTERNO

Álvarez S.; Gil, E.; Domínguez, A.; Minguell, J. y Castellet, E.

**Introducción y objetivos.** Las lesiones combinadas de ligamento cruzado posterior y desinserción de menisco externo son poco frecuentes y requieren una reconstrucción quirúrgica temprana para evitar la fibrosis capsular.

**Material y método.** Varón de 41 años, que tras un accidente de tráfico presenta una fractura de radio distal izquierdo, fractura arrancamiento capsular marginal estable, con avulsión de la inserción tibial del LCP. Se decide realizar una RMN para la planificación preoperatoria, observándose además un arrancamiento del cuerno anterior y cuerpo del menisco externo, luxado a posterior. Se realiza intervención quirúrgica en 2 tiempos: Primer tiempo, artroscopia exploratoria y abordaje anterolateral para reducción del menisco externo y sutura PDF con puntos verticales simples con hilo irreabsorbible en cara anterior. En un segundo tiempo, se realizó un abordaje posteromedial de rodilla para reanclaje del ligamento cruzado posterior en tibia con una grapa, ya que el fragmento óseo presentaba una conminución. En el postoperatorio se coloca una rodillera en extensión 2 semanas, y posteriormente 2 semanas más con 20° de flexión. Inicio de movilización según tolerancia. Se ha de intentar conseguir 90° entre 4-6 semanas.

**Resultados.** Se consiguió una buena estabilidad posterior en el postoperatorio inmediato.

**Comentarios y conclusiones.** El abordaje posteromedial para reparaciones de LCP es un abordaje simple que disminuye el riesgo de lesiones neurovasculares y suele tener resultados satisfactorios. Este tipo de lesiones requieren una reconstrucción quirúrgica para evitar la inestabilidad secundaria. El reanclaje del LCP puede realizarse con distintos métodos (tornillos, grapas). Necesidad de un programa de Rehabilitación adecuado para evitar la artrofibrosis. RMN fundamental

## CC 545

### FRACTURAS DE ESTRÉS EN LA PIERNA SECUNDARIAS A GONARTROSIS

de Prado López, A.; Quevedo Reinoso, R.; Cuevas Pérez, A.; del Fresno Molina, J.A. y Carpintero Benítez, P.  
*Hospital Reina Sofía. Córdoba.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas por fatiga alrededor de la rodilla artrósica no son demasiado frecuentes, y suelen aparecer en mujeres mayores, obesas, y con una deformidad angular importante. Presentamos cuatro casos de fracturas por fatiga en la pierna en pacientes con gonartrosis.

**Material y método.** Se han estudiado de forma retrospectiva cuatro pacientes con fracturas en la pierna (3 en la tibia y 1 en peroné), que presentaban una gonartrosis severa, con una deformidad angular importante (3 genu varo, y 1 ganu valgo)

**Resultados.** Todas las pacientes eran mujeres, con sobrepeso importante (IMC superior a 40). En todos los casos existía una alteración del eje de la pierna superior a los 15 grados (3 genu varos, y un genu varo con anquilosis de cadera desde la infancia secundaria a una coxalgia), y todas las pacientes eran mayores de 72 años (media de 74).

**Comentarios y conclusiones.** El sobrepeso, y la alteración del eje del miembro inferior, somete a grandes requerimientos mecánico a los huesos de la pierna, lo que puede llegar a producir una fractura por fatiga. No obstante, contrasta la gran cantidad de gonartrosis con alteraciones de los ejes, y el pequeño número de fracturas por fatiga diagnosticadas.

Creemos que tenemos que tener presente este diagnóstico en pacientes con gonartrosis de larga evolución, que sufren un agravamiento repentino de los síntomas dolorosos.

## CC 546

### LUXACIÓN TIBIO-PERONEA PROXIMAL AISLADA

Santana Suárez, R.Y.\*; Quintana, J.\*\*; Valencia Sola, L.\*\*\*; Navarro García, R.\*; Navarro Navarro, R.\* y López San Nicolás, A.\*\*  
*\*Hospital Universitario Insular De Gran Canaria, \*\*Hospital Materno Infantil De Gran Canaria, \*\*\*Hospital Universitario Dr. Negrín-Servicio De Anestesiología y Reanimación.*

**Introducción y objetivos.** La articulación tibio-peronea proximal consiste en una articulación rodeada por una cápsula llamada diartrosis formando una articulación bastante rígida. En pacientes con dolor e inestabilidad en rodilla puede ser encontrada una inestabilidad de la unión tibio-peronea proximal. En estos casos los movimientos anormales de la cabeza del peroné son palpables y visibles. Pueden ser demostrados con radiología dinámica. Es una patología bastante rara y puede pasar desapercibido.

**Material y método.** Se describe el caso de una mujer de 20 años sin antecedentes patológicos de interés que acude a consulta por dolor en rodilla derecha de varias semanas de evolución tras traumatismo en rodilla jugando al fútbol. En la exploración física de la rodilla no se encuentra ninguna anomalía salvo que cuando se hace el cajón anterior, el peroné se va hacia delante. La radiografía anteroposterior que no nos muestran la luxación. Como tratamiento se coloca férula posterior tres semanas

**Resultados.** La paciente resulta ser muy conflictiva y se autoretira la férula en 5 días. Posteriormente la derivamos al servicio de rehabilitación por una atrofia muscular de esa extremidad y tras otro tratamiento inmovilizador. La paciente presenta dolor leve y buena movilidad

**Comentarios y conclusiones.** La enfermedad es poco frecuente y puede pasar por desapercibido con relativa facilidad. Las pruebas complementarias sino están dirigidas hacia esa patología tampoco nos ayudan. Describimos este caso por su baja frecuencia de aparición, escasa literatura científica y por hacer hincapié en la importancia de una exploración física como principal arma de diagnóstico

## CC 547

### LUXACIÓN TIBIOPERONEA PROXIMAL AISLADA. CASO CLÍNICO

Faour Martín, O.; Barrio Sanz, P.; Olmos Molpeceres, L.; León Andriño, A.A.; Noriega González, D.C. y Simón Pérez, C.  
*Servicio De Cirugía Ortopédica Y Traumatología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Introducción y objetivos.** La luxación de la articulación tibioperonea proximal es una lesión poco frecuente, y menos común de forma aislada; la lesión aislada parece asociada a actividades de equitación y paracaidismo. Presentamos nuestra experiencia clínica

**Material y método.** Estamos ante un paciente de 26 años, sin antecedentes de interés, que presenta dolor e impotencia funcional de la rodilla derecha de una hora de evolución sin antecedente traumático directo; el mecanismo de lesión referido es una rotación interna de la rodilla. La rodilla derecha se presenta con una flexión de 45 grados, con una deformidad lateral sobre peroné proximal; la flexoextensión es muy dolorosa y no existe derrame articular. El estado neurovascular distal está conservado. No hay dolor a la palpación en otras localizaciones del tobillo derecho. La radiología sólo evidenció una luxación anterolateral de peroné proximal. Se redujo la luxación, bajo anestesia local, ejerciendo tracción sobre el peroné proximal hacia medial y posterior. Se inmovilizó la pierna derecha con una férula posterior tres semanas.

**Resultados.** Tras la reducción de la luxación, el paciente permaneció en observación durante doce horas. Se objetivó la indemnidad neurológica distal y el paciente fue dado de alta. A los tres meses existe normalidad clínica y funcional.

**Comentarios y conclusiones.** Para el tratamiento de esta afección, suele ser suficiente la reducción cerrada; la evolución suele ser satisfactoria y la aparición de artritis poco frecuente. El empeoramiento neurológico requiere la exploración del nervio peroneo; Se considera la resección del peroné proximal en luxaciones crónicas.

## CC 548

### RODILLA FLOTANTE CON FRACTURA FEMOROTIBIAL COMPLEJA

Uriarte Llano, I.; Labayru Echevarría, F.; Sáez de Ugarte Sobrón, O.; Cruchaga Celada, A.; Astobiza Bretones, I. y Gutiérrez Sánchez, I.  
*Hospital de Galdakao (Bizkaia).*

**Introducción y objetivos.** La rodilla flotante es una lesión que consiste en una fractura ipsilateral de fémur y tibia, quedando la rodilla sin conexión alguna con el resto de la extremidad. Se trata de una urgencia quirúrgica dado el alto riesgo neurovascular con el que se asocia.

**Material y método.** Paciente de 49 años que sufre aplastamiento de EID presentando una rodilla flotante con fractura conminuta intraarticular de tercio distal de fémur derecho y fractura intraarticular conminuta de tibia derecha. Además presentaba isquemia de la EID por lesión de la arteria poplítea. Se trató inicialmente con reducción y osteosíntesis de fracturas intraarticulares, clavo retrógrado en fémur, fijador externo en tibia y by-pass femoropoplíteo. A los 8 meses se reintervino por una pseudoartrosis atrófica metafisodifasia de tibia mediante enclavado endomedular tras lo cual consolidó. Las lesiones asociadas de partes blandas y la gravedad de las lesiones óseas desembocó en un valgo artroscópico progresivo de rodilla, lo que hizo necesario plantearse bien una artrodesis o una prótesis de rodilla de constricción total, realizándose finalmente, 2 años y medio después, ésta última.

**Resultados.** A los 3 meses de la prótesis total de rodilla, el paciente presenta una leve molestia, el rango de movilidad es 0-85° y presenta parálisis del CPE (2/5).

**Comentarios y conclusiones.** Lesiones de este tipo pueden desembocar a medio plazo en la necesidad de colocar una prótesis constreñida de rodilla.

## CC 549

### ROTURA ESPONTÁNEA DEL TENDÓN ROTULIANO EN UNA PTR

Fernández González, T.; Zabala Llerandi, J.; Fernández Fuertes, J.; Sánchez Lázaro, J.; Fernández Hernández, O. y Ramos Pascua, L.  
*Hospital de León. León.*

**Introducción y objetivos.** La rotura del tendón del cuádriceps o del tendón rotuliano es una complicación infrecuente de la artroplastia total de rodilla, con una prevalencia publicada de un 0.17% al 2.5%. Se han utilizado numerosos métodos de tratamiento, incluyendo la aplicación de un yeso, sutura del tendón, fijación con alambre, grapas o tornillos, aumentación ligamentaria y reconstrucción del tendón con el uso de un aloinjerto del aparato extensor. Ningún procedimiento reconstructivo ha demostrado resultados satisfactorios consistentes.

**Material y método.** Presentamos el caso de una paciente de 66 años portadora de una PTR izquierda con rotura espontánea del rotuliano. Se produjo una desinserción completa a nivel de la tibia, sin apenas pastilla ósea, procediéndose a su reanclaje mediante sutura tendinosa utilizando puntos de Krakow y túneles óseos tibiales.

**Resultados.** Se realizó una inmovilización controlada mediante ortesis articulada, bloqueándose inicialmente la flexión, permitiéndose el apoyo asistido con bastones a las tres semanas con un rango de movilidad de 0-90°. A las 6 semanas se retiró la ortesis, comprobándose la extensión activa y contra resistencia completa. Tras finalizar tratamiento rehabilitador persistió ligera pérdida de fuerza que no dificultaba la marcha.

**Comentarios y conclusiones.** La rotura del tendón sigue siendo una de las complicaciones más temidas de la artroplastia total de rodilla, con opciones de salvamento difíciles y a menudo insatisfactorias. Es imperativa su prevención con una técnica operatoria meticulosa.

## CC 550

### ALERGIA A METALES: AFLOJAMIENTO ASÉPTICO PTR

Medina León, N.; Camacho Serrano, F.; Corrales Díaz, A. y Carpintero Lluch, R.  
*Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.*

La alergia a metales es una causa poco frecuente de aflojamiento aséptico PTR pero debe tenerse en cuenta a la hora de realizar el diagnóstico diferencial de PTR dolorosa, ya que su no diagnóstico derivaría en un nuevo fracaso del recambio protésico. Mujer de 73 años con antecedentes personales de DM, isquemia cerebral, pancreatitis, apendicectomía y colestectomía. En 2002 presentó gonartrosis: intervención quirúrgica

PTR. Varios meses después comenzó con dolor, aumento de temperatura y fístulas crónicas en herida quirúrgica, siendo todos los cultivos negativos. Se procedió a recambio de la prótesis por aflojamiento mecánico en 2004; tras este recambio aparecieron los mismos síntomas que anteriormente. De nuevo todas las muestras para cultivo microbiológico fueron negativas, persistiendo la impotencia funcional, el dolor y las fístulas. Con gammagrafía se diagnóstico de nuevo aflojamiento mecánico de PTR sin saber la causa del mismo, por lo que se realizaron, tras muchos estudios, pruebas de alergia a metales, siendo positivas al níquel. Se realizó retirada prótesis, más colocación de espaciador cementado, siendo por primera vez los cultivos positivos para *S. epidermidis*. Se procederá a artrodesis (material osteosíntesis sin metales) cuando VSG/PCR normalizada. La PTR dolorosa presenta dos etiologías: aflojamiento séptico y aflojamiento aséptico o mecánico. En la literatura médica encontramos que una vez descartada la infección como causa de PTR dolorosa debemos estudiar el origen del aflojamiento mecánico. Una causa poco frecuente, pero que se debe tener en cuenta, es la alergia a metales. Se debe descartar la existencia de la misma antes de realizar el reemplazo de la PTR por aflojamiento mecánico, ya que su no diagnóstico llevaría de nuevo al fracaso de la nueva artroplastia de rodilla.

## CC 551

### ARTROPLASTIA SOBRE ANQUILOSIS DE RODILLA PROTÉSICA

Faour Martín, O.; Ruiz Valdivieso, T.; Barrio Sanz, P.; Palencia Ercilla, J.; Plata García, M. y Hernández Ramajo, R.  
*Servicio De Cirugía Ortopédica Y Traumatología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Introducción y objetivos.** La disminución en la amplitud de movimientos de una articulación protésica puede deberse a la escasa colaboración del paciente. No obstante la anquilosis de rodilla protésica es infrecuente.

**Material y método.** paciente de 79 años, cardiópata, obeso, en tratamiento crónico con sintrom. Hace cinco años fue intervenida en otro centro de artroplastia total de rodilla derecha. Ingresa en nuestro hospital con el diagnóstico de anquilosis de rodilla protésica derecha en extensión de cuatro años de evolución. No existe derrame articular ni alteraciones en la piel, la palpación no es dolorosa y existe anquilosis en extensión. La paciente estaba afebril y la analítica fue normal. La radiología no evidenció patología ósea significativa. Se programa la cirugía, utilizándose el abordaje previo parapatelar medial. Por la gran fibrosis, tras la cuadriceplastia en V invertida, fue necesaria una importante liberación pericondilar interna y externa por lo que se utilizó para el recambio una prótesis de charnela rotacional.

**Resultados.** Dos meses tras la cirugía, la flexión activa era de 90°, no dolorosa; la extensión pasiva era completa y la activa presentaba un déficit de -20°.

**Comentarios y conclusiones.** Una flexión de rodilla de al menos 90°, es necesaria para poder sentarse o bajar escaleras. Una rodilla rígida presenta retracción y fibrosis del cuádriceps, y aunque se consiguiese una buena movilidad intraoperatoria, es difícil de mantener en el postoperatorio. No es infrecuente la temida complicación intraoperatoria de rotura del tendón rotuliano o su arrancamiento de la tuberosidad tibial

## CC 552

### LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE PROTESIS TOTAL DE RODILLA

Luque Pérez, R.; Rizo De Álvaro, B.; Muiña Rullán, R.; Puente Lozano, A. y García Fernández, C.  
*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Presentamos el caso clínico de una mujer de 82 años trasladada a nuestra urgencia tras sufrir caída.

**Material y método.** La paciente presenta dolor, deformidad severa e impotencia funcional a nivel de la rodilla izquierda y depresión suprapatelar patológica. Intervenida de una P.T.R. Optetrak® (Exatech) cuatro semanas antes. La rodilla es inestable en antero-posterior y al valgo forzado. En la proyección lateral se observa una luxación posterior del componente tibial y una fractura transversal del polo superior de la rótula proximal al componente patelar.

**Resultados.** Con el diagnóstico de luxación posterior de la prótesis de rodilla y fractura del polo superior de la rótula, se interviene quirúrgicamente de urgencia evidenciando una fractura-arrancamiento de la rótula y una rotura del LLI. Los componentes protésicos están bien im-

plantados y el polietileno no ha sufrido daño alguno. Se sutura el LLI de forma termino-terminal (Kessler) y se cambia el polietileno por uno de un número superior. Se repara el tendón cuadriceps mediante reanclaje transóseo rotuliano y se refuerza con una malla de Prolene. Inmovilizamos la extremidad con una férula posterior inguino-pédica. Restablecida la relación normal de los componentes protésicos, la rodilla recuperó su alineación. Permaneció en reposo aproximadamente un mes. A partir de la quinta semana comenzó la rehabilitación en descarga. A las 7 semanas se autorizó la carga parcial con bastones. En el momento actual mantiene una movilidad de 90°/0°.

**Comentarios y conclusiones.** La rotura del tendón cuadriceps tras la implantación de una artroplastia total de rodilla es una complicación muy grave y muy poco frecuente. Es fundamental recuperar la estabilidad de la articulación para obtener un buen resultado funcional.

## CC 553

### ARTROPLASTIA DE RODILLA: RESULTADOS EN HOMBRES Y EN MUJERES

Malo Finestra, L.; Castán Bellido, L.; Velázquez Acón, C.; García Gutiérrez, C. y Seral García, B.  
*Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.*

**Introducción y objetivos.** Los hombres y las mujeres han sido tratados con los mismos diseños protésicos a pesar de las diferencias anatómicas existentes entre ambos. Las mujeres presentan fémures más pequeños (sobre todo en la dimensión lateromedial), existen diferencias rotacionales, el ángulo Q es menor y las presiones femoropatellares son mayores. Ante el desarrollo de nuevos diseños protésicos específicos para el sexo femenino, el objetivo de nuestro estudio es comparar los resultados tras la artroplastia de rodilla en hombres y en mujeres.

**Material y método.** Se revisaron 50 pacientes intervenidos en 2006 a los que se les implantó una prótesis de rodilla sin sustitución patelar (Natural Knee II®). Todos ellos por gonartrosis primaria. 25 eran hombres y 25 mujeres. La edad media era similar, 72,9 años las mujeres y 72,6 años los hombres. Para analizar los resultados se utilizó la escala WOMAC (Western Ontario and McMaster Osteoarthritis).

**Resultados.** Los resultados fueron similares en hombres y en mujeres en las tres categorías analizadas, dolor, rigidez y capacidad funcional ( $p > 0,05$ ).

**Comentarios y conclusiones.** Teóricamente las diferencias anatómicas entre ambos sexos podrían llevar a sobredimensionar el implante femoral en mujeres, pudiendo alterar el balance ligamentoso o irritar partes blandas. Algunos estudios muestran peores puntuaciones en escalas funcionales en las mujeres cuando se realizan antes de la cirugía, sin embargo, tras la cirugía, la mayoría de los trabajos no encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres ni en la supervivencia, ni el dolor, movilidad o capacidad funcional.

## CC 554

### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA MELOREOSTOSIS EN LA ARTICULACIÓN DE LA RODILLA. CASO CLÍNICO

Torres Claramunt, R.\*; Pelfort, X.\*; Vilà, G.\*; Leal, J.\*; Monllau, J.C.\*\* y Puig, Ll.\*

\*Hospital del Mar y de la Esperanza (I.M.A.S.) Barcelona. \*\*Hospital de Sant Pau i de la Santa Creu Barcelona.

**Introducción y objetivos.** Reportamos un caso de un paciente con una contractura severa de rodilla secundaria a meloreostosis afectando a todo el fémur derecho. Se realizó un abordaje artroscópico para extraer los fragmentos de hueso libre y para reseca las lesiones hiperostóticas propias de esta enfermedad.

**Material y método.** El paciente presentaba una rigidez importante en la rodilla con un flexo irreductible y dolor incapacitante. En el abordaje fueron utilizados 5 portales artroscópicos (Anteromedial, posteromedial, anterolateral, superomedial y posterolateral). Fue necesario ampliar uno de estos portales por el tamaño de uno de estos fragmentos.

**Resultados.** El rango de movilidad obtenido en la paciente intraoperatoriamente era de 0/0/110 pero en los meses sucesivos se redujo hasta el actual 0/5/90. No observamos complicaciones neurovasculares ni de otro tipo en el postoperatorio.

**Comentarios y conclusiones.** La meloreostosis es una enfermedad en relación a una mutación genética (LEMD3) donde se produce hueso corti-

cal de forma desproporcionada. La afectación articular puede provocar limitación y dolor. En casos seleccionados, se aconseja el tratamiento quirúrgico. Sólo un caso en la literatura hemos encontrado donde se aplica una técnica artroscópica en esta enfermedad. Conclusiones: la técnica artroscópica puede ser una alternativa a plantear en esta enfermedad cuando existe una implicación articular.

## CC 555

### RUPTURA CRÓNICA DE TENDÓN PATELAR EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE MORQUIO

Crespo Rivero, J.M.; Aboli Martínez, L.; Contreras Citores, Y.; Muñoz Ortus, J.M.; Hernández Fernández, G. y Blanco Pozo, A.  
*Hospital General Yagüe.*

**Introducción y objetivos.** El síndrome pertenece a un grupo de enfermedades llamado mucopolisacaridosis (MPS) por insuficiente cantidad de enzimas catalíticas de azúcares complejos. Comentaremos la afectación tendinosa en un paciente intervenida de ATR, y como se producen alteraciones a distintos niveles por depósito de sustancia anómala, tanto en el aspecto traumatológico como en otros sistemas.

**Material y método.** Paciente mujer de 58 años, afecta de esta alteración, que en postoperatorio de ATR tipo charnela rotacional endomodel por gonartrosis severa con franca inestabilidad articular, presenta déficit de extensión completa con afectación del aparato extensor, diagnosticándose por ecografía de lesión en tendón patelar. Existe una alta probabilidad de alteraciones en los tejidos por depósito de glucosaminoglicanos, como el caso del tejido conectivo.

**Resultados.** Se decidió realizar reparación directa del tendón tras curetaje del mismo, presentando este un aspecto anómalo y desestructurado, aplicando arpones más sutura simple del tendón a la patela, consiguiéndose un descenso de la misma, junto a un refuerzo del tendón.

**Comentarios y conclusiones.** La ruptura del tendón patelar en ATR, sobre todo en revisiones protésicas, tiene mal resultado funcional y un pronóstico sombrío, a pesar de su escasa incidencia en la cirugía, relacionándose con traumatismos, y en menor medida con alteraciones sistémicas como en este caso.

La decisión quirúrgica final de realizar reparación directa, con un resultado aceptable, fue la más acertada dado el estado de la rodilla y las partes blandas, aunque otros tratamientos alternativos igualmente válidos son el hemicolgajo de soleo, autoinjerto semitendinoso con gracilis, aloinjerto HTH de patela o tendón Aquileo, etc...

## CC 556

### FRACTURAS PERIPROTÉSICAS SUPRACONDÍLEAS DE FÉMUR: SISTEMA LISS

Castán Bellido, L.; Malo Finestra, L.; Velázquez Acón, C.; Estella Nonay, R.; Seral García, B. y Seral Iñigo, F.  
*HCU Lozano Blesa.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas periprotésicas supracondíleas postoperatorias representan un 0,3%-2%. Podemos considerar factores contribuyentes a este tipo de fracturas la osteoporosis, el sexo femenino, edad, uso corticoides, artritis reumatoide, corte femoral anterior excesivo, constricción de la prótesis.

**Material y método.** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo sobre una serie de 8 fracturas (6 derechas, y 2 izquierdas) en 8 pacientes, entre los años 2000-2008, en el HCU de Zaragoza (2 hombres y 6 mujeres; edad media de 78 años). Las variables radiológicas y clinicofuncionales fueron comparadas mediante el SPSS respecto las opciones terapéuticas.

**Resultados.** El tiempo medio desde la ATR hasta la fractura periprotésica fue de 9,25 años. El seguimiento medio fue de 19 meses. Todas las fracturas fueron de tipo II según la clasificación de Lewis Rorabeck (fractura desplazada y prótesis intacta). El tiempo medio de consolidación fueron 28 semanas, no existiendo ningún caso de no unión y si un caso de reintervención por infección profunda que se solventó con un recambio en dos tiempos quirúrgicos. Obteniéndose una puntuación media de 74 para la estabilidad, y una funcionalidad de 52 según la *knee society score*.

**Comentarios y conclusiones.** Las placas bloqueadas es una opción terapéutica actualmente en auge que asocia menores tasas de complicación, revisión, y no unión frente a otros sistemas clásicos. En general los clavos intramedulares son mejores para las fracturas proximales, mientras que los dispositivos de ángulo fijo lo son para aquellas fracturas cuyo origen este en la altura del componente femoral.



## CC 557

### TIBIA VARA (ENFERMEDAD DE BLOUNT)

Javier Magi, G.; Torres Pissinis, A.U. y Szmidt, V.E.  
*Hospital San Martín – La Plata-Argentina.*

**Introducción y objetivos.** Describir un caso de afectación tibial bilateral por Enfermedad de Blount del adolescente y su tratamiento mediante osteotomía valguizante supratuberositaria de adición, con injerto y colocación de placa tipo Puddu.

**Material y método.** Paciente de sexo masculino de 15 años de edad, con afectación bilateral, dolor y limitación funcional progresiva de 2 años de evolución. Se realizó diagnóstico clínico y radiográfico.

**Resultados.** El paciente se trató mediante osteotomía tibial valguizante supratuberositaria de adición bilateral, con evolución favorable, remisión del dolor, corrección de la deformidad, recuperación funcional y retorno a la actividad normal.

**Comentarios y conclusiones.** La enfermedad de Blount fue descrita en 1937 como "una osteocondrosis similar a la coxa plana y a la deformidad de Madelung". Hoy se la considera una enfermedad adquirida de la metafisis proximal de la tibia, que se caracteriza por una deformidad en varo, rotación interna y genu recurvatum. Los factores causales relacionados incluyen la infección, los traumatismos, la necrosis avascular, el raquitismo y hasta la obesidad. Se describen una forma infantil y una del adolescente. El tratamiento varía según la edad del niño y la magnitud de la deformidad. La osteotomía tibial es de elección en niños mayores y en casos de deformidad progresiva.

## CC 558

### ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA EN PACIENTE CON DEFORMIDAD EXTRAARTICULAR

Sales Fernández, R.; Jiménez García, D.; Del Cura Vacas, M.; Sánchez Ruas, J.; Aranda Romero, F. y García Medina, T.  
*Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Presentamos un caso genu valgo de rodilla en una pierna con una fractura diafisaria de tercio distal de tibia consolidada de 30 años de evolución.

**Material y método.** Mujer de 78 años con genu valgo de 15° de rodilla dcha por gonartrosis moderada a expensas del compartimento externo. En la tibia ipsilateral presentó hace 30 años fractura diafisaria oblicua de tercio distal de tibia y peroné que consolidó en valgo de 5° y ad-latum se realiza planificación preoperatoria para valorar la posibilidad de corrección del eje mediante artroplastia.

**Resultados.** Se realizó artroplastia total de rodilla utilizando una prótesis estabilizada posterior. Las radiografías muestran una corrección adecuada del eje del miembro. Seguimiento de 1 año

**Comentarios y conclusiones.** La capacidad de la artroplastia de rodilla de corregir deformidades extraarticulares es limitada. La deformidad extraarticular se puede corregir mediante cortes intraarticulares asimétricos o bien mediante osteotomía previa. Cuando la deformidad extraarticular en el plano coronal es superior a 10° y si se intenta corregir solamente mediante los cortes de la artroplastia podemos encontrar dificultad en el balance de los espacios en flexión y extensión al liberar los ligamentos colaterales, pudiendo ocasionar una inestabilidad articular. En el caso que presentamos la artroplastia ha conseguido una corrección adecuada de la deformidad mediante la colocación en varo de la bandeja tibial (7°) sin necesidad de osteotomía previa evitando la morbilidad y complicaciones asociadas con este procedimiento. La planificación preoperatoria es fundamental en estos casos

## CC 559

### PSEUDOANEURISMA POPLÍTEO TRAS PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA

Mota Blanco, S.M.; Figueiredo González, H.J.; Acín García, F.; De Haro Miralles, J. y Bleda Moreno, S.  
*Hospital Universitario de Getafe. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** el éxito de una artroplastia total de rodilla depende en parte del conocimiento y la prevención de las complicaciones derivadas del procedimiento. Las complicaciones vasculares son poco frecuentes, pero pueden llegar a ser devastadoras.

**Material y método.** paciente mujer de 78 años intervenida de prótesis total de rodilla derecha. En el postoperatorio inmediato presenta dolor

intenso en región poplítea y sural con induración y aumento de volumen de la misma. Se realiza ecografía Doppler observándose sistema venoso profunda permeable, imagen compatible con pseudoaneurisma poplíteo derecho de aproximadamente 3 centímetros de diámetro, por lo cual se decide realizar arteriografía confirmando el diagnóstico, pseudoaneurisma de 2ª y 3ª porción de arteria poplítea. A la exploración física del miembro inferior derecho se aprecia pulso femoral +++, poplíteo expansivo, tibial posterior y pedio +++. Edema y hematoma en cara interna de pierna, masa pulsátil en hueso poplíteo.

**Resultados.** se realiza compresión fallida durante 20 minutos decidiéndose cirugía de urgencia. Se repara quirúrgicamente mediante acceso a 3ª porción de poplítea suturando con prolene de 5-0. Se deja un drenaje en la zona de la 3ª porción de poplítea que es retirado a las 48 horas. Posteriormente la paciente no ha desarrollado ningún tipo de complicación comenzando a deambular a las 24 horas tras la cirugía.

**Comentarios y conclusiones.** el pseudoaneurisma es complicación de diagnóstico tardío en la mayoría de los casos y se suele desconocer el mecanismo de lesión. Las opciones terapéuticas descritas, entre otras, son inyección percutánea de trombina humana eco dirigida, la sutura directa, tratamiento endovascular con stent.

## CC 560

### SÍNDROME DOLOROSO REGIONAL COMPLEJO TRAS MENISCECTOMÍA ARTROSCÓPICA

Vidal Tarrasón, N.; Centellas, I.; Palau, E.; Castellet, E.; Minguell, J.; Carrera, L.; Ramírez, G.; Díaz, E. y Joshi, N.  
*Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** La clásicamente denominada distrofia simpática refleja (DSR), que en la actualidad se denomina Síndrome doloroso regional complejo (SRDC), suele afectar a la parte distal de la extremidad, aunque por definición puede localizarse en cualquier área corporal recubierta por piel. Los síntomas y signos pueden aparecer en la rodilla, a pesar de ser una localización poco frecuente. Presentamos el caso de un paciente intervenido quirúrgicamente de meniscopatía que presentó en el postoperatorio clínica sugestiva de DSR.

**Material y método.** Presentamos el caso de un paciente varón de 49 años, sin antecedentes patológicos de interés, que presenta gonalgia derecha de inicio brusco de características mecánicas. A la exploración física presentaba balance articular completo y dolor a la exploración física del menisco interno. El estudio con RMN confirma el diagnóstico, visualizándose rotura del asta posterior menisco interno. Se interviene quirúrgicamente, realizándose meniscectomía parcial interna por vía artroscópica. El paciente presenta una evolución postoperatoria tórpida, presentando hiperalgesia a la movilización y limitación el balance articular. Se solicita estudio con RMN, que informa de edema óseo a nivel en compartimento femorotibial interno y miositis yuxtaarticular a nivel vasto interno, sugestivos de algodistrofia refleja. El paciente sigue tratamiento rehabilitador exhaustivo e inicia tratamiento con fosamax semanal y calcio.

**Resultados.** Tras realizar tratamiento multidisciplinario durante aproximadamente 10 meses, fisioterapia diaria y medicación oral, el paciente presenta una mejora funcional objetiva lenta, progresiva y constante.

**Comentarios y conclusiones.** En la mayor parte de los pacientes con dolor en la rodilla que cumplen criterios diagnósticos del SDRC, es difícil definir si corresponde al tipo I (asociado a lesión de partes blandas) o al tipo II (asociado a lesión nerviosa), o quizá, a una combinación de ambos. A partir de la bibliografía actual se puede afirmar que existe un riesgo pequeño, peor definido, de DSR asociado a cirugía de rodilla, sobretodo con artroscopia. Se desconoce la fisiopatología del SDRC. No hay tratamientos, tanto intervencionistas como conservadores, que puedan curar el SDRC. El tratamiento multidisciplinario, mediante tratamiento médico, fisioterapia y entrenamiento en manejo del estrés, es el modelo terapéutico de referencia que se recomienda en la actualidad.

## CC 561

### A PROPÓSITO DE UN CASO DE TOFO GOTOSO DE RODILLA

Vidal Tarrasón, N.; Palau, E.; Centellas, I.; Minguell, J.; Castellet, E. y Nardi Vilardaga, J.  
*Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** La gota es causada por una respuesta inflamatoria al depósito de cristales de urato monosódico, principalmen-

te en las articulaciones periféricas. La gota se presenta generalmente como una artritis, pero también puede hacerlo como tofo asintomático. El típico tofo gotoso es una colección nodular de urato monosódico, usualmente localizado en región subcutánea y superficies extensoras de manos y pies, olécranon y pabellón auricular. Presentamos el caso de un paciente con aparición inicial de tofo como primera manifestación de la enfermedad.

**Material y método.** Presentamos el caso de paciente varón de 39 años, que presenta gonalgia de 1 año de evolución, sin traumatismo previo. A la exploración presenta tumoración dolorosa en cara lateral. El estudio con RMN evidenciaba imagen hipointensa en el trayecto LLE de características calcificadas. El TAC evidenciaba lesión compatible con miositis. Se realiza exéresis de tumoración de color blanquecino-parduzca adyacente a LLE. El estudio anatomopatológico de la lesión informa de tofo gotoso. El paciente no presentaba hiperuricemia en el estudio analítico y no había presentado previamente ningún episodio de artritis gotosa.

**Resultados.** El paciente presentó una evolución postoperatoria correcta. Un año después de la exéresis del tofo gotoso, el paciente no presenta signos de recidiva de la lesión.

**Comentarios y conclusiones.** El tofo gotoso a nivel de la rodilla es poco frecuente, pudiéndose encontrar a nivel intraarticular y extraarticular. A pesar de su baja incidencia, es importante tener presente este cuadro clínico a la hora de hacer el diagnóstico diferencial ante una tumoración localizada en la rodilla.

## CC 562

### ARTROLISIS DE RODILLA EN ARTROFIBROSIS POSTRAUMÁTICA

Mellado Castellero, J.M.; Moreno Domínguez, R.; López Pliego, M.; Chacón Cartaya, S. y Montilla Jiménez, F.  
*Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Introducción y objetivos.** La artrofibrosis es una seria complicación postoperatoria, clásicamente asociada a dolor pre y perioperatorio, BA preoperatorio limitado, traumatismos de alta energía y lesiones multiligamentarias. La cirugía persige mejorar la rigidez global y la propiocepción del paciente.

**Material y método.** Paciente que sufre accidente de tráfico presentando fractura abierta de rótula grado IIIA, con desinserción completa del aparato extensor, alerones rotulianos y parcial del tendón rotuliano. Se realizó reconstrucción quirúrgica de urgencias. A los 7 m deambulaba, con dolor y presentaba BA de 0-45°.

**Resultados.** Se realizó abordaje pararotuliano medial, con liberación de alerones rotulianos, fondo suprarotuliano y recesos laterales. Desbridamiento de Hoffa y patela. Asociamos osteotomía de DeLee de la TTA con ascenso 2 cm. Se dejó catéter epidural y comenzó el trabajo con artromotor desde el primer día de postoperatorio, consiguiendo un BA de 0-90° desde los primeros días de postoperatorio.

**Comentarios y conclusiones.** La técnica de liberación articular en la artrofibrosis es discutida. Mediante artroscopia, puede researse la cicatriz anterior por debajo de la tibia proximal asociando liberación capsular medial-lateral y manipulación en tipos 3 y 4 de Shelbourne. Otros autores prefieren la cirugía abierta sobre todo cuando es necesario la liberación capsular posterior y realizar osteotomías sobre la TTA. El tratamiento más efectivo es la prevención retrasando las reconstrucciones ligamentarias hasta disminuir la inflamación articular. La artrolysis precoz con capsulotomía posterior permite mayor ganancia en el BA. Un protocolo postoperatorio estricto de control del dolor y fisioterapia es necesario para conseguir mejores resultados funcionales.

## CC 563

### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CON PRÓTESIS DE REVISIÓN EN SECUELAS DE FRACTURA SUPRAINTERCONDILEA DE FÉMUR

Cintado Avilés, M.; García Benítez, M.; Gil-Ortega, V. y Baquero Garcés, F.

**Introducción y objetivos.** Presentamos la revisión de 3 pacientes intervenidos en nuestro centro con prótesis de rodilla de revisión (2 tumorales, 1 de revisión) en secuelas de fractura a nivel de fémur distal.

**Material y método.** En nuestro Servicio de COT se han intervenido 3 pacientes entre el período 2005-2008, con fracturas a nivel supracondíleo

femoral, con el denominador común de la edad mayor a 70 años, y cominución de fractura en 2 de los casos. Por fracaso de la osteosíntesis, y la gran pérdida ósea asociada, hemos planteado como tratamiento definitivo la artroplastia de revisión de rodilla, en 2 de los casos con prótesis tumoral de sustitución de fémur distal, y en otro caso con prótesis de revisión de anclaje diafisario y platillo cementado.

**Resultados.** Hemos obtenido muy buenos resultados funcionales y en plazos de consolidación de fractura, sin complicaciones en forma de infección fracaso aséptico de prótesis, con correcta integración radiológica de las mismas.

## CC 564

### FRACTURA DE TERCIO POSTERIOR DE MESETA TIBIAL EXTERNA, UN CASO POCO FRECUENTE

Galadí Fernández, M.L.; López Salinas, J.T.; Gallo Padilla, D. y Alcántara Atienza, J.A.  
*Hospital Universitario Virgen de Las Nieves. Granada.*

**Introducción y objetivos.** Dentro de la fracturas de meseta tibial existen variantes muy infrecuentes, difíciles de clasificar y con escasas referencias bibliográficas sobre cuál debe ser su tratamiento. El objetivo de este estudio es presentar uno de estos casos, el tratamiento realizado y los resultados funcionales tras el mismo.

**Material y método.** Se presenta el caso clínico de un paciente varón de 38 años que, a consecuencia de un accidente de motocicleta, sufrió una fractura de meseta tibial izquierda Schatzker tipo II. Se le practicó un abordaje anteroexterno con desinserción del tendón rotuliano y sutura transósea más cerclaje de descarga (al final de la intervención). Al abrir se descubrió una fractura de meseta tibial externa, en su mitad posterior, que se fijó con placa periarticular con tornillos interfragmentarios. Además existía una rotura del ligamento lateral interno y una rotura meniscal que se suturó.

**Resultados.** El cerclaje se retiró a los 4 meses. En el momento actual, la movilidad activa y pasiva son casi completas, el paciente no presenta clínica dolorosa y no se han encontrado complicaciones durante el proceso.

**Comentarios y conclusiones.** No hemos encontrado ningún caso similar en la bibliografía actual. El tratamiento utilizado ha sido muy novedoso y los resultados funcionales han sido excelentes.

## CC 566

### INFECCIÓN ARTICULAR TRAS ARTROSCOPIA DE RODILLA

Pizzuti Dopazo, J.P.; Amoros Barcelo, P.; Teixidor Martí, J.C.; Adel, B.M.; Raya Cobo, A. y Sanjuan Castillo, A.M.  
*Hospital Sant Jaume de Calella.*

**Introducción y objetivos.** La cirugía artroscopia es una de las técnicas más fiables y reproductibles de la traumatología actual. La tasa de complicaciones postoperatorias es muy baja. Las infecciones son una patología poco frecuente que en diversos trabajos van del 0.5 al 1%. Sin embargo, las secuelas que puede originar una infección en forma de condrolisis, artrosis o rigidez pueden ser muy incapacitantes. El protocolo de tratamiento recomendado por la mayoría de los autores incluye la toma de cultivo, el lavado a presión con desbridamiento artroscópico inmediato manteniendo la plastia y la antibioterapia específica.

**Material y método.** Presentamos un caso de una paciente que tras 48h de la cirugía artroscópica del menisco interno de la rodilla derecha presenta fiebre y tumefacción de la rodilla. Se realiza lavado, toma de cultivo y antibioterapia endovenosa empírica. Los cultivos fueron positivos para *Pseudomonas aeruginosa* instalándose el tratamiento antibiótico específico según antibiograma.

**Resultados.** Los tratamientos recomendados por la mayoría de los autores incluye la toma de cultivo, el lavado a presión con desbridamiento artroscópico inmediato y la antibioterapia específica.

**Comentarios y conclusiones.** En muchos estudios la infección apareció especialmente vinculada al uso intraoperatorio de esteroides intraarticulares de acción prolongada, a tiempos quirúrgicos prolongados, al número de procedimientos practicados en el mismo acto quirúrgico, a cirugías previas y a condroplastias o desbridamientos de partes blandas realizadas durante la cirugía más que al tipo de plastia o el cirujano.

## CC 567

### AVULSIÓN BIFOCAL TENDÓN ROTULIANO

Sevilla Monllor, A.; Batailler Alborch, J.L. y Moril Peñalver, L.  
*Hospital Clínico de San Juan De Alicante. San Juan de Alicante.*

**Introducción y objetivos.** Aunque la rotura del tendón rotuliano puede presentarse con cierta frecuencia en deportistas, la presencia de una rotura bifocal es extremadamente infrecuente.

**Material y método.** Presentamos varón de 16 años que tras traumatismo directo deportivo, presentaba dolor e incapacidad para la extensión de la rodilla tras contusión directa sobre la inserción tibial con la rodilla flexionada. Presentaba herida inciso contusa en tuberosidad tibial anterior.

**Resultados.** Durante la intervención de urgencias se apreció avulsión proximal y distal del tendón rotuliano, realizándose reinserción proximal a través de tunelizaciones en la rótula y reanclaje distal a lecho óseo mediante arpones de titanio. Para la protección de la reparación usamos un tornillo y un alambre sobre polo proximal siguiendo el sistema AO. La colocación del refuerzo de alambre permitió que tras 2 semanas de limitación de la flexión, aumentara progresivamente el rango de movilidad, evitando las 4-6 semanas de inmovilización en extensión necesarias sin el cerclaje. Evolucionó favorablemente, consiguiendo la movilidad completa a los 3 meses.

**Comentarios y conclusiones.** Creemos que la contracción excéntrica del mecanismo extensor de la rodilla asociada a un traumatismo directo y a una herida inciso contusa en la inserción distal, fueron las causas de esta presentación atípica. Debido a las escasas referencias bibliográficas que permitan extraer conclusiones más definitivas y a la buena evolución de nuestro paciente, creemos que la reparación de forma aguda utilizando la técnica de doble reinserción permite una movilización precoz y recuperación funcional satisfactoria en estos casos.

## CC 568

### LESIÓN CONDRAL EN RODILLA TRAS HERIDA CON CRISTAL

Zurron Lobato, M.; Bartolome García, S.; Ortega Briones, A.; Zorzo Godes, C.; Martín-Vivaldi, A. y Jañez Moral, F.  
*Hospital Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Las heridas próximas a la articulación de la rodilla, deben ser exploradas cuidadosamente, para evitar la existencia intraarticular de cuerpos extraños libres, que de pasar desapercibidos pueden tener consecuencias devastadoras a nivel del cartílago articular.

**Material y método.** Presentamos un caso de un varón de 28 años que acude a urgencias remitido del centro de salud por corte en rodilla izquierda con sospecha de lesión tendinosa, tras rotura de copa de cristal. Presenta herida pararotuliana externa de 3 cm con afectación del alerón rotuliano externo, apreciándose en la radiografía aire intraarticular y fragmentos de cristal a nivel de espinas tibiales.

**Resultados.** Se realiza artroscopia de urgencias, apreciándose lesiones condrales lineales en platillo tibial interno y cóndilo femoral interno, así como sección parcial de fibras del LCA, sin conseguir extracción de los cristales. Se realiza una TAC que confirma la presencia de cuerpo extraño en cara posterior de cóndilo femoral interno que corresponde con una imagen lineal de alta densidad de 12 mm de longitud. Se procede a una segunda exploración en quirófano de forma programada complementando artroscopia con abordaje accesorio posterolateral que permite la extracción del cristal.

**Comentarios y conclusiones.** Un cuerpo extraño intraarticular puede pasar desapercibido en un primer momento, por lo que debemos realizar las pruebas necesarias para su localización, y aun siendo negativas, explorar quirúrgicamente si existen dudas, para evitar lesiones articulares inadvertidas que desembocan en un desgaste articular precoz.

## CC 569

### MOSAICOPLASTIA EN OSTEOCONDRIITIS DISECANTE FEMOROPATELAR GRADO IV. A PROPÓSITO DE UN CASO

Gros Aspiroz, S.; Pérez Villar, F.; Orán Espuys, J.M.; Rocha Solé, M.; Altemir Martínez, V. y Fernández Martínez, J.J.  
*Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida.*

**Introducción y objetivos.** La osteocondritis disecante en una enfermedad del osteocartilago caracterizada por el desprendimiento de un frag-

mento osteocondral. La localización más frecuente es cóndilo femoral interno y rótula. Cuando la afectación es extensa y afecta a zona de carga, la lesión puede llegar a ser incapacitante.

**Material y método.** Se expone el caso de una paciente de 25 años que sufre gonalgia izquierda de tres años de evolución sin historia de traumatismo previo y con sensación de bloqueos articulares. En la RMN se objetiva osteocondritis disecante grado IV en cóndilo femoral externo a nivel de tróclea, lo que justifica la sensación de bloqueo por el resalte de la rótula durante la flexo-extensión a nivel del nido osteocondral.

**Resultados.** Se procede a intervención quirúrgica, se realiza mosaicoplastia a cielo abierto, accediendo por vía anterior parapatelar interna, realizando dos perforaciones de 10mm de diámetro sobre el defecto en cóndilo femoral externo siendo la zona dadora el borde del cóndilo femoral interno. La paciente no presenta complicaciones postoperatorias. A los 6 meses la paciente se encuentra sin dolor y sin bloqueos. El balance articular es de 0/120°.

**Comentarios y conclusiones.** La mosaicoplastia es un tratamiento efectivo en pacientes jóvenes con osteocondritis grado III-IV debido a su baja tasa de complicaciones y sus buenos resultados clínicos así como tratamiento para evitar artritis degenerativas a largo plazo en estos pacientes.

## CC 570

### INFLUENCIA DEL GÉNERO EN EL RESULTADO CLÍNICO DE LAS PRÓTESIS TOTALES DE RODILLA

Castro Álvarez, M.C.; Fernández Carreira, J.M. y Suso Vegara, S.  
*Grupo de Estudio Scorpio Hospital de Mollet (Mollet del Vallès, Barcelona).*

**Introducción y objetivos.** Los resultados de las prótesis totales de rodilla están relacionados con factores dependientes del paciente, del cirujano y del implante. Nos planteamos la influencia del género del paciente sometido a una artroplastia total de rodilla en su resultado clínico.

**Material y método.** Se estudia una cohorte de 258 prótesis totales de rodilla del mismo modelo, implantadas en 9 centros del estado español, con los mismos criterios de inclusión y un seguimiento mínimo de 2 años. Se han excluido los casos con diagnóstico de artritis reumatoide. Las variables analizadas han sido género y resultado absoluto y diferencial preoperatorio y a los 24 meses de la cirugía de los test HSS (HSS dolor y HSS función) y SF12 (SF12 físico y SF12 mental). Se han agrupado los casos en dos, grupo 1 varones (67 casos) y grupo 2 mujeres (187 casos).

**Resultados.** Se hallan diferencias estadísticamente significativas en los resultados HSS-función preoperatorio con un mejor resultado para el grupo 1. También en el grupo 1 se observa un SF12 mental con mejor puntuación. El resultado a los 2 años sigue siendo mejor en el grupo 1 para el test HSS-función, pero no hay diferencias entre los dos grupos para los otros test.

**Comentarios y conclusiones.** Multitud de estudios recientes hablan de las diferencias de resultados en cuanto al género. Al igual que en estos, no podemos concluir que las diferencias clínicas obtenidas apoyen la introducción de cambios en el diseño específicos para género.

## CC 571

### ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA EN PACIENTE CON TUMOR PARDO GIGANTE

Zurron Lobato, M.; Bartolome García, S.; Ortega Briones, A.; Zorzo Godes, C.; Torrijos Garrido, P. y Jañez Moral, F.  
*Hospital Puerta De Hierro Majadahonda. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** El hiperparatiroidismo es una enfermedad producida por la actividad excesiva de las glándulas paratiroides, habitualmente debido a neoplasias o hiperplasias de las mismas. Los síntomas suelen ser principalmente renales, psiquiátricos o esqueléticos.

**Material y método.** Presentamos el caso de una mujer de 67 años, diagnosticada en 2004 de hiperparatiroidismo secundario, que acude a nuestras consultas por dolor e impotencia funcional importante en rodilla derecha, precisando el uso de silla de ruedas para trayectos largos. Se realiza TAC y RMN de rodilla derecha que muestran hundimiento de platillo tibial externo de 1,7 cm de profundidad con herniación del cuerpo y cuerno posterior de menisco externo, y lesión ósea subyacente con

marcada calcificación, compatible con tumor pardo calcificado de 5,5 cm de longitud.

**Resultados.** Se realiza intervención quirúrgica mediante incisión subvastosa, cureteando la lesión tibial y tomando muestras para anatomía patológica. Se coloca hemibloque de metal trabecular de 10 mm sobre meseta tibial en zona de defecto óseo y prótesis total de rodilla primaria cementada tipo LPS. La paciente permanece en descarga 6 semanas y a los 6 meses de seguimiento se encuentra deambulando con la ayuda de dos bastones. El estudio anatomopatológico confirma el diagnóstico de tumor pardo.

**Comentarios y conclusiones.** En estadios precoces del hiperparatiroidismo la alteración esquelética suele limitarse a una desmineralización difusa. Sólo raramente la alteración es marcada a nivel focal, y da lugar a un "tumor pardo", como en el caso que presentamos, en cuyo caso es necesario hacer diagnóstico diferencial con el tumor de células gigantes.

## CC 572

### ARTROFIBROSIS Y PATELA BAJA PROGRESIVA TRAS ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Ruiz-Andreu Ortega, J.M.; García Ibáñez, P.; Nieto Carrizosa, J.M.; Salvador González, E.; Gray Laimon, P. y Gómez Cancio, M.J.  
*Hospital Universitario de Móstoles.*

**Introducción y objetivos.** La patela baja verdadera tras cirugía de rodilla es una complicación devastadora que produce restricción de rango de movilidad y dolor femoropatelar. La respuesta inadecuada del colágeno a la agresión quirúrgica es el desencadenante más probable. La eversión rotuliana en PTR, el roce del tendón con un platillo tibial anteriorizado y la necrosis de la grasa retrorotuliana son factores implicados. Presentamos la solución quirúrgica realizada a una paciente con artrofibrosis y patela baja progresiva tras PTR.

**Material y método.** Paciente de 70 años con implante PTR Natural Knee II (Zimmer) sin complicaciones aparentes. A los 3 meses de evolución tras la RHB presenta balance articular (BA) 0°-90°. En los 6 meses posteriores observamos una disminución progresiva del BA (hasta 0°-25°) con signos radiográficos de rotula baja progresiva (Insall-Salvati 0.92 postQx inmediato, 2.8 9 meses postQx; sucediendo igual con Insall-Salvati modificado, Blackburne-Peel y Caton-Deschamps). Tras descartar infección, patología reumatoidea, alergia a metales y aflojamiento protésico realizamos osteotomía de ascenso de la TTA, resección del cruzado posterior y cambio del componente femoral y polietileno estándar a posteroestabilizado.

**Resultados.** A los 18 meses post-revisión, la paciente se encuentra asintomática, sin necesidad de asistencias técnicas para la marcha, rodilla estable y BA 0°-75°. Índices radiográficos, aunque fuera de parámetros normales, han mejorado (Insall-Salvati 1.8).

**Comentarios y conclusiones.** Entendemos que la situación actual no es idónea, pero dada la gravedad de la patología y la dificultad del tratamiento es aceptable, al haberse podido incorporar la paciente a sus actividades habituales.

## CC 573

### CONVERSIÓN DE ARTROPLASTIA UNICOMPARTIMENTAL DE RODILLA: MECANISMOS DE FALLO Y CIRUGÍA DE REVISIÓN. EXPERIENCIA EN HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL HEBRON

Emilia Gil, R.; Núñez Pereira, S.; Minguell Monyart, J.; Pacha Vicente, D.; Castellet Feliu, E. y Nardi Vilardaga, J.  
*Hospital Valle De Hebrón. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** Los nuevos diseños de prótesis unicompartmentales han dado lugar a un incremento del número de artroplastias unicompartmentales de rodilla en los últimos 10 años. Sin embargo, éste incremento dará lugar a un mayor número de conversiones de artroplastias unicompartmentales a artroplastias total de rodilla en el futuro. Existe diferentes mecanismos de fallo siendo frecuente que éstos se superpongan: dolor (aflojamiento de los componentes, progresión de la osteoartritis, malposición de los componentes), rigidez e inestabilidad.

**Material y método.** Se analizan 5 casos intervenidos de artroplastia unicompartmental medial de rodilla estudiando los mecanismos de fallo que presentaron y la cirugía de revisión que requirieron.

**Resultados.** Tras planificación preoperatoria, en 4 casos se requirió la utilización de aumentos metálicos y en 1 caso el defecto se solucionó con aporte de cemento. El tiempo de conversión de prótesis unicompartmental a prótesis total de rodilla ha sido de 1 a 3 años.

**Comentarios y conclusiones.** Antes de realizar una artroplastia unicompartmental de rodilla es necesario una selección adecuada del paciente e intentar preservar el máximo stock óseo durante la cirugía. A la hora de realizar la conversión de prótesis unicompartmental a prótesis total de rodilla deberíamos realizar una cuidadosa planificación preoperatoria tras una historia clínica y exploración física completas, y pruebas complementarias como la radiología, gammagrafía ósea, analítica general y estudio del líquido articular.

## CC 574

### CAMBIOS VASCULARES POST IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE RODILLA

Martínez Melián, I.\*; Escobar Antón, D.\*; Muñoz Sánchez, G.\*\*; Vergara Ferrer, A.\*; Llaquet Leiva, A.\* y Sevillano, L.\*  
*\*Hospital Universitario Severo Ochoa, \*\*Hospital Universitario Santa Cristina.*

**Introducción y objetivos.** Es frecuente que tras implantación de una prótesis de rodilla observemos cambios tróficos a nivel distal, no lo es sin embargo que exista proliferación venosa tan marcada como el caso que presentamos.

**Material y método.** Presentamos una paciente de 76 años que tras la implantación de prótesis de rodilla derecha comienza con clínica al mes de la operación de síndrome del tarso del pie derecho e importante edema en dicho miembro. Tras estudio con ecografía y RM se visualiza ocupación del seno del tarso por estructuras vasculares compatibles con hipertrofia del sistema venoso a dicho nivel.

**Resultados.** Se procedió a la liberación del seno del tarso, coagulación y resección del sistema venoso hipertrofico. La paciente mejoró de su sintomatología ya en el postoperatorio inmediato.

**Comentarios y conclusiones.** Es infrecuente que tras operaciones que se realizan con isquemia, se produzca una hipertrofia reactiva del sistema venoso como respuesta a dicha agresión

## CC 575

### RESULTADOS DE LA ARTROSCOPIA DE RODILLA EN EL TRATAMIENTO DE LA GONARTROSIS

Alsina, M.; Galcerà, D.; Planes, E.; Morales, M.J.; Valera, E.; Chiquillo, A.; Calbet, G. y Ruiz, A.  
*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología Hospital Universitari Sant Joan de Reus.*

**Introducción y objetivos.** La artrosis es una de las enfermedades más frecuentes. Se ha descrito que alrededor del 80% de la población mayor de 50 años la sufre. La principal característica es el dolor. El tratamiento inicial es conservador, pero dada la progresión de la enfermedad muchos pacientes acaban requiriendo tratamiento quirúrgico. Se han descrito diferentes procedimientos para tratar este cuadro, desde el lavado y desbridamiento artroscópico hasta la artroplastia. Objetivos: el objetivo general de este estudio es evaluar los resultados de la artroscopia de rodilla como procedimiento quirúrgico de la gonartrosis.

**Material y método.** Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo en el período entre 1 de enero de 2000 y 31 de diciembre de 2007 de los pacientes intervenidos de artroscopia de rodilla. Los criterios de inclusión son hombres y mujeres, de edad igual o superior a 55 años.

**Resultados.** Se obtienen 302 pacientes con edad superior a 55 años, de los cuales se excluyen 19 por falta de datos. El tiempo medio de evolución hacia la intervención de artroplastia desde la artroscopia fue de 3,15 +/- 1,97 años, no encontrando diferencias entre hombres y mujeres. Se observa una evolución más rápida de la gonartrosis en aquellos pacientes con meniscopatia y/o inestabilidad del ligamento cruzado anterior.

**Comentarios y conclusiones.** En el tratamiento de la gonartrosis se han utilizado gran cantidad de métodos conservadores así como quirúrgicos. Es evidente que la artroscopia no cura la enfermedad, pero puede ser de utilidad para alterar su curso natural, sobre todo en pacientes que cumplan determinadas características.

## CC 576

### OSTEONECROSIS PLATILLO TIBIAL EXTERNO Y FRACTURA DE TIBIA PROXIMAL. TRATAMIENTO 2 EN 1

Casaccia Destéfano, M.; Stitzman Wengrowicz, M.; Pacha Vicente, D.; Arias Baile, A.; Molero, V. y Nardi Vilardaga, J.  
*Hospital Universitario Vall D'Hebrón. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** Presentamos el caso de una paciente con osteonecrosis platillo tibial externo, en espera de una prótesis, que tras caída presenta fractura metafisaria tibial.

**Material y método.** Paciente de 78 años sufre caída casual, presentándose con impotencia funcional y deformidad en rodilla derecha. Antecedentes personales de osteonecrosis platillo tibial externo obligando a la paciente a deambular con ayuda de un caminador en espera de una prótesis de rodilla. Radiográficamente observamos fractura tibial metafisaria y osteonecrosis platillo tibial externo.

**Resultados.** Dado el antecedente de osteonecrosis sintomática, se decide tratamiento de ambas lesiones con prótesis total de rodilla tipo Waldemar-Link, con vástagos de osteointegración para controlar la rotación del fragmento distal. Inicia carga parcial precoz favoreciendo la consolidación. Al año de la intervención, se encuentra deambulando sin ayuda, asintomática, con balance articular de 0-100°, y consolidación radiológica.

**Comentarios y conclusiones.** Solucionar de forma aislada la fractura probablemente hubiese hecho que la paciente evolucionara torpidamente, debido a la sintomatología de la osteonecrosis. Además, una prótesis tras una osteosíntesis de tibia proximal tiene una mayor tasa de complicaciones, como se ha descrito previamente. Han reportado una alta tasa de complicaciones y fallo de implante, con hasta un 26% de necesidad de reintervenciones en pacientes con PTR que tuvieron una fractura anterior. El uso de prótesis con vástago y osteotomía simultánea de tibia para tratar grandes deformidades se ha realizado con éxito. Por esta razón decidimos tratar con un solo gesto quirúrgico ambas lesiones, la osteonecrosis y la fractura tibial, con una PTR con vástagos largos de osteointegración.

## CC 577

### PSEUDOANEURISMA POPLÍTEO TRAS ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Fernández Doral, F.J.\*; Trell Lesmes, F.\*; Martínez Maside, M.\*\*; Ballesteros Massó, R.\*; Hernández Atance, J.M.\* y García Lázaro, F.J.\*  
*\*Hospital Universitario De Fuenlabrada, \*\*Hospital Infanta Leonor.*

**Introducción y objetivos.** La artroplastia de rodilla supone una intervención muy frecuente en los servicios de traumatología. Los aneurismas de la arteria poplítea como complicación de esta cirugía son raros (0,3-0,5%).

**Material y método.** Se presenta el caso de una paciente de 78 años, que en el postoperatorio inmediato de una artroplastia de rodilla, presentó una tumefacción en hueco poplíteo dolorosa, que asociaba a disestesias en planta del pie. Los pulsos distales eran palpables y presentaba un buen relleno capilar. Previamente a la cirugía la paciente presentaba un flexo irreductible de 30°, y precisó de liberación y equilibrio ligamentoso para un correcto balance articular. La cirugía se realizó con isquemia por expresión y el manguito se retiró a los 70 minutos. Tras las pruebas complementarias realizadas se llegó al diagnóstico de pseudoaneurisma poplíteo que fue tratado por el cirujano vascular.

**Resultados.** Tras la cirugía abierta con resección del pseudoaneurisma y sutura termino – terminal se resolvió la complicación. Actualmente presenta una buena función articular con un balance de 0°→ 110° con desaparición del dolor, aunque persiste ciertas disestesias en cara plantar del pie.

**Comentarios y conclusiones.** La lesión de la arteria poplítea requiere un alto grado de sospecha para obtener un diagnóstico precoz y evitar posibles complicaciones: trombosis arterial, fistula arterio-venosa, disección de arteria poplítea, que pueden llegar a comprometer la viabilidad de la extremidad. Un estudio con Eco-doppler y una arteriografía confirmarán el diagnóstico. El tratamiento con cirugía abierta aporta unos mejores resultados que la embolización u otras técnicas endovasculares.

## CC 578

### VARIABILIDAD DE LA PENDIENTE POSTERIOR TIBIAL CON ALINEACIONES INTRAMEDULARES

León Muñoz, V.J.; González Garro, J.M.; Muñoz González, A. y Cruz Belda, C.  
*Hospital Vega del Río Segura. Murcia.*

**Introducción y objetivos.** Con sistemas convencionales de instrumentación se puede tener la percepción de que la pendiente posterior del implante es menor que el que se determina durante la intervención.

**Material y método.** Se han analizado las ATR implantadas en el año 2008. 131 cirugías primarias. 110 casos válidos para el estudio. Todas las mediciones se han realizado por el mismo investigador. Determinación de la pendiente establecida durante la intervención por el formulario web específico. Edad media: 69,89 ± 7,8. Distribución por sexos: 75,5% mujeres y 24,5% hombres. Lateralidad: 53,6% derecha y 46,4% izquierda. Supuesto de normalidad: Kolmogorov-Smirnov. Homogeneidad de varianzas: Levene. Comparación de dos grupos: t de Student para variables independientes. Comparación de más de dos subgrupos: ANOVA (post hoc HSD de Tukey). Riesgo alfa: 0,05. Paquete estadístico: SPSS 15.0 para Windows.

**Resultados.** HKA preoperatorio: 172,2° ± 5,9. HKA postoperatorio: 177,87° ± 3,46. Pendiente posterior decidida durante la intervención (SLOPEIQ): 84,43° (5,57°) ± 1,59. Pendiente posterior radiográfica del implante (SLOPEATR): 85,5° (4,5°) ± 2,93. Diferencia significativa (p ≤ 0,05) al contrastar SLOPEIQ respecto a SLOPEATR. No existe diferencia significativa entre diferentes instrumentales ni cirujanos.

**Comentarios y conclusiones.** Con independencia de los instrumentales y de diferentes cirujanos, la pendiente posterior tibial deseada difiere de la conseguida, que es menor, en la serie estudiada.

## CC 579

### TRASPLANTE DEL APARATO EXTENSOR DE LA RODILLA TRAS ATR

León Muñoz, V.J.; Lisón Almagro, A. y Escámez Pérez, A.  
*Hospital Vega del Río Segura. Murcia.*

**Introducción y objetivos.** Se estima que tras la cirugía protésica de la rodilla, sufren un fracaso del aparato extensor entre el 0,17% y el 0,55% de los casos. Los fracasos más frecuentes ocurren a nivel del tendón rotuliano. Se han descrito refuerzos del aparato extensor con fibras de Leeds-Keio (Aracil y cols.), aloinjertos de Aquiles y plastias HTRH. Más complejo es el tratamiento de las roturas proximales del aparato extensor.

**Material y método.** Estudio retrospectivo de dos casos de fracaso del aparato extensor tras ATR. Por avulsión del polo proximal de la patela y por fractura conminuta de la patela protetzada. En ambos casos existía déficit de los últimos 30° de extensión activa. Hemos realizado en ambos casos un trasplante completo de aparato extensor.

**Resultados.** El postoperatorio de ambos casos ha transcurrido sin incidencias. Se ha mantenido la inmovilización y la descarga absoluta de la extremidad 8 semanas antes de iniciar la pauta de rehabilitación progresiva.

**Comentarios y conclusiones.** Las publicaciones consultadas refieren que las reparaciones primarias son frecuentemente fracasos y que la mejor forma de tratar es evitar. La técnica del trasplante completo de aparato extensor fue descrita por Emerson y modificada por Nazarian y Booth. La descripción más exhaustiva de la técnica (que es la que hemos realizado) se encuentra en un artículo de Burnett del 2005, en The Journal of Bone and Joint Surgery.

## CC 580

### PACIENTE CON PTR BILATERAL ALÉRGICA A METALES. REFLEXIONES SOBRE UN CASO CLÍNICO

López Martínez, J.J.; García Paños, J.P.; Valcárcel Díaz, A.; Fernández Sánchez, R.; Rodríguez Martínez, R. y Martínez Victorio, P.  
*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.*

**Introducción y objetivos.** Un 10-15% de la población sufre alergia a los metales, siendo por orden de frecuencia a níquel, cobalto, cromo y titanio. En esta población el porcentaje de rechazo de implantes protésicos habituales es mayor y, por lo tanto, es un factor a tener en cuenta en pacientes que cuentan historias de posible alergia a metales previo a la implantación de una prótesis.

**Material y método.** Paciente de 75 años, sin antecedentes de interés, que en 1995 y tras una osteotomía valguzante muestra un rechazo al material utilizado en la osteosíntesis, realizándose pruebas de alergia y demostrando alergia a níquel, cromo y cobalto. Tras esto, se le colocan PTR hipoalergénicas de Titanio en ambas rodillas sucesivamente por gonartrosis tricompartmental, que son rechazadas en un período de 4 años ambas. Se han colocado dos PTR hipoalergénicas en ambas rodillas, compuestas por Titanio niobium (TiNbN), un material con mínima liberación iónica y mayor dureza y biocompatibilidad.

**Resultados.** La paciente muestra una funcionalidad adecuada a su edad, sin problemas hasta la actualidad.

**Comentarios y conclusiones.** Este caso nos muestra que hay que indagar en la posible historia antigua del paciente acerca de alergia a metales, previamente a la colocación de una prótesis, y realizar las correspondientes pruebas si son necesarias.

## CC 581

### LUXACIÓN DE RODILLA CON LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR INTACTO

Casanova Canals, X.; Abdul-illah, H.; Rius Moreno, X. y Portabella Blavia, F.  
*Hospital Universitari de Bellvitge.*

**Introducción y objetivos.** La luxación de rodilla es una lesión grave e infrecuente que generalmente se asocia a la ruptura de ambos ligamentos cruzados. Presentamos un caso clínico de luxación completa de rodilla en paciente de 22<sup>a</sup> tras traumatismo deportivo de baja energía sin lesión de ligamento cruzado posterior.

**Material y método.** Paciente varón de 22 años que tras entorsis de rodilla izquierda jugando a fútbol presenta gran dolor e impotencia funcional. Es traído a urgencias con inmovilización externa y presenta una actitud en semiflexión con pulsos distales conservados. La radiografía inicial muestra luxación anterior de rodilla. Se realiza reducción cerrada mediante manipulación, posterior inmovilización con yeso tipo calza previa artrocentesis. La angiografía detecta lesión intimal. A las 3 semanas se confirma diagnóstico por RM de luxación de rodilla con rotura de LCA aislada.

**Resultados.** Inicio de carga parcial asistida con muletas a las 3 semanas. Inicio de rehabilitación funcional tras 6 semanas de inmovilización con yeso. Arco de movilidad completo (0-130°) a las 10 semanas. A la exploración física persiste Lachmann positivo, cajón posterior negativo, estabilidad al varo y valgo forzados; destacan signos de hiperlaxitud generalizada.

**Comentarios y conclusiones.** La luxación de rodilla con LCP intacto es una lesión excepcional. La hiperlaxitud de nuestro paciente puede explicar la luxación de rodilla por mecanismo de baja energía con preservación del LCP. Actualmente el paciente se encuentra desarrollando sus actividades habituales, pendiente de valorar la reparación quirúrgica del LCA según su evolución clínica.

## CC 582

### RECONSTRUCCIÓN ARTROSCÓPICA SIMULTÁNEA DE LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR Y ANTERIOR

Trigueros Rentero, M.A.; González Parreño, S. y Miralles Muñoz, F.A.  
*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital General de Elda.*

**Introducción y objetivos.** Presentar nuestros resultados en la reconstrucción artroscópica simultánea de los ligamentos cruzados anterior (LCA) y posterior (LCP) tras episodio de luxación traumática de rodilla.

**Material y método.** Entre 2004 y 2008 se registraron 6 casos de luxación de rodilla. Uno de ellos se trató, tras la reducción ortopédica inicial, de forma conservadora. Los otros 5 eran varones activos en los que se indicó la reconstrucción ligamentosa. La técnica quirúrgica artroscópica fue similar en todos los casos: reconstrucción de LCP mediante aloinjerto de tendón de Aquiles y de LCA con autoinjerto de isquiotibiales. El LCP se fijó con tornillos interferenciales con la pastilla ósea en túnel tibial, mientras el LCA se fijó con el sistema Cross-pin (Stryker) en fémur y tornillo interferencial tibial. Se inmovilizó la rodilla en todos los casos con férula inguinopédica en extensión durante 2 semanas. Para la valoración clínica se empleó la escala de Lysholm y Gillquist y la escala de nivel de actividad de Tegner.

**Resultados.** El seguimiento postoperatorio medio fue de 18 meses. 4 pacientes presentaron lesiones meniscales asociadas. Un paciente desarrolló paresia del CPE, que precisó de injerto nervioso. 3 de los 5 pacientes retornaron al nivel de actividad previo, tras un período de rehabilitación medio de 7,5 meses.

**Comentarios y conclusiones.** Se trata de una lesión muy grave que compromete de manera significativa la funcionalidad de la rodilla. Primero ha de reconstruirse el LCP y posteriormente el LCA, siendo la rehabilitación posterior un factor fundamental para la recuperación funcional articular.

## CC 583

### DISPLASIA SPONASTRIME: A PROPÓSITO DE UN CASO

Barrera Ochoa, S.; Aguilar, M.; Arias, A.; Núñez, S., Batalla, Ll.; Teixidor, J. y Nardi, J.  
*Hospital Universitari Vall d'Hebron Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** La ruptura bilateral del tendón cuadriceps sin antecedente traumático significativo es muy infrecuente. Generalmente se asocia a un desorden metabólico crónico, como por ejemplo el hiperparatiroidismo secundario a una insuficiencia renal crónica, enfermedades inmunológicas como el lupus eritematoso sistémico, o tratamiento con glucocorticoides.

**Material y método.** Exponemos el caso de un varón de 67 años, con el único antecedente patológico de hipertensión arterial. Acude al servicio de urgencias por impotencia funcional súbita de ambas extremidades inferiores. No presenta algias significativas. A la exploración hallamos un déficit de extensión activa, un rango articular de 10°/90° y signo del hachazo suprapatelar bilateral. Radiográficamente se observa una avulsión del margen supero-externo patelar bilateral (confirmado por ecografía) y se establece un descenso rotuliano, con índice de Insall-Salvati inferior a 1. Se decide tratamiento quirúrgico reanclando el tendón mediante suturas de Krackow anudadas a través de tres túneles transóseos en el polo proximal de la rótula.

**Resultados.** El balance articular intraoperatorio fue de 0/70°, en el postoperatorio inmediato se colocaron férulas dorsales inmovilizadoras en flexión de 15°. A las 3 semanas se inició rehabilitación con ejercicios pasivos y asistidos.

**Comentarios y conclusiones.** Debe existir la sospecha clínica previa para realizarse su diagnóstico. El tratamiento quirúrgico es de elección, es resolutivo y consigue buenos resultados funcionales.

## CC 584

### ARTRITIS REUMATOIDE RÁPIDAMENTE EVOLUTIVA

Pradillos García, E.; Santillana Ruiz, J.; Santana Zorrilla, S.; Sirvent Díaz, E.; Capdevila Baulenas, J. y Rubio Gajo, B.  
*Hospital de Tortosa Verge de la Cinta.*

**Introducción y objetivos.** La artritis reumatoide en paciente jóvenes presenta una afectación poliarticular y en ocasiones tener una rápida evolución con gran destrucción articular. El tratamiento médico puede controlar la evolución y el dolor, pero cuando presenta una afectación articular avanzada el tratamiento con prótesis está recomendado. En el caso de la rodilla algunos estudios recomiendan el uso de prótesis con estabilización posterior asociada a sinovectomía.

**Material y método.** Paciente mujer de 45 años, con antecedente de artritis reumatoide de 8 años de evolución, seguida por el servicio de reumatología desde hace 9 meses y en tratamiento con metotrxate y corticosteroides que presenta gonalgia derecha con importante degeneración radiográfica que se ha producido en 7 meses. La paciente tiene deambulación limitada a algunos metros y siempre asistida con 2 muletas.

**Resultados.** Se decide tratamiento con prótesis total de rodilla tipo bisagra rotacional. La paciente presenta una mejoría clínica notable y un aumento del rango de movilidad, con deambulación sin bastones.

**Comentarios y conclusiones.** La artritis reumatoide puede dar lugar a cambios articulares degenerativos de evolución muy rápida, con dolor y limitación importante de la movilidad a pesar de los tratamientos médicos. Los pacientes pueden notar una mejoría importante con el tratamiento quirúrgico, y es recomendable hacer un seguimiento para el diagnóstico precoz en otras articulaciones.

## CC 585

### MENISCECTOMÍA PARCIAL EXTERNA: ¿CRÓNICA DE UNA COMPLICACIÓN ANUNCIADA?

Fernández Lombardía, J.; Maestro Fernández, A.; Rodríguez López, L.; Paz Aparicio A.; Casero Alonso, F.J. y Olay Gayoso, M.J.  
FREMAP (Subdirección regional cantábrica).

**Introducción y objetivos.** Intentar detectar prequirúrgicamente los pacientes que potencialmente van a presentar un mayor riesgo de desarrollar una lesión osteocondral tras la realización de una meniscectomía parcial externa.

**Material y método.** Presentamos cuatro casos de pacientes (varones) con IMC dentro de la normalidad sometidos a una meniscectomía parcial externa que en un plazo de tiempo más o menos corto, desarrollan una lesión condral en el cóndilo femoral externo y en un caso con lesión en espejo tibial.

**Resultados.** Observamos diferentes características de los pacientes, y lo que más nos llamó la atención fue la presencia en todos ellos de un genu valgo bilateral de graduación variable (media 8°), todos los casos con una clara sobrecarga mecánica de la articulación (bien por tratarse de deportistas profesionales, bien por presentar actividades laborales que condicionan un alto grado de esfuerzo de la articulación).

Destaca recuperación funcional, pero la persistencia de derrames de repetición.

**Comentarios y conclusiones.** Según nuestras observaciones, y apoyados en la literatura, creemos que pacientes varones, con genu valgo constitucional y actividades que requieran una alta demanda física de las rodillas deben ser cuidadosamente valorados antes de someterse a una meniscectomía parcial externa, sobre todo en lesiones amplias, ya que presentan un riesgo elevado de presentar una grave complicación como es la condrolisis. Pensamos que se debe ser más conservador que en las lesiones meniscales internas, y si no es eficaz el tto conservador, tratar de reparar las roturas meniscales externas.

## CC 586

### FACTORES ASOCIADOS A LA RIGIDEZ DE RODILLA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE ATR

Ochoa-Hortal, M.A.; Farfán Gil, J.J. y García-Herrera Reboul, G.  
*Hospital de Antequera. Málaga.*

**Introducción y objetivos.** estudiar la asociación de los factores que predisponen al desarrollo de rigidez de rodilla en pacientes intervenidos de artroplastia total de rodilla (ATR), en nuestro servicio por parte del mismo equipo de cirujanos en el período 1997-2003.

**Material y método.** en la revisión se identificaron 35 pacientes con ATR que presentaban una flexión de rodilla menor de 90° que se incluyeron como casos, a los que les fueron asignados un grupo de 35 controles randomizados.

**Resultados.** a pesar de ser una complicación rara, existe un importante número de pacientes con flexión menor de 90° que deben ser filia-

**Comentarios y conclusiones.** el conocimiento exhaustivo de los factores asociados al propio paciente, de los derivados de la cirugía, así como la adhesión al tratamiento rehabilitador, ayudan a mejorar el pronóstico.

## CC 587

### TRATAMIENTO CON IMPLANTE DE RECUBRIMIENTO PARCIAL DE LA OSTEOCONDritis AVANZADA DE CÓNDILO FEMORAL INTERNO

Garrucho, M.; Guillén, J.A. y Yunta, A.  
*Hospital General de Granollers.*

**Introducción y objetivos.** El tratamiento de los defectos condrales avanzados del cóndilo femoral interno en pacientes adultos jóvenes es controvertido. En algunos casos, ninguna de las diferentes opciones técnicas habituales presentan buenos resultados: tratamientos biológicos, artroscopias, osteotomías, recambios protéticos unicompartmentales... Presentamos nuestra casuística en los pacientes tratados mediante implante de recubrimiento parcial del cóndilo femoral.

**Material y método.** El tratamiento de los defectos condrales avanzados del cóndilo femoral interno en pacientes adultos jóvenes es con-

trovertido. En algunos casos, ninguna de las diferentes opciones técnicas habituales presentan buenos resultados: tratamientos biológicos, artroscopias, osteotomías, recambios protéticos unicompartmentales... Presentamos nuestra casuística en los pacientes tratados mediante implante de recubrimiento parcial del cóndilo femoral.

**Resultados.** El arco de movilidad es completo en todos los pacientes. Las valoraciones funcionales y radiológicas son muy buenos. En 1 paciente se asoció osteotomía valguizante tibial proximal 6 meses después de la colocación del implante parcial.

**Comentarios y conclusiones.** El tratamiento de los defectos condrales avanzados del cóndilo femoral interno en pacientes adultos jóvenes mediante implante de recubrimiento parcial presenta muy buena evolución a corto plazo.

## CC 588

### ¿AL NATURAL O CON SCORE?

Llaquet Leiva, A.A.\*; Vergara, A.\*\*; Zuñil, P.\*\*; Peralta, J.V.\*\*; Martínez Melián, I.\*\* y Guijarro Galiano, J.\*\*

\*Hospital Universitario Severo Ochoa De Leganés, \*\*HUSVO.

**Introducción y objetivos.** Desde que se desarrollaron las primeras prótesis de rodilla hasta la fecha han surgido una enorme variedad de modelos con diferentes tecnologías para buscar la máxima naturalidad mecánicamente y ofertar la mejor calidad de vida por lo que decidimos estudiar dos modelos, la Natural Knee II y la Score.

**Material y método.** Buscamos comparar 85 prótesis tipo Natural Knee II con 65 prótesis tipo Score durante el período de tiempo del 2006-2007 centrándonos en las correcciones radiológicas obtenidas desde un punto de vista mecánico, así como la satisfacción del enfermo para lo que empleamos el cuestionario HSS.

**Resultados.** Los resultados fueron que el HSS pasó de ser 46 de media en el grupo Natural a 83 y de 43 en el grupo Score a 91 manifestando mejor calidad de vida y más movilidad. Las correcciones obtenidas con ambos tipos de prótesis fueron buenas y superiores con la Score

**Comentarios y conclusiones.** Como era de esperar los resultados con la prótesis Score han sido mejores al ser tecnológicamente más perfecta y más moderna. De cualquier modo con el tiempo se verán cómo evolucionan ambos tipos de prótesis en los pacientes, pues lo más importante es la vida media de la prótesis, así como el bienestar que aporte.

## CC 589

### OSTEOTOMÍA DE TIBIA PROXIMAL EN EL HOSPITAL DE CRUCES 1992-2008

Larrea Ruiz, A.; Bollegi Zuloaga, M.; López Vinagre, E.; Merino Pérez, J.; Martín Egana, I. y Vicinay Olabarria, J.I.  
*H. Cruces, Barakaldo. Vizcaya.*

**Introducción y objetivos.** La osteotomía de tibia proximal está indicada para corrección de genu varo/valgo en pacientes con gonartrosis unicompartmental. En nuestro hospital la indicación de osteotomías ha disminuido considerablemente en los últimos 15 años, por ello analizamos los resultados obtenidos.

**Material y método.** Revisamos las intervenciones de osteotomía de tibia proximal para corrección del eje axial en pacientes con gonartrosis por genu varo/valgo. Evaluamos los resultados clínicos- radiológicos postoperatorios y el retraso hasta la realización de Artroplastia Total de Rodilla. Analizamos las complicaciones surgidas durante la intervención, postoperatorio y cirugía para implantación protésica en caso de existir.

**Resultados.** Un importante porcentaje de pacientes consigue, tras la cirugía inicial, remisión del dolor y mejoría funcional, retrasando la implantación de prótesis. Las complicaciones surgidas durante la cirugía y en su postoperatorio fueron mínimas y en su mayoría leves. La realización posterior de ATR se llevó a cabo en la mayoría de los casos de forma reglada y sin dificultades añadidas, salvo por un cierto incremento en la duración de la intervención quirúrgica.

**Comentarios y conclusiones.** Para pacientes bien seleccionados (jóvenes, no obesos, con deformidad varo/valgo moderada) la osteotomía de tibia proximal es una opción válida de tratamiento en un intento por retrasar la necesidad sustitución protésica de la articulación. Su falta de indicación no está justificada por un posible aumento de duración del

tiempo requerido para la artroplastia ni por un ligero incremento de su dificultad técnica.

## CC 590

### LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE RODILLA. REVISIÓN DE CASOS EN EL HOSPITAL DE CRUCES 1998-2008

López Vinagre, E.; Larrea Ruiz, A.; Ibor Ureña, I.; Merino Pérez, J.; Blanco, D. y Vicinay Olabarria, J.I.  
*Hospital de Cruces.*

**Introducción y objetivos.** La luxación traumática de rodilla es una lesión grave pero poco frecuente que suele ser consecuencia de un traumatismo de alta energía, y su importancia radica en que asocia afectación de las estructuras ligamentosas y en ocasiones lesión del nervio peroneo común y arteria poplítea.

**Material y método.** Se realiza un estudio retrospectivo de las luxaciones de rodilla diagnosticadas y tratadas íntegramente en nuestro centro en los últimos 10 años. Se analizan las características clínicas de los pacientes, mecanismo de producción, lesiones ligamentosas y neurovasculares asociadas, tratamiento instaurado y complicaciones surgidas en el seguimiento realizado.

**Resultados.** Debido a la alta tasa de compromiso neurovascular asociado, se evidencia la necesidad de una reducción inmediata de la luxación, inmovilización de la articulación y la evaluación subsiguiente de la lesión arterial mediante una arteriografía de urgencia. Asimismo, se analizan las ventajas de la reconstrucción diferida de las estructuras ligamentosas afectas, ya que la reparación aguda parece asociar mayor tasa de rigidez articular.

**Comentarios y conclusiones.** La luxación de rodilla, verdadera urgencia traumatológica, requiere de un diagnóstico precoz por la posible lesión neurovascular asociada, y posteriormente de una reconstrucción diferida de las estructuras ligamentosas afectadas, con el objetivo de obtener los mejores resultados funcionales y menor tasa de complicaciones.

## CC 591

### ALOINJERTO DE MECANISMO EXTENSOR COMO TÉCNICA DE RECONSTRUCCIÓN DE LA RUPTURA DEL TENDÓN ROTULIANO TRAS PRÓTESIS TUMORAL DE RODILLA. CASO CLÍNICO

García Píriz, M.; Estades Rubio, F.J.; Esteban del Castillo, J.L. y Montañez Heredia E.  
*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.*

**Introducción y objetivos.** La disrupción del tendón rotuliano tras la artroplastia total de rodilla es una complicación infrecuente y devastadora que alcanza tasas de 0,17- 0,55%. La reparación primaria ha demostrado resultados desfavorables, siendo el aloinjerto la técnica que mejores resultados ha ofrecido en este tipo de pacientes. No obstante, se trata de un procedimiento exigente desde el punto de vista técnico y no está exento de complicaciones.

**Material y método.** Presentamos el caso de una mujer de 32 años de edad diagnosticada hace 19 años de un osteosarcoma anaplásico de fémur izquierdo a la que se trató mediante cirugía radical de la lesión tumoral e implante de una prótesis tumoral tipo KOTZ que ha requerido revisión en dos ocasiones por aflojamiento de componente tibial (una de las revisiones precisa de aporte de aloinjerto masivo en metafisis tibial). Hace 6 meses la paciente acude con déficit de extensión de rodilla atraumático y de carácter progresivo confirmándose mediante estudio ecográfico el diagnóstico de rotura del tendón rotuliano. Se procede a la reconstrucción mediante aloinjerto de mecanismo extensor de banco (tendón cuadriceps + patela + tendón rotuliano + tubérculo tibial anterior) modificando la técnica descrita por Malhotra (2008) basada en la sustitución del tejido incompetente con el aloinjerto y situando las uniones quirúrgicas en zonas donde la consolidación se va más favorecida (metafisis tibial y hueso esponjoso de patela receptora), conservando en lo posible la patela huésped, y evitando así, las complicaciones descritas en la técnica original de Emerson.

**Resultados.** Paciente inmovilizada con férula en extensión 8 semanas.

**Comentarios y conclusiones.** Consideramos que la reconstrucción con aloinjerto de mecanismo extensor mediante técnica modificada descrita constituye un procedimiento de rescate aceptable en la ruptura crónica del tendón rotuliano tras la artroplastia total de rodilla.

## TRAUMATOLOGÍA (general, diáfisis, pelvis) (CC 592 - CC 662)

## CC 592

### VALGO DE RODILLA COMO COMPLICACIÓN DE CONSOLIDACIÓN VICIOSA DE FRACTURA PERTROCANTÉREA DE TRAZO INVERTIDO

de Ugarte Sobrón, O.S.; Cruchaga Celada, A.; Uriarte Llano, I.; Gorostiola Vidaurrezaga, L.; Molina Martos, M. y Martínez De los Mozos, J.L.  
*Hospital de Galdakao (Bizkaia).*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas pertrocantéreas de trazo invertido se caracterizan porque el trazo principal de la fractura discurre desde distal-lateral a proximal-medial. El problema principal de estas fracturas radica en la tendencia al colapso en sentido lateral del macizo trocántereo, que puede condicionar no-uniones o uniones viciosas.

**Material y método.** Mujer de 80 años, que sufrió una fractura pertrocantérea de trazo invertido. Se realizó osteosíntesis con un DHS, comprobándose una correcta reducción de la fractura en quirófano, y autorizando la carga completa en el postoperatorio inmediato.

**Resultados.** Al mes se apreció traslación lateral de la porción proximal del fémur por deslizamiento; se decidió no reintervenir a la paciente, pero esta situación condicionó controles periódicos más frecuentes, por la posibilidad de un desmontaje de la osteosíntesis. A los tres meses de la intervención, las radiografías mostraban signos de consolidación, a pesar del desplazamiento lateral trocánterico y una medialización de la diáfisis. El dolor de la cadera había desaparecido. Un año después consultó por dolor y deformidad progresiva en valgo de la rodilla izquierda. En la telerradiografía, medimos un genu valgo de 20° fruto de la medialización de la diáfisis femoral y de un hundimiento de la meseta tibial externa. Esta complicación requirió de la colocación de una prótesis total de rodilla.

**Comentarios y conclusiones.** Los sistemas más recomendados de osteosíntesis para estas fracturas son los clavos intramedulares que llevan asociado un tornillo cefálico, ó los clavo-placa de 95°. Otra opción la constituyen los sistemas tipo DHS a los que se le añade una placa de estabilización trocánterica. La inmensa mayoría de los autores consideran que la colocación de un DHS sin esta placa suplementaria constituye una osteosíntesis claramente insuficiente.

## CC 593

### TRATAMIENTO ARTROSCÓPICO DE UNA FRACTURA VII DE FRYKMANN

Jiménez Martín, A.; Najarro Cid, F.J.; Navarro Martínez, S. y Pérez Hidalgo, S.  
*Hospital FREMAP. Sevilla.*

**Introducción y objetivos.** La fractura de radio distal representa un 10-25% de todas las fracturas. Nuestro objetivo es presentar un caso tratado mediante artroscopia.

**Material y método.** Paciente que sufre traumatismo laboral sobre muñeca derecha. Rx: Fractura de radio distal intraarticular tipo VII (Frykmann), tipo Reducimos bajo escopia con osteosíntesis percutánea con 2 tornillos canulados de 4 mm, comprobando la estabilidad radiológica.

**Resultados.** Inclinación palmar de 10°, cubital de 20°, varianza radiocubital de 11 mm. 4 semanas con férula, rehabilitación de 1 mes. Flexoextensión final casi completa sin dolor en radiocarpiana.

**Comentarios y conclusiones.** El abordaje artroscópico de las fracturas de muñeca ha conseguido hasta 80.1 +/- 10.5 puntos (Green-O'Brien's Score), asociando fijación interna volar o externa. Mathoulin la indica en fracturas radiales o escafoideas (7%), lesiones del fibrocartilago triangular (17%), ligamentos escafolunar o lunotriquetal (21%), estiloidectomía (13%), resección ganglionar (21%), prótesis (2,5%) o sinovectomía/artrolysis (14,5%). Para Lutsky reduciría a menos de 1 mm el escalón intraarticular y disminuiría la escala analgésica visual hasta 6.4 puntos. Catalano la recomienda con escalones radiológicos de 2 mm. Para Hattori la movilidad aumenta en 22°. Finalmente, para Ruch la artroscopia mejora respecto de la fluoroscopia la supinación del test DASH (88° Vs 73°; p = 0.02), extensión (77° Vs 69°; p = 0.01) y flexión (78° Vs 59°; p = 0.02), aunque el acortamiento radial y los resultados finales de las escalas de Knirk, Júpiter y DASH no mostraron diferencias significativas.



## C 594

### PACIENTE CON DOLOR INTENSO EN LA PIERNA TRAS EJERCICIO

Guerra Vélez, P.; García Fernández, D.; Cano Egea, J.M.; Morales Muñoz, P.; Gutiérrez Narvarte, B. y Sanz Hospital, F.J.  
*Hospital 12 de Octubre de Madrid.*

**Introducción y objetivos.** La incidencia de las fracturas de estrés está aumentando entre los deportistas profesionales y aficionados.

**Material y método.** Varón de 24 años. Deportista habitual. Dolor a nivel de tercio distal de tibia derecha sin traumatismo previo, corriendo. En radiografías apreciamos una alteración en la cortical distal interna de la tibia, confirmando la fractura de estrés con una RMN y gammagrafía con TC99.

**Resultados.** Inmovilización con ortesis de plástico PTB durante 3 meses. Descarga un mes, y dos meses más con carga parcial con bastones. Presentó dolor durante 3 meses, hasta que consolidó la fractura. Vuelta a la actividad deportiva a los 4 meses.

**Comentarios y conclusiones.** Las fracturas de estrés en tibia son las más frecuentes en extremidades inferiores. En los adultos la unión del tercio medio y distal es la localización más prevalente. La primera opción es el tratamiento conservador. El tratamiento quirúrgico (enclavado intramedular y/o injerto) se indica para casos de dolor crónico mayor de 6 meses y para deportistas de élite.

#### Bibliografía

1. Edwards PH Jr, Wright ML, Hartman JF. A practical approach for the differential diagnosis of chronic leg pain in the athlete. *Am J Sports Med.* 2005; 33 (8): 1241-9.
2. Iwamoto J, Takeda T. Stress fractures in athletes: review of 196 cases. *J Orthop Sci.* 2003; 8 (3): 273-8.
3. Kenwright J, Gardner T. Mechanical influences on tibial fracture healing. *Clin Orthop Relat Res.* 1998; (355 Suppl): S179-90.
4. Lambros G, Alder D. Multiple stress fractures of the tibia in a healthy adult. *Am J Orthop.* 1997; 26 (10): 687-8.

## CC 595

### REVISIÓN DE RESULTADOS DE TRATAMIENTO CONSERVADOR EN FRACTURAS MEDIOCLAVICULARES A LARGO PLAZO

Catalán Amigo, S.; Gargantilla Vázquez, A.; Escribano Ferrer, C. y Samsó Bardès, F. *Hospital FREMAP. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas de la clavícula en pacientes en edad laboral son difíciles de tratar, por la baja calidad del hueso, porque suelen ser debidas a traumatismos de alta energía (con conminución) y porque además los pacientes tienen alta sollicitación y altas expectativas en cuanto al resultado. Antes se creía "que todas las fracturas de clavícula se curaban" (tasa de pseudoartrosis 0.13% Neer 1960; 0.7% Rowe 1968) y que el paciente no presentaba apenas secuelas, pero estudios recientes muestran que las fracturas mediodiafisarias de la clavícula tienen una tasa de pseudoartrosis más alta de lo que se pensaba (15%, Mckee 1999) y que casi la mitad de los pacientes continúa sintomática después de 10 años (tasa de insatisfacción del 31% según Mckee. 1999; y del 32% según Hill 1997). **Objetivos:** averiguar la tasa de pseudoartrosis de las fracturas mediodiafisarias tratadas de manera conservadora.

**Material y método.** Estudio retrospectivo (1995-2005) revisando las fracturas de tercio medio de clavícula diagnosticadas y controladas en nuestro servicio tratadas conservadoramente.

**Resultados.** 87 fracturas de tercio medio de clavícula (de un total de 114 fracturas revisadas). Media de días de baja = 63. 71 fracturas por accidentes de tráfico / 16 otras causas. Edad media de 37 a. 46 derechas y 41 izquierdas. 75 tratadas inicialmente con 8 de guarismo/12 con vendaje tipo Gill. 3 pseudoartrosis: 3'44%. Incapacidades: ninguna.

**Comentarios y conclusiones.** Creemos justificado considerar el tratamiento quirúrgico de las fracturas mediodiafisarias de clavícula con desplazamiento y sin aposición de los fragmentos, especialmente en personas con exigencias ergonómicas importantes.

## CC 596

### FIJACIÓN CON TORNILLOS PERCUTÁNEOS SACROILIÁCOS EN FRACTURAS DEL ANILLO PÉLVICO INESTABLES

González Pérez, A.D. y Jiménez Ortega, P.  
*Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

**Introducción y objetivos.** Revisión clínica resultados de nuestro servicio en pacientes tratados con tornillos percutáneos sacroiliacos en fracturas del anillo pélvico inestables.

**Material y método.** Estudio retrospectivo, utilizando historia clínica, imágenes y clínica, de pacientes tratados en nuestro servicio con tornillos percutáneos sacroiliacos en fracturas del anillo pélvico inestable, con un mínimo de seguimiento de 12 meses. Los pacientes tenían una media de edad de 31'6 años (17-53) tratados en el período de Enero 2006 a Enero 2008. Han sido incluidos 5 pacientes. Las fracturas incluidas en el estudio son según la clasificación de TILE: 2 tipo C3, 2 tipo C2 y una tipo B1. Los cinco pacientes incluidos en el estudio tenían lesiones óseas asociadas y necesitaron ingreso en Unidad de Reanimación y 4 de ellos estabilización con fijador externo previo a la cirugía. La cirugía se realizó con el paciente en decúbito supino y siguiendo la técnica de Matta y Routt. La funcionalidad ha sido valorada con los criterios de Matta al final del seguimiento.

**Resultados.** En los cinco pacientes obtuvimos una reducción inicial aceptable. Ninguno de los pacientes tuvo déficit neurológico en el postoperatorio. No tuvimos fracaso del material de osteosíntesis en ningún caso. No tuvimos ningún caso de infección. Hemos observado buenos o muy buenos resultados en 4 de los pacientes al final del tratamiento y en uno de los casos obtuvimos un resultado regular. 4 pacientes (80%) pudieron regresar a su vida laboral previa.

**Comentarios y conclusiones.** Hemos obtenido muy buenos resultados clínicos y radiológicos, y una tasa nula de complicaciones. Conseguimos una sedestación precoz del paciente, disminuyendo complicaciones asociadas a estos pacientes, y una recuperación más rápida; todo ello, utilizando la reducción cerrada y la colocación de tornillos percutáneos sacroiliacos en las fracturas inestables del anillo pélvico.

## CC 597

### EL DEPORTE: BUENO PARA LA SALUD, NO TANTO PARA EL COTILO

Del Olmo Hernández, T.; García Medina, P.; Alonso, S.; Herrera Mera, P.; Moros Marco, S. y Cebeiro Martínez-Val, I.  
*Hospital Ramón y Cajal. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas del acetábulo son infrecuentes, suponen un reto para el cirujano en cuanto al tratamiento quirúrgico de las mismas. Clásicamente se asocian las fracturas de cotilo a traumatismos de alta energía (accidente de tráfico, precipitados...) sobretodo en pacientes jóvenes; pero un impacto de la cadera sobre el acetábulo puede ser el origen de la fractura, es el caso de las fracturas de la columna posterior tras rotación interna de la cadera en el momento del impacto (como en algunos deportes: fútbol, rugby...).

**Material y método.** Se expone un caso clínico de fractura luxación posterior del acetábulo tras traumatismo de mínima energía, con rotación interna de la cadera en el momento del impacto.

**Resultados.** Un caso de fractura luxación posterior de cotilo en un paciente joven tras apoyo sobre la extremidad con caída desde su propia altura en un partido de fútbol, se reduce en un primer tiempo con mantenimiento de la reducción con tracción dura supracondílea, se realiza TAC de la cadera en el que se visualiza una fractura de la pared posterior del acetábulo desplazada. En un segundo tiempo, se realiza reducción anatómica de la fractura con osteosíntesis de la misma con placa.

**Comentarios y conclusiones.** El aumento de la práctica deportiva supone un riesgo para la aparición de estas lesiones, sin embargo no deja de ser una patología infrecuente en este medio. La mayoría de los autores proponen tratamiento quirúrgico de las fracturas de pared posterior siendo la reducción anatómica de la fractura el principal factor para conseguir buenos resultados a largo plazo.

## CC 598

### ¿UN PERONÉ PARA UNA TIBIA?

Del Olmo Hernández, T.\*; García Medina, P.\*; Alonso, S.\*; Tamburri, R.\*\*; Del Cura Varas, M.\* y Limón, C.\*  
*\*Hospital Ramón y Cajal, \*\*Hospital Militar Gómez Ulla. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Las indicaciones actuales de los injertos óseos libres vascularizados son amplias, en grandes defectos óseos de huesos largos (tibia, húmero...) es donde tienen mayores ventajas, sobretodo si el defecto es mayor de 6-8cm de longitud. La transferencia libre de peroné vascularizado puede cubrir defectos de hasta 20 cm de longitud, y puede usarse en conjunción con otros tejidos blandos para cubrir defectos combinados de piel y hueso.

**Material y método.** Se expone un caso clínico en el que tras un defecto importante de tibia distal se sustituye con peroné vascularizado de la extremidad contralateral.

**Resultados.** Varón de mediana edad que tras caída casual sufre fractura de tercio distal de tibia conminuta con importante defecto óseo y contusión de partes blandas. En un primer tiempo se realiza cuidado de las partes blandas e inmovilización de la fractura con fijador externo. En un segundo tiempo quirúrgico se retira el fijador y se realiza injerto óseo libre vascularizado del peroné de la extremidad contralateral, se sintetiza a la tibia con placa y tornillos. El paciente evoluciona favorablemente durante el ingreso sin nuevas complicaciones en la piel. Meses después el paciente se encuentra sin dolor y deambulando y con un buen resultado funcional.

**Comentarios y conclusiones.** Existen varias posibilidades de tratamiento en este caso, la ventaja fundamental del uso del peroné como injerto óseo vascularizado es que su resultado no depende del estado del lecho del receptor. Actualmente esta técnica ofrece muy buenos resultados funcionales.

## CC 599

### COMPLICACIONES DEL ENCLAVADO ENDOMEDULAR EN LAS FRACTURAS DIAFISARIAS DE TIBIA. NUESTRA EXPERIENCIA

García Hermosa, A.; Díaz Jaraquemada, D.; Mariscal Peralta, J.M.; Abejón Ortega, A.; Centeno Ruano, A. y Marqués Rangel, J.C.  
*Hospital General de Mérida.*

**Introducción y objetivos.** 492.000 casos por año en US. Distribución bimodal edad fracturas no desplazadas en traumatismos de baja energía hasta importantes lesiones en traumatismos de alta energía. Tres formas de tratamiento: enclavado endomedular. Rafi fijación externa.

**Material y método.** Revisamos todos los casos de fractura diafisaria de tibia tratados en el periodo 2005-2008 mediante enclavado endomedular valorando lo siguientes parámetros: edad, sexo, tiempo de seguimiento, clasificación, tipo de enclavado, complicaciones generales y específicas al enclavado, inicio carga, ba, tiempo de consolidación, retardo, pseudoartrosis y defectos angulares.

**Resultados.** 37 casos de fracturas diafisarias de tibia, 21 cerradas, 16 abiertas (I-II), predominio 42-A2 y 42-A3 y sexo masculino, distribución bimodal. TIPO ENCLAVADO KÜNTCHER 14 FIXION 11 GROSSE KEMPF 3 T2 6 ENDER 3 Complicaciones generales: 1 caso de síndrome compartimental con un clavo T2, 1 caso sdra en un clavo fixion y 1 tep/tpv en otro caso fixion. Complicaciones específicas: dolor rodilla 54%, al arrojarse 34%, paresia cpe 0%, fallo implante complicación vascular o necrosis térmica 0%. Consolidación RX: fixion 4,4 m, T2 4,7 m. 2 retardos (kuntcher) y 3 pseudoartrosis (2 grosse kempf, 1 kuntcher). 6 casos con defectos angulares. Carga fixion 46 d (7-105), T2 36 d (2-90). Excelentes resultados en el balance articular.

**Comentarios y conclusiones.** Gold standar en el tratamiento de estas fracturas. Tasas de pseudoartrosis, retardo y defectos angulares muy bajas (indicación errónea/ técnica inadecuada). Hemos observado que el inicio de la carga parcial está muy próximo al obtenido con el tto conservador, con lo cual deberíamos iniciar un apoyo más precoz que probablemente disminuirá los tiempos de consolidación.

## CC 600

### REVISIÓN DEL MÚSCULO TRICEPS BRACHII DESDE UNA PERSPECTIVA QUIRÚRGICA

Ballesteros Betancourt, J.\*,\*\*, Méndez Gil, A.\*\* y Llusá Pérez, M.\*\*,\*\*  
\*Hospital Clínic, Barcelona \*\*Unidad de Anatomía y Embriología Humana, Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona, \*\*\*Hospital Vall D'hebron, Barcelona.

**Introducción y objetivos.** Revisión de la anatomía del músculo tríceps brachii y sus implicaciones clínicoquirúrgicas. Destacamos la disposición de las cabezas musculares y sus puntos de inervación. El conocimiento detallado de la anatomía es importante a la hora de realizar los abordajes posteriores del brazo para disminuir las complicaciones.

**Material y método.** Disección de 20 brazos criopreservados inyectados previamente el árbol vascular con látex coloreado. Hemos diseccionado los vastos lateral y medial y porción larga identificando sus puntos de inervación y prestando atención a su disposición tridimensional. Además hemos estudiado la aponeurosis tricipital y el tendón intramuscular.

**Resultados.** Confirmamos la posición del vasto lateral y la porción larga en un plano superficial siendo innervados ambos por el nervio radial proximalmente. El vasto medial siempre se ha localizado distal al canal de torsión presentando una doble inervación. La rama que inerva su fascículo lateral también inerva al músculo ancóneo. El tendón tricipital está localizado en un plano sagital en el espesor del músculo perpendicularmente a la aponeurosis tricipital más superficial.

**Comentarios y conclusiones.** La anatomía del músculo tríceps brachii parece fácil pero es confusa al no haber una correlación exacta entre su nomenclatura y su disposición. El conocimiento de la inervación de cada vasto es esencial para evitar lesiones yatrogénicas. La disposición sagital del tendón tricipital no está claramente descrita en los libros de anatomía. Su conocimiento es importante a la hora de realizar abordajes posteriores.

## CC 601

### TIBIA VARA COMO SECUELA DE PSEUDOARTROSIS: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Liñán Padilla, A.; Lázaro González, A.A.; Sánchez Gómez, J.A.; Del Río Arteaga, M.; Moreno Domínguez, R. y Montilla Jiménez, F.J.  
*HHUU Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Introducción y objetivos.** La pseudoartrosis de tibia tras una fractura abierta tiene una elevada incidencia, siendo hasta el 45% de ellas pseudoartrosis infectadas. Las soluciones a este problema son siempre complejas y suponen un verdadero reto para el Traumatólogo, más aún cuando el foco de pseudoartrosis presenta grandes deformidades.

**Material y método.** Presentamos el caso de un varón de 52 años que sufrió una fractura abierta grado IIIc de Gustilo de tibia y peroné. Tras la reparación vascular se colocó un FFEE y terapia antibiótica i.v durante 17 días, tras los que se reconvirtió a enclavado endomedular, desarrollando pseudoartrosis infectada siendo entonces remitido a nuestro Hospital. En un primer tiempo se realizó limpieza del foco de pseudoartrosis y colocación de un rosario de Gentamicina y FFEE. Como complicación al tratamiento desarrolló una tibia vara de 25° con foco de pseudoartrosis aséptica.

**Resultados.** El tratamiento definitivo consistió en limpieza y cruentación del foco de pseudoartrosis, corrección de la deformidad, aporte de injerto autólogo de cresta iliaca y osteosíntesis con placa LCP de grandes fragmentos en cara externa y LCP de pequeños fragmentos en cara interna de la tibia.

**Comentarios y conclusiones.** El tratamiento de la pseudoartrosis es complejo y depende del tipo de pseudoartrosis ante la que nos encontramos. Lo podemos resumir de la siguiente manera: 1. Hipertróficas en fx cerradas.- enclavado endomedular fresado. 2. Atróficas en fx cerradas.- aporte injerto + enclavado endomedular fresado. 3. Fx abiertas I-II.- igual que fx cerradas. 4. Fx abiertas III.- enclavado endomedular NO fresado. 5. Pseudos con pérdidas óseas importantes.- FFEE + injerto autólogo. 6. Pseudos sépticas.- desbridamiento + rosario gentamicina. 7. Pseudos con deformidades grandes o rígidas.- placas a compresión + aporte injerto. En muchas ocasiones el tratamiento de esta patología requiere varias intervenciones, de modo que se estipula que cuando el número de cirugías es menor a 3 la tasa de éxito se sitúa en torno al 70%, mientras que si alcanzamos o superamos las 4 intervenciones las posibilidades de curación son inferiores al 38%.

## CC 602

### EVALUACIÓN DE LA VIABILIDAD DE LOS MIEMBROS CATASTRÓFICOS

Cuevas Pérez, A.J.; Del Fresno Molina, J.A.; Abad Lara, J.A.; Ruiz Sanz, J. y Prieto Tarradas, C.  
*Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

**Introducción y objetivos.** El miembro catastrófico supone un reto para el Traumatólogo. La decisión de la viabilidad del miembro es altamente difícil por la gran influencia de determinados factores. Las diferentes escalas disponibles en la literatura tales como la Escala MESS son de gran utilidad para la decisión terapéutica final, englobando factores como energía del traumatismo, edad, presión arterial, tiempo de isquemia,...

**Material y método.** Presentamos dos casos clínicos altamente susceptibles de amputación. En miembro superior, varón de 40 años que sufre accidente de tráfico con traumatismo de alta energía sobre miembro

superior derecho, contaminación franca de la herida con cuerpos extraños, paciente con signos clínicos de shock y un tiempo de isquemia de 6 horas. En miembro inferior, varón de 28 años que sufre accidente de tráfico precisando excarcelación del vehículo, presenta importante destrucción de partes blandas con fractura multifocal, con pulsos débiles y signos clínicos de shock, tiempo de isquemia de 4 horas.

**Resultados.** Valorando inicialmente a ambos pacientes se obtiene un resultado en la escala de MESS de 5 puntos para el paciente de miembro superior derecho precisando amputación a nivel de tercio proximal de húmero. El paciente con miembro catastrófico inferior presenta un resultado de 4 puntos en escala de MESS precisando desarticulación de la cadera.

**Comentarios y conclusiones.** La utilización de las diferentes escalas de miembros catastróficos son de gran utilidad durante la actividad de urgencia del traumatólogo. Estas nos deben de servir para obtener unos resultados satisfactorios en este tipo de pacientes.

## CC 603

### FRACASO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS DE CADERA

Cuevas Pérez, A.J.; Del Fresno Molina, J.A.; De Prado López, A.; Serrano Trenas, J.A. y Prieto Tarradas, C.  
*Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

**Introducción y objetivos.** La fractura de cadera supone un alto coste socioeconómico en la actualidad. La incidencia de estas fracturas ha aumentado exponencialmente en los últimos años. La osteosíntesis de las fracturas extracapsulares ha evolucionado a un menor tiempo de ingreso hospitalario y una movilización precoz del paciente. Esta osteosíntesis no esta exenta de posibles complicaciones: infección, fracaso de la osteosíntesis y fracturas perimplante, las cuales suponen un gran handicap para recuperación funcional de estos pacientes. Nuestro objetivo es mostrar posibles complicaciones y resolución de las mismas.

**Material y método.** Presentamos 12 casos, de los cuales 6 cut out, 3 fracturas perimplante, 1 rotura del implante y 2 desmontaje de la osteosíntesis. Se trata de 10 mujeres y 2 hombres, con una edad media de 81 años, 5 enfermos institucionalizados. Todos presentan osteoporosis severa con antecedentes previos de fracturas en otras localizaciones. Las soluciones quirúrgicas utilizadas varían desde artroplastias totales y parciales, realización de nueva osteosíntesis y osteosíntesis alrededor del implante.

**Resultados.** Los resultados obtenidos son satisfactorios, 9 recuperaron su capacidad funcional previa, 2 precisaron reintervención: un caso por infección y otro por luxación protésica. Otro caso sufrió complicación médica con fallecimiento del paciente.

**Comentarios y conclusiones.** La osteosíntesis de las fracturas extracapsulares de cadera constituye una de las cirugías más frecuentes en el campo de la traumatología. Se trata de pacientes con mala calidad ósea con alto riesgo de complicaciones. La mayor tasa de complicaciones se produce en manos de cirujanos inexpertos y en series cortas de pacientes.

## CC 604

### DISYUNTIVA SALVACIÓN VS AMPUTACIÓN DE EXTREMIDADES INFERIORES SEVERAMENTE LESIONADAS TRAS ATROPELLO POR UN TRACTOR EN UN ADOLESCENTE

Merino Pérez, J.; Martín Larrañaga, N.; Larrazabal Raluy, E.; Bollegi Zuloaga, I.; Herrera Cuevas, I. y Blázquez Díez, P.  
*Hospital de Cruces.*

**Introducción y objetivos.** La amputación de la extremidad es una opción rechazada por el paciente y por el propio cirujano. Sin embargo, los intentos infructuosos para salvarla son altamente costosos, asociados a una alta morbilidad y algunas veces letal para el paciente.

**Material y método.** Varón de 14 años, que tras ser atropellado por un tractor, presenta una amputación traumática a nivel del tercio proximal de la diáfisis tibial izquierda, con rotura arterial y venosa a nivel del tronco tibioperoneo, arrancamiento del nervio ciático y del ciático poplíteo externo asociado a dislaceración y pérdida de cobertura músculo cutánea. Además presenta isquemia, importante contaminación, inestabilidad tibiofemoral, fractura tercio proximal de peroné e importante pérdida cutánea en pierna derecha. Se decidió amputación supracondílea de fémur izquierdo, y revascularización de extremidad inferior derecha mediante bypass femorotibial, asociado a fijación externa

**Resultados.** Tras 5 días, realizando curas, desbridamiento y fasciotomías en la extremidad inferior derecha, se decidió amputación a nivel del tercio medio femoral debido a una infección polimicrobiana. En la actualidad, el paciente se está adaptando a las prótesis de pierna asistido de muletas.

**Comentarios y conclusiones.** A pesar de existir varios sistemas de evaluación relacionados con la toma de decisión para la amputación o preservación de la extremidad lesionada, estos no superan la experiencia y el juicio clínico del cirujano y sólo deben ser utilizados como complemento. El intento de salvamento de la extremidad vino dado por la edad del paciente, y la amputación del miembro contralateral.

## CC 605

### INESTABILIDAD DE CADERA TRAS TRAUMATISMO DE BAJA ENERGÍA

Ibor Ureña, I.; Merino Pérez, J.; Martín Egaña, I.; Erdocia Pascual, J.; López Vinagre, E. y Abdul-Sayed Valdeolmillos, A.  
*Hospital de Cruces.*

**Introducción y objetivos.** Se presenta el caso de un varón de 16 años que tras una caída de un salto durante un partido de baloncesto sufre una luxación posterior de cadera izquierda con fractura de un pequeño fragmento de ceja posterior.

**Material y método.** Se procede a la reducción de urgencia de la luxación y se coloca una tracción transequelética. Se decide tratamiento ortopédico de la fractura de acetábulo.

**Resultados.** Tras el período de tracción, se permite la deambulación progresiva. A los 7 meses del primer episodio el paciente sufre un cuadro de subluxación, seguido de una nueva luxación 3 días después. Se procede a la osteosíntesis del fragmento de ceja posterior y al reanclaje capsular, siendo la evolución postoperatoria satisfactoria y reincorporándose el paciente a la actividad deportiva.

**Comentarios y conclusiones.** La lesión de partes blandas asociada a la luxación de cadera, así como las fracturas acompañantes pueden ser causa de inestabilidad de cadera, por lo que no deben ser infravaloradas a la hora de decidir el tratamiento correcto.

## CC 606

### FRACTURA TIBIA DISTAL. USO DE ELECTROESTIMULADOR

Tormo Martínez, S.; Peña Arantzibia, H.; Lauzurika Uranga, I. y González, N.  
*Hospital de Basurto, Bilbao.*

**Introducción y objetivos.** Varón de 40 años de edad que sufre fractura tercio distal diáfisis tibial, tras caída casual.

**Material y método.** Es intervenido realizándose enclavado endomedular con clavo de Tibia Tipo Groose Dado de alta hospitalaria a la semana con buena evolución, reingresa posteriormente para tratamiento antibiótico de herida quirúrgica a nivel incisión de entrada del clavo. Con buena evolución. Posteriormente la evolución es favorable pero se detecta un retardo de consolidación con la aparición de una pseudoartrosis de tipo hipertrófico. Se decide tratamiento mediante electroestimulación.

**Resultados.** Al final del tratamiento coadyuvante mediante la electroestimulación se objetiva una completa consolidación de la fractura.

**Comentarios y conclusiones.** Consideramos que el uso de la electroestimulación en el caso de pseudoartrosis con buen aporte vascular puede ser un buen método para ayudarnos a lograr una buena consolidación.

## CC 607

### A PROPÓSITO DE TRES CASOS DE TRATAMIENTO CON FORSTEO (TERIPARATIDA) ANTE FRACTURAS TRAUMÁTICAS

Cozar Lizandra, P.; Lucas Alborch, D.; Paredes, M. y Cozar Orts, M.  
*Hospital Virgen Del Consuelo. Valencia.*

**Introducción y objetivos.** Ante fracturas traumáticas de tres pacientes encontramos mejoría espectacular y prontía respecto a la sintomatología y recuperación funcional en cualquiera de los miembros afectados. En nuestra opinión, FORSTEO ayudó a conseguir esta mejoría al esti-

mular la formación ósea de los pacientes. **Objetivos:** valorar efecto de FORSTEO sobre mejoría funcional y radiológica de fracturas traumáticas por atropello en tres varones.

**Material y método.** CASO 1: Aplastamiento mano izquierda. CASO 2: Fractura desplazada conminuta de perone y fractura de pilon tibial con extensión diafisaria abierta grado 11. CASO 3: Fractura acuñaamiento de T-12, además de diferentes lesiones de tipo degenerativo. En los tres casos se instaura tratamiento con FORSTEO

**Resultados.** CASO 1: A los pocos días mejoró en funcionalidad, siendo las sesiones de rehabilitación más eficientes y consiguiéndose una recuperación funcional más rápida. CASO 2: La funcionalidad del miembro afecto ha mejorado y está recuperando potencia muscular, masa muscular y movilidad articular. CASO 3: Mejoría espectacular a partir de la segunda semana de tratamiento, con disminución de la sintomatología y mejoría funcional y radiológica.

**Comentarios y conclusiones.** Ante fracturas traumáticas de tres pacientes encontramos mejoría espectacular y prontía respecto a la sintomatología y recuperación funcional en cualquiera de los miembros afectados. En nuestra opinión, FORSTEO ayudó a conseguir esta mejoría al estimular la formación ósea de los pacientes.

## CC 608

### DISBALANCE PÉLVICO COMO SECUELA DE FRACTURA DE PELVIS

Lázaro González, A.; Liñán Padilla, A.; Andrés Martínez, M.; Del Río Arteaga, M.; Serrano Escalante, F.J. y Cano Luis, P.  
*HHUU Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Introducción y objetivos.** Las secuelas derivadas de un traumatismo pélvico suelen producirse tras una fractura inestable que no recibe tratamiento quirúrgico, o bien es tratada de manera inadecuada. La restauración anatómica del anillo pélvico se ha asociado a mejores resultados clínicos, recomendándose la reducción abierta y fijación interna de las fracturas inestables de pelvis para evitar la aparición de pseudoartrosis o deformidades estructurales posteriores. La manifestación clínica más frecuente en pacientes con secuelas de fracturas es el dolor a nivel del anillo pélvico anterior y más frecuentemente posterior, aunque también asocian síntomas derivados de la deformidad pélvica como son la dismetría de miembros inferiores, defectos estéticos por prominencias óseas, problemas posturales (sitting y standing imbalance), disparemia y alteraciones urológicas.

**Material y método.** Se presenta un caso de Disbalance Pélvico en Sedestación ("Sitting Imbalance"), secuela de fractura de pelvis con inestabilidad vertical.

**Resultados.** Tras la cirugía, desapareció el disbalance pélvico, disminuyó la dismetría de 4 cm a 1,5 cm y la paciente presenta un buen resultado funcional.

**Comentarios y conclusiones.** El tratamiento quirúrgico de estas secuelas supone un reto para el cirujano ortopeda debido a la dificultad técnica y alto riesgo que conlleva. Es necesario una evaluación prequirúrgica exhaustiva, con un estudio radiológico completo y el diseño del plan quirúrgico que se va a desarrollar. Se debe informar al paciente de los riesgos quirúrgicos y de la posibilidad de que los resultados obtenidos no sean satisfactorios

## CC 609

### LESIÓN DE LA ARTERIA AXILAR DESPUÉS DE FRACTURA DE CUELLO HUMERAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

Colomina, J.; Abat, F.; Pulido, M.; De Caso, J. y Trullols, L.  
*Servicio de COT del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** La luxación anterior de hombro y la aducción forzada son las causas más frecuentes de traumatismo sobre la arteria axilar. En cambio la fractura de cuello humeral es una causa infrecuente de lesión de la arteria axilar que puede cursar con pulsos distales conservados.

**Material y método.** Varón de 77 años que tras caída casual presenta dolor e impotencia funcional en hombro derecho. Inicialmente presenta un estado neurovascular conservado, después del estudio radiográfico inicia cuadro de dolor agudo en extremidad superior que no mejora con mórficos, impotencia funcional absoluta, ausencia de pulsos, cianosis y palidez de la extremidad. Se decide intervención quirúrgica urgente conjunta de los servicios de Traumatología y Cirugía Vascular reali-

zándose reducción abierta y osteosíntesis con placa y tornillos y by-pass subclavio-humeral con prótesis de PTFE.

**Resultados.** El primer día post cirugía la extremidad recupera los pulsos, el buen aspecto y la temperatura pero presenta insuficiencia renal aguda por rhabdomiólisis secundaria a la isquemia, requiere ingreso en planta de medicina interna. Se resuelve la complicación y el paciente es alta a domicilio. Actualmente el *By-pass* sigue funcionando y el paciente realiza fisioterapia activa de la extremidad.

**Comentarios y conclusiones.** La lesión de la arteria axilar después de una fractura de cuello de húmero es rara. Un diagnóstico de sospecha rápido es esencial para el pronóstico. La reparación vascular con prótesis después de la osteosíntesis debería ser el tratamiento de elección. Es importante reconocer rápidamente las lesiones del plexo braquial para disminuir la morbilidad de causa neurológica que muchas veces se asocia a la lesión.

## CC 610

### A PROPÓSITO DE UN CASO DE PSEUDOARTROSIS FEMORAL TRAS FRACTURA PERIPROTÉSICA

Sierra Madrid, P.J.; Vara Patudo, I.; Gebhard, C.; Gómez Martín, A.; Vitoria Recio, F. y Vaquerizo, V.  
*Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** presentación de un caso de pseudoartrosis femoral tras fractura subtrocantérea en paciente portador de PTR.

**Material y método.** varón de 69 años con rodilla artrósica izquierda dolorosa y deformada en varo al que se implanta una PTR. Tres meses después el paciente sufre una caída, fracturándose el fémur en región subtrocantérea y se opta por osteosíntesis mediante 2 tornillos interfragmentarios y tornillo-placa (versa Fx). Tres meses después de la fractura, se aprecia retardo en la consolidación con desplazamiento del material. Se decide retirar el material y poner un tornillo-placa de mayor longitud e injerto óseo. Cuatro meses más tarde, el dolor se agudiza y detectamos rotura de la placa. Se opta por retirarla y colocar un clavo intramedular con bloqueos proximales y distales, injerto heterólogo estructural y un refuerzo con placa lateral con 2 cerclajes. Diez meses después sigue presentando dolor, observándose nuevo fracaso del material de osteosíntesis. Se decide extraer el clavo y estabilizar la pseudoartrosis con nuevo clavo intramedular MDN sin bloqueo distal.

**Resultados.** un año más tarde de la última cirugía refiere desaparición del dolor en cadera y fémur, se aprecia consolidación radiológica y deambula sin muletas.

**Comentarios y conclusiones.** La pseudoartrosis de fracturas subtrocantéreas es poco común (no hay grandes series publicadas). Los principales métodos de tratamiento son el enclavado intramedular y el tornillo-placa, además del injerto. En nuestro caso la decisión primero por el tornillo placa estaba condicionada por la existencia del componente femoral de la prótesis y más tarde se optó ya por el enclavado para dotar de más estabilidad.

## CC 611

### ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DE LA LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE CADERA

García Renedo, R.J.; Rupérez Vallejo, M.; Manso Pérez-Cosío, J.; Calvo de la Fuente, I. y Gómez del Álamo, G.  
*Hospital Universitario Marques De Valdecilla. Santander.*

**Introducción y objetivos.** La luxación traumática de la cadera, aislada o con fractura asociada de cabeza de fémur, es una grave lesión que se produce por traumatismo muy violento. Se asocia con frecuencia a otras lesiones traumáticas. Los accidentes de tráfico son la causa más frecuente.

**Material y método.** Presentamos un algoritmo de manejo clínico en la luxación traumática de cadera con el propósito de disminuir las complicaciones y secuelas en esta patología mediante un correcto diagnóstico y tratamiento.

**Resultados.** La lesión asociada más frecuente es la lesión del nervio ciático por contusión directa en las luxaciones posteriores y lesiones del paquete femoral en las anteriores, por lo que es fundamental realizar una exploración para valorar la actitud de los miembros inferiores así como una exploración vasculo-nerviosa.

**Comentarios y conclusiones.** La luxación de cadera constituye una emergencia ortopédica, siendo el riesgo de complicaciones proporcional al tiempo que la cadera permanece luxada. El índice de complicaciones es más bajo si el tratamiento se hace en las 6 primeras horas desde la lesión. La reducción debe realizarse de forma urgente, y a ser posible con anestesia general y relajación completa.

## CC 612

### FRACTURA DE ESTRÉS LONGITUDINAL DE TIBIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Román Dopazo, M.D.C.; Vallejo Argüeso, B.; López Unceta, P.; Barrancos Ruiz, O.; García Fanjul, G. y Fernández Prieto, A. *Hospital Virgen de la Concha, Zamora.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas de estrés longitudinales en tibia son infrecuentes. Sufren retraso diagnóstico debido a presentación clínica confusa y demora en los cambios radiológicos.

**Material y método.** Presentamos una fractura longitudinal de tibia distal en mujer de 52 años, premenopáusica, no deportista, valorada en Urgencias de nuestro Hospital con dolor mixto, edema y aumento de temperatura local en tobillo derecho de dos semanas de evolución. No antecedente traumático. Rx simple: normal. Eco-doppler: normal. Por sospecha de celulitis se pauta tto antibiótico y AINE. Es remitida a nuestra consulta.

**Resultados.** Presenta escasa mejoría. Repetimos estudio Rx que continúa sin alteraciones. Solicitamos RMN preferente y analítica general para descartar contexto osteomielítico. La analítica es normal, la RMN presenta edema en epífisis distal, metafisis, diáfisis tibial y una línea ascendente metafisaria desde cortical hacia medular hipointensa en T1, informada por el radiólogo como fractura de estrés no visualizada en Rx inicial. Rx a 6ª semana del inicio de clínica: línea esclerosa desde metafisis distal, ascendente paralela a cortical anterior. Iniciamos tratamiento ortopédico: descarga y media antiedema. La mejoría es evidente con desaparición de síntomas a la 10ª semana, estando asintomática actualmente.

**Comentarios y conclusiones.** La escasa presentación contribuye a la dificultad para realizar diagnóstico que se orienta a artrosis, osteomielitis, neoplasia, o TVP. Este caso tiene una presentación similar a los citados en la literatura revisada: no traumatismo o sobrecarga y Rx inicial normal, presentando, cuando se hace anómala, una esclerosis intramedular longitudinal que tiene correspondencia con los hallazgos de RMN.

## CC 613

### TRATAMIENTO CON PERONÉ MICROVASCULARIZADO DE PSEUDOARTROSIS COMPLEJA DE CÚBITO

Morro Martí, R.; Gil Rodríguez, E.; Lluch Bregada, A.; Soldado Carrera, F.; Hernández Martínez, A. y Llusa Pérez, M. *Hospital de Traumatología y Rehabilitación Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** Presentar la opción del injerto óseo microvascularizado como alternativa por el tratamiento de las pseudoartrosis complejas en casos especiales.

**Material y método.** Paciente de 20 años, de 1,80 metros de altura y 90 kg de peso, con parálisis cerebral es llevada por sus padres a urgencias por presentar dolor, deformidad e impotencia funcional del codo derecho sin ningún antecedente traumático claro. En las radiografías se objetivaba una fractura luxación de Monteggia. Se trata quirúrgicamente colocándose una placa LCP. A los 4 meses acude a consultas externas presentando una buena evolución clínica con un balance articular correcto y no doloroso, teniendo dolor sólo cuando se apoya sobre la zona. En la radiografía se objetiva un aflojamiento de los tornillos distales de la placa. A los 10 meses se decide reintervenir retirándose el material de osteosíntesis para colocar una placa de reconstrucción y aportar autoinjerto óseo. En un control al cabo de un mes se aprecia radiográficamente una ruptura de la placa de osteosíntesis a través del foco de fractura. A los 3 meses de la segunda intervención quirúrgica se decide reintervenir realizándose un autoinjerto de peroné vascularizado ipsilateral.

**Resultados.** La evolución de la paciente ha sido satisfactoria. Al cabo de 3 meses de la intervención quirúrgica la paciente estaba asintomática y radiológicamente se observaba consolidación ósea.

**Comentarios y conclusiones.** La indicación principal del injerto óseo vascularizado es en situaciones de fracaso biológico en la consolidación en defectos óseos mayores de 6 cm.

## CC 614

### SISTEMA DE RECOGIDA DE FRACTURAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HUGTIP. 1.400 FRACTURAS EN 2 AÑOS

Aparicio García, P.; Izquierdo Corres, O.; Castro Ruiz, J.; Casellas García, G.; Covaro, A.; Melero Tercero, V. y Roca Burniol, J. *Servicio de Urgencias HUGTIP.*

**Introducción y objetivos.** El objetivo de este trabajo es dar a conocer el funcionamiento del sistema de recogida de fracturas admitidas desde el servicio de urgencias de nuestro centro.

**Material y método.** Se recogieron todos los pacientes, desde abril 07 a marzo 09 admitidos en urgencias con un diagnóstico de fractura y/o luxación. Cada facultativo se encarga de recoger los datos personales de los pacientes con el número de historia clínica, tipo de fractura (según el código simplificado de la clasificación de la AO), procedencia de la derivación (si la hay) y tratamiento: conservador, quirúrgico o discusión en sesión clínica. Dos residentes se encargan de manera diferida de transcribir esta información en una hoja de cálculo.

**Resultados.** Desde abril de 2007 hasta marzo de 2009 se usó el sistema de recogida 643 días, recogiendo un total de 1408 fracturas: el 14.75% (208) fueron de fémur proximal, 10.99% (155) de cúbito y/o radio distal, 6.45% (91) de tibia y/o peroné distal, 4.47% (63) de húmero proximal, 5.11% (72) de columna vertebral, 2.62% (37) de pelvis, entre otras. El 24.4% (342) de las fracturas fueron quirúrgicas y el 53.7% (753) fueron tratadas conservadoramente.

**Comentarios y conclusiones.** Nuestro sistema de recogida de datos es eficaz como herramienta de ayuda a la planificación de futuros trabajos de investigación. La mayoría de las fracturas admitidas en el servicio de urgencias son no quirúrgicas y no requieren ingreso. La fractura quirúrgica más frecuente es la fractura de fémur proximal. La fractura más frecuente tratada ortopédicamente es la de radio distal. Las limitaciones del sistema de recogida de datos son principalmente debidas a que es un sistema manual, lo que da errores de transcripción, y el no cumplimiento de la recogida de datos por parte de algunos facultativos.

## CC 615

### ¿CUÁNDO SOSPECHAR FRACTURA PATOLÓGICA?

Contreras Citores, Y.; Lambán Mascaray, N.; Crespo Rivero, J.M.; Muñoz Ortus, J.M.; Mora Fernández, M.I. y Soto Subías, L.R. *Complejo asistencial de Burgos. Burgos.*

**Introducción y objetivos.** La fractura patológica se produce por un traumatismo de baja energía en una área de debilidad del hueso por una anomalía preexistente. La metástasis es una causa frecuente de destrucción ósea en los adultos. El húmero es el segundo hueso largo que más se ve afectado. A veces suele ser el primer síntoma de la existencia de un tumor.

**Material y método.** Mujer de 70 años que tras sufrir caída presenta fractura en el tercio medio diafisario del húmero. Se reduce la fractura y se sintetiza con clavo endomedular. Los controles radiológicos muestran patrón normal de consolidación.

**Resultados.** En la radiología al mes y medio se observa un crecimiento anómalo en el callo de fractura que se estudia gammagráficamente, informándose como posible pseudoartrosis hipertrófica sin poder descartar patología tumoral. Ante el posible origen metastásico de la lesión, se decide biopsiarla, mostrando el estudio anatomopatológico tejido óseo con estructuras tuboglandulares de un adenocarcinoma. Se realiza TAC que únicamente visualiza lóbulo tiroideo aumentado de tamaño con calcificación en su interior. No se ha conseguido encontrar el tumor primario.

**Comentarios y conclusiones.** Se sospecha fractura patológica ante la existencia de una lesión ósea aparente de ese hueso en la radiografía. En nuestro caso la paciente acudió tras sufrir la fractura sin presentar dolor previamente y en la radiografía no se evidenció lesión ósea. En cuanto a la síntesis, el enclavado endomedular es una alternativa terapéutica en el caso de fracturas patológicas. El origen de la metástasis es aun desconocido. ¿Cuándo entonces deberíamos sospechar una fractura patológica?

## CC 616

### FRACTURA DE ESTRES TERCIO DISTAL DE PERONE

Gutiérrez Sánchez, L.; Hernández Fernández, G.; Aboli Martínez, L.; Muñoz Ortus, J.M.; García Pesquera, J.M. y Arteché Lano, J.  
*Hospital General Yagüe.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas de estrés se presentan sobretodo en la tibia, tarso y metatarsianos. Son lesiones por sobreuso en atletas y militares. Presentamos una mujer de mediana edad sin antecedente traumático, actividad deportiva o alteraciones en la densidad ósea o analítica.

**Material y método.** Mujer de 56 años que acude a consultas remitida desde su MAP. Refiere dolor y tumefacción de tobillo derecho de 6 meses de evolución que no ha cedido con tratamiento antiinflamatorio. Las radiografías antero-posterior y lateral muestran una posible fisura de peroné con engrosamiento cortical en tercio distal. Hay dos posibles diagnósticos: Fractura de estrés o neoplasia. Se solicita TAC que es informado de reacción periostica en el extremo distal de peroné derecho, sin otras alteraciones asociadas, que pudieran estar en relación con un antecedente de fractura.

**Resultados.** Se mantiene tratamiento antiinflamatorio, reducción de las actividades exigentes y carga parcial. Revisión semestral.

**Comentarios y conclusiones.** Hay tres tipos de fracturas: Por compresión, distracción y las relacionadas con esfuerzo muscular. El 70% de las fracturas de estrés en el peroné están localizadas en el tercio distal (cortical externa) y se da en atletas y militares corredores de largas distancias. Las radiografías iniciales presentan una sensibilidad inicial entre 10-29% y en seguimiento entre 40-54%. La Resonancia Magnética Nuclear nos ayuda a identificar la lesión y establecer el pronóstico. El tratamiento es el cese de las actividades dañinas. El enyesado no está indicado excepto en casos de múltiples fracturas o si el dolor incoercible. El pronóstico es bueno y las complicaciones raras.

## CC 617

### FRACTURA PERIPROTÉSICA BILATERAL DE RODILLA. SOLUCIÓN A UN CASO COMPLEJO

García Medina, P.; Del Olmo Hernández, T.; Jiménez García, D.; Del Cura Varas, M.S.; Herrera Mera, P. y Moros Marco, S.  
*Hospital Ramón y Cajal. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** La fractura periprotésica es una patología en aumento en nuestro medio, debido a aumento cuantitativo del número de artroplastias y al incremento en el número de pacientes de edad avanzada con osteoporosis.

**Material y método.** Presentamos mujer de 77 años con ICC. Poliartrosis. I.Qx: Prótesis de rodilla bilateral (Derecha 03/2007 e Izquierda 10/2007) que ingresa desde Urgencias por presentar fractura periprotésica bilateral de ambos fémures tras caída casual desde su altura.

**Resultados.** Se realiza síntesis con placa Periloc bilateral en dos actos quirúrgicos con buena evolución. La paciente comienza con rehabilitación inmediata tras la cirugía y se autoriza carga a los dos meses. A los 6 meses la paciente realiza marcha asistida con andador, con arco de movilidad funcional en ambas rodillas.

**Comentarios y conclusiones.** Aunque la fractura periprotésica es cada vez más frecuente, hay muy pocos casos documentados de fractura periprotésica bilateral. Las placas con tornillos de bloqueo son una herramienta útil en este tipo de fractura pues permiten una osteosíntesis estable en hueso osteoporótico y por tanto una recuperación funcional precoz.

## CC 618

### FRACTURA BILATERAL ABIERTA 3 ° B DE TIBIA Y PERONÉ COMPLEJAS INFANTIL

Santana Suárez, R.Y.\*; Montesdeoca, P.\*\*; Valencia Sola, L.\*\*\*; Navarro García, R.\*; Navarro Navarro, R.\* y Félix Martín, G.\*  
*\*Hospital Universitario Insular De Gran Canaria, \*\*Hospital Materno Infantil De Gran Canaria, \*\*\*Servicio de Reanimación y Anestesiología-Hospital Universitario Dr. Negrin.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas de tibia son fracturas muy frecuentes en los niños, las terceras después de antebrazo y fémur. Las frac-

turas abiertas de 3° B de Gustilo están asociadas a traumatismo de alta energía y con daños extensos de tejido.

**Material y método.** Acude a urgencias un niño de 12 años tras sufrir un atropello. El paciente presenta dos fracturas abiertas 3° B Gustilo de ambas extremidades inferiores. En el lado derecho sufre una epifisiolisis 3° de tibia combinada con una fractura de pilon tibial con peroné distal fracturado. El lado izquierdo tiene una fractura de tercio distal de tibia con peroné proximal. Se le realizan angiografías de ambas extremidades viendo buena perfusión. Nosotros decidimos en un primer tiempo realizar una osteosíntesis con fijadores externos por el defecto de piel, la complejidad de las fracturas y el peligro de infección. En segundo tiempo se realizó injertos de piel por cirugía plástica

**Resultados.** A los 6 meses el paciente presenta un amplio rango de movilidad sin dolor en el tobillo derecho pero en el izquierdo tiene una parálisis de nervio ciático poplíteo externo.

**Comentarios y conclusiones.** Este excepcional caso representa un manejo de varias fracturas abiertas de alta complejidad con unos resultados satisfactorios en un niño de 12 años. Los pacientes curados han de sufrir un cóctel de enfermedad mutilante caracterizada por discapacidad físico-psico social. Recomendamos estudios prospectivos para fracturas complejas en niños para identificar las indicaciones y criterios.

## CC 619

### OSTEOLISIS DE PUBIS SIMULANDO UNA LESIÓN MALIGNA

Azuara Dapía, G.; Pardo Gómez, A.; De Santiago Moraga, M.; Rodríguez Garzón, A. y García García, J.  
*HU Guadalajara.*

**Introducción y objetivos.** En 1978 se describieron por primera vez tres casos de lesiones líticas que simulaban enfermedad maligna tras el proceso de curación de una fractura de pubis. En 1984 se comunicó un caso de osteolisis de pubis que se interpretó como una posible fractura de stress. Presentamos un caso que ilustra este raro hallazgo radiológico.

**Material y método.** Mujer de 47 años que consulta por dolor inguinal izquierdo sin traumatismo previo conocido. Tras la exploración física inicial se sospecha osteopatía dinámica de pubis realizando radiografía de pelvis y ecografía, que son normales. Se realiza urocultivo, para descartar osteítis pubis, que es negativo y nueva radiografía en la que se aprecia discreto aumento de densidad en pubis izquierdo. Se completa el estudio con gammagrafía ósea que muestra aumento de captación a dicho nivel, RMN en la que se aprecia fractura de rama iliopubiana izquierda con importante osteolisis y densitometría que es normal. Dada la normalidad analítica de parámetros inflamatorios, marcadores tumorales, calcio, fosforo, y la evolución radiológica de la lesión mostrando la formación de callo en nuevos controles de TAC y RMN, se decidió tratamiento sintomático y reposo relativo sin realizar biopsia ósea.

**Resultados.** La paciente evolucionó con mejoría progresiva del dolor, encontrándose asintomática al año del comienzo de los síntomas.

**Comentarios y conclusiones.** La presencia de dolor sin traumatismo previo acompañado de cambios radiológicos de destrucción ósea en pubis puede deberse a osteítis pubis u osteomielitis de pubis, que fueron excluidas en nuestra paciente dada la no afectación de la sínfisis, urocultivo negativo y la evolución a la curación sin tratamiento antibiótico. Otra entidad es la osteolisis que simula malignidad en las fracturas por insuficiencia del pubis, de las que en 2004 se habían comunicado 50 casos casi todos asociados a dos factores: osteoporosis y radioterapia de pelvis. En nuestra paciente no se daba ninguno de ellos, pero una revisión de los casos muestra que una historia de traumatismo no siempre está presente y se ha sugerido que en pacientes que son capaces de caminar, el movimiento en el foco de fractura puede ocasionar retardo de consolidación y osteolisis. El diagnóstico de osteolisis postfractura puede evitar la biopsia que plantea dudas de interpretación y errores diagnósticos con condrosarcoma u osteosarcoma.

## CC 620

### ESTUDIO DESCRIPTIVO FRACTURAS DE TERCIO DISTAL DE HÚMERO EN ADULTOS

Iglesias Aparicio, D.A.; Cuenca Espierrez, J.; Roche Albero, A.; Hamam Alcober, J.S.; Garrido Santamaria, I. y Herrera Rodríguez, A.  
*Hospital Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción y objetivos.** El presente trabajo pretende objetivar la epidemiología de las fracturas supracondíleas de húmero en adultos en nuestro medio.

**Material y método.** Se ha realizado un estudio retrospectivo de las fracturas supracondíleas de húmero en mayores de 18 años que han acudido al servicio de urgencias de nuestro hospital durante los años 2006 a 2007.

**Resultados.** Se han recogido 146 pacientes de los que 64 (43,8%) eran varones y 82 (56,2%) mujeres. La edad media ha sido de 60,1 años (19-96). El tipo de traumatismo se distribuyó de la siguiente forma: caída 69,9%, atf 23,3%, accidente deportivo 2,7%, agresión 2,7% e intraarticular 1,4%. En un 38% de los casos el mecanismo lesional fue directo. En un 84,9% la fractura ha sido cerrada, en un 9,6% abierta grado 1, 2,7% grado 2, 1,4% grado 3ª y 1,4% grado 3b. Clasificación AO: extraarticular A 41,1%, parcialmente articular B 15,1% e intraarticular C 43,8%. Un 1,4% presentó lesión de la arteria humeral y un 4,1% lesión nervio cubital. Un 78,1% no presentaron fracturas asociadas; el resto se encontraban dentro de un politraumatismo. Un 19,2% de las fracturas las sufrieron entre los 18-30 años y un 54,8% los mayores de 60 años. Hasta la quinta década los varones prevalecen sobre las mujeres (34/16; 68%) invirtiéndose la proporción a partir de la misma (22/58; 27,5%).

**Comentarios y conclusiones.** Las fracturas supracondíleas hasta la quinta década son más frecuentes en varones y accidente de tráfico. A partir de la quinta década son las mujeres las que más la sufren por caída.

## CC 621

### FRACTURAS IPSILATERALES DE CUELLO Y DIÁFISIS FEMORAL: ¿CAMBIO DE ESTRATEGIA QUIRÚRGICA?

Ortega Álvarez, C.; Pérez Núñez, M.I.; Hernández Elena, J.; Pérez Aguilar, M.D. y Sánchez Crespo, M.R.  
H.U. Marqués de Valdecilla, Santander. Facultad de Medicina, Universidad de Cantabria, Santander.

**Introducción y objetivos.** Estas fracturas suelen producirse por traumatismos de alta energía. La fractura transcervical pasa desapercibida en el 19-50% de los casos. Algunos autores recomiendan TAC preoperatorio en pacientes de alto riesgo clínico (aquellos que asocian fracturas de fémur distal, rótula o cotilo). Su tratamiento se realizaba en nuestro hospital mediante osteosíntesis única hasta 2008, cambiando entonces la estrategia quirúrgica hacia 2 sistemas de osteosíntesis independientes. Valoramos los tratamientos y resultados durante 2006-2008.

**Material y método.** De 7 casos revisados presentamos 4 pacientes, entre 27 y 36 años, 3 varones y 1 mujer, todos accidentes de tráfico. En una ocasión la fractura cervical pasó desapercibida y precisó reintervención. Dos pacientes se trataron con clavo endomedular trocantérico largo con tornillo céfalico y doble bloqueo distal y otros dos con clavo retrógrado asociado a tornillos canulados o tornillo-placa.

**Resultados.** A pesar del cambio de estrategia (recomendado por la bibliografía), en nuestros casos la fractura del cuello femoral consolidó en todos ellos sin necrosis céfalica y la diafisaria precisó aporte de injerto en uno de cada grupo (condicionado más por el tipo de fractura que por la osteosíntesis utilizada).

**Comentarios y conclusiones.** Hay consenso en la fijación prioritaria y temprana de la fractura de cuello femoral por el riesgo de necrosis. Recomendamos el TAC preoperatorio con reconstrucciones sagitales para ayudar al diagnóstico de fracturas cervicales en pacientes de riesgo y minimizar la demora en su tratamiento. Se necesitarían más estudios con más casuística para decidir definitivamente cual es la mejor osteosíntesis.

## CC 622

### ABORDAJE ÍLIO INGUINAL PARA EL TRATAMIENTO DE FRACTURAS EN T DE COTILO

Del Río Arteaga, M.; Liñan Padilla, A.; Moreno Domínguez, R.; Sánchez Gómez, J.A. y Serrano Escalante, J.  
HHUU. Virgen Del Rocío. Sevilla.

**Introducción y objetivos.** Las fracturas en "T" generan un gran desplazamiento, sobre todo de la columna posterior, y suelen acompañarse de luxación central de la cabeza femoral con frecuencia.

**Material y método.** Paciente varón de 32 años que sufre accidente de tráfico presentando a su ingreso dolor y limitación funcional en miembro inferior derecho, con acortamiento del mismo y rotación externa. Se realiza estudio con radiología simple y TAC apreciándose fractura en "T" de ambas columnas y trazo vertical en pala iliaca derecha.

**Resultados.** La vía de abordaje ilio-inguinal es comúnmente empleada en la reducción de fracturas de pared y columna anterior. Nos propor-

ciona visualización directa de la cara medial del hueso coxal desde la articulación sacro iliaca hasta la sínfisis del pubis. En nuestro paciente permitió una correcta fijación del trazo vertical que afectaba a la pala iliaca así como la fractura acetabular. Su utilización para fracturas combinadas de ambas columnas no es habitual y requiere de la pericia y la experiencia del cirujano.

**Comentarios y conclusiones.** Con la aplicación de pinzas reductoras externas se puede conseguir una correcta reducción de fracturas que afecten a la columna posterior y su fijación con tornillos como en el caso que presentamos. Evitando así el uso de vías de abordaje combinadas y la morbilidad derivada de las mismas.

## CC 623

### TRATAMIENTO DE FRACTURAS EN HUESO OSTEOPORÓTICO. ASOCIACIÓN TERAPÉUTICA CON TERIPARATIDA. REVISIÓN DE CASOS

Hernaiz Alzamora, A.; Hoyos Cillero, J. y Mediavilla Arza, I.  
Hospital de Basurto.

**Introducción y objetivos.** La osteoporosis es un factor sistémico negativo en la curación de fracturas, alargando la consolidación y aumentando la tendencia a pseudoartrosis. Teriparatida es un activador sistémico del callo de fractura, aumentando en el periostio y endostio, incrementando resistencia mecánica y densidad, acelerando su transformación en hueso trabecular y cortical.

**Material y método.** Presentamos una serie de 7 pacientes con un efecto positivo y acelerador de callo de fractura, suponiendo una mejoría clínica y de capacidad funcional. 2 fracturas peritrocantéreas con osteosíntesis mediante Clavo Gamma 3, 1 fractura de hombro con osteosíntesis por Polarus Corto, 2 fracturas de muñeca con osteosíntesis por Placa Orbay, 1 fractura de tibia con osteosíntesis por Grosse, 1 acúñamiento vertebral tratado mediante corsé triple apoyo. Tras el tratamiento, siguiendo las recomendaciones propias, se inició tratamiento teriparatida 20 µg/d y suplemento calcio-vitamina D.

**Resultados.** Se ha podido constatar, a los 8 meses de tratamiento, un efecto positivo acelerador de la formación de callo de fractura (seguimiento radiológico), correspondiéndose con una mejoría clínica y funcional reportada por los pacientes.

**Comentarios y conclusiones.** La presencia de hueso osteoporótico supone un factor de riesgo en presencia de fracturas, por la disminución intrínseca de células madre mesenquimales precursoras de los osteoblastos, condicionando el retraso en la formación del callo. Es en estos casos en los que el tratamiento coadyuvante con teriparatida para mejorar la consolidación tiene su lugar. No podemos extraer conclusiones definitivas siendo esta una muestra de casos.

## CC 624

### ROTURA DE PLACA DE SOPORTE PALMAR DE RADIO DISTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Brun Sánchez, M.; Alzueta Zubiri, L.; Romero Campuzano, R.; Sánchez-Guardamino Saenz, D.; Menéndez García, M. y Gutiérrez Santiago, M.D.M.  
Hospital Virgen Del Camino-Clinica Ubarmin.

**Introducción y objetivos.** Las roturas de placa de soporte palmar son muy raras, se dan entre un 0,5% a 1,8% según la literatura, relacionándose en la mayor parte de los casos con fracturas inestables y con la pseudoartrosis como factor desencadenante.

**Material y método.** Se presenta el caso de una mujer de 76 años que es atendida por el Servicio de Urgencias siendo diagnosticada de una fractura metafiso-diafisaria conminuta intraarticular de radio distal. Se optó primariamente por osteosíntesis con placa de soporte palmar y fijación de fragmentos diafisarios con minitornillos, consiguiendo una reducción adecuada y una fijación estable. A los cuatro meses de la intervención consulta por intenso dolor. En la radiología simple se aprecia pseudoartrosis de la fractura y rotura del material de osteosíntesis. Se optó por la reosteosíntesis de la fractura con aporte de injerto.

**Resultados.** Tras cuatro meses de evolución desde la segunda intervención la paciente presenta adecuada consolidación de la fractura con rangos de movilidad completos. Es dada de alta de nuestro servicio con total reincorporación a las actividades de su vida diaria.

**Comentarios y conclusiones.** La rotura de una placa de soporte palmar es una complicación infrecuente, en muchos casos se relaciona con pseudoartrosis que quizás de deba a un sistema de fijación demasiado rígido. Por tanto una buena opción terapéutica sería la reosteosíntesis con cruentación de extremos óseos y aporte de injerto.

## CC 625

### PRESENTACIÓN DE UN CASO DE LUXACIÓN TARSO-METATARSIANA CON DIAGNÓSTICO TARDÍO

Menéndez García, M.; Ruiz Ruiz, J.; Brun Sánchez, M.; Romero Campuzano, R.; Sánchez-Guardamino Saenz, D. y González Roldán, C.A.

*Servicio de Traumatología. Hospital Virgen del Camino-Clinica Ubarmin. Pamplona. Navarra.*

**Introducción y objetivos.** La luxación aislada de cualquiera de los tres cuneiformes es una lesión rara. Lo más frecuente es que se asocie con fracturas de la base plantar o roturas de la estructura ligamentosa plantar. Pueden constituir hasta el 5% de las luxaciones del tarso.

**Material y método.** Se presenta el caso de una mujer de 75 años que es atendida por el Servicio de Urgencias otro centro tras caída accidental por presentar dolor y tumefacción en tobillo izquierdo, siendo diagnosticada de contusión en pie izquierdo. Dos semanas después, ante la persistencia del dolor, consulta de nuevo con su traumatólogo. En radiología simple se aprecia dudosa luxación tarso-metatarsiana que se confirma con la realización de un TAC en el que también se observan múltiples fragmentos óseos correspondientes a metatarsianos. Se opta por reducción abierta de dicha luxación y fijación con dos agujas de Kirschner de 4º y 5º metatarsianos a tarso como fijación de columna externa y tres tornillos canulados (desde metatarsianos hasta cuñas), además de inmovilización con férula posterior de yeso.

**Resultados.** A los dos meses de evolución la paciente presenta ligero edema de la extremidad de predominio vespertino. No presenta dolor a la deambulación. El rango de movilidad es total. La paciente está realizando una reincorporación paulatina a sus actividades diarias.

**Comentarios y conclusiones.** El diagnóstico de este tipo de lesiones es complicado como en el resto de lesiones del pie y depende de un cuidadoso examen físico y radiológico del pie lesionado. Debido a la gran importancia de la estabilidad estructural es importante una fijación interna rígida de este tipo de lesiones, reservando el tratamiento conservador para fracturas estables no desplazadas.

## CC 626

### FRACTURA AISLADA DE TRAPECIO CARIANO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Gutiérrez Santiago, M.M.; Romero Campuzano, R.; Ruiz Ruiz, J.; Brun Sánchez, M.; Sánchez-Guardamino Saenz, D. e Izueta Zubiri, L. *Servicio de Traumatología. Hospital Virgen del Camino-Clinica Ubarmin. Pamplona. Navarra.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas de trapecio representan entre el 1% y el 5% de las fracturas de la muñeca. Las fracturas aisladas son muy poco frecuentes, siendo más habitual la asociación con luxaciones del carpo o con la avulsión del polo proximal del escafoides.

**Material y método.** Se presenta el caso de un varón de 29 años que acude al Servicio de Urgencias por dolor en muñeca izquierda tras caída accidental con muñeca en hiperextensión. Presenta abundante tumefacción en eminencia tenar y dolor selectivo en articulación trapecio-metatarsiana. En la radiología simple se aprecia fractura vertical de trapecio desplazada. Se realiza osteosíntesis de dicha fractura con tres minitornillos consiguiendo una reducción adecuada y una fijación estable.

**Resultados.** A los cuatro meses de la cirugía el paciente presenta una consolidación adecuada de la fractura, lo que le permite un rango de movimiento normal y una adecuada realización de las actividades de su vida diaria.

**Comentarios y conclusiones.** El tratamiento de las fracturas aisladas de trapecio debe restituir de una manera lo más precisa posible la anatomía del dicho hueso, siendo primordial la conservación de la superficie articular. Si los fragmentos son lo suficientemente grandes se puede realizar reducción abierta y fijación interna. La ligamentotaxia es eficaz en fracturas muy conminutas en asociación a un fijador externo.

## CC 627

### RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE LUXACIÓN DE CUBOIDES TARSIANO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ruiz Ruiz, J.; Sánchez-Guardamino Saenz, D.; Menéndez García, M.; Gutiérrez Santiago, M.M.; Romero Campuzano, R. y González Roldán, C.A.

*Servicio de Traumatología. Hospital Virgen del Camino-Clinica Ubarmin. Pamplona. Navarra.*

**Introducción y objetivos.** Las lesiones de hueso cuboides pueden darse de forma aislada, si bien lo más habitual es encontrarlas asociadas a lesiones de otras estructuras de la bóveda plantar o de la articulación astrágalonavicular. Constituyen menos del 1% de las luxaciones del tarso.

**Material y método.** Se presenta el caso de una mujer de 46 años que es atendida por el Servicio de Urgencias tras caída accidental por presentar dolor y tumefacción en tobillo izquierdo, siendo diagnosticada de esguince de tobillo. Dos semanas después, ante la persistencia del dolor, consulta de nuevo con su traumatólogo. En radiología simple se aprecia dudosa luxación plantar de cuboides tarsiano que se confirma con la realización de un TAC. Se opta por reducción abierta de dicha luxación y fijación con dos agujas de Kirschner desde cuboides a 4º y 5º metatarsianos, además de inmovilización con férula posterior de yeso.

**Resultados.** A los dos meses de evolución la paciente presenta ligero edema de la extremidad de predominio vespertino. No presenta dolor a la deambulación. El rango de movilidad es total. La paciente está realizando una reincorporación paulatina a sus actividades diarias.

**Comentarios y conclusiones.** Las lesiones del hueso cuboides son difíciles de diagnosticar y pueden ser, en un primer momento, apartadas como un esguince lateral de tobillo. Su tratamiento es esencial para preservar la columna lateral del pie y con ello un arco óseo de soporte adecuado que permita mantener la posición de carga normal del pie.

## CC 628

### LO QUE PUEDE OCURRIR TRAS UNA FRACTURA DE CADERA

Escobar Antón, D.; Martínez Melián, I.; Zuñil, P.; Cornet, B.; Muñoz Sánchez, G. y Llaquet, A.

*Hospital Severo Ochoa. Leganes-Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas pertrocantereaes son una de las causas más frecuentes de ingreso en el anciano y cuyo tratamiento de elección es la cirugía. Dentro de los métodos quirúrgicos cada cirujano optara por el que este más habituado o considere más apropiado. Para esta elección debemos tener en cuenta la edad del paciente y la situación del paciente, así como las complicaciones generales y específicas de cada tratamiento. Pero no todo sale como a nosotros nos gustaria.

**Material y método.** Presentamos el caso de una fractura pertrocanterea tratada con un clavo endomedular, que posteriormente a los 2 meses de la cirugía la paciente sufre otra caída que le obliga a acudir a urgencias con imposibilidad para la marcha, deformidad en muslo y dolor en la pierna derecha y tras realizarle las pruebas complementarias oportunas se diagnostica de fractura tercio medio fémur izquierdo perimplante, que se trato con placa Dall-Miles. Actualmente esta dada de alta y la paciente camina con ayuda de 2 bastones.

**Comentarios y conclusiones.** El tratamiento de elección de las fracturas pertrocantereaes es el enclavado endomedular, que como complicación poco frecuente tiene la fractura perimplante, la cual puede tratarse con un enclavado más largo o con una placa. Nosotros optamos por esta ultima por la falta de consolidación de la fractura previa. Las fracturas perimplantes en el postoperatorio intermedio hace que la perdida de calidad de vida y de deambulación sea aun mayor.

## CC 629

### REFRACTURA FEMORAL TRAS RETIRADA DE IMPLANTE 6 AÑOS ATRÁS: FACTORES DE RIESGO Y MANEJO

San Nicolás, J.A.; Almenara, M.; Abat, F.; Trullols Tarragó, L.; Pulido García, M.C. y Caso Rodríguez, J.

*Servicio C.O.T. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** La aparición de re-fractura diafisaria femoral tras retirada de implante (0,9-13%) está determinada por el estado de las partes blandas previo, el sistema de síntesis utilizado (mayor tasa



en casos tratados con placa) y la presencia de defectos óseo en cortical medial. Presentamos un caso de re-fractura femoral tras retirada de implante, describiendo los factores de riesgo y tratamiento.

**Material y método.** Paciente de 43 años con antecedentes de fractura abierta de fémur 20 años atrás, tratada mediante osteosíntesis con placa, retirada hace 6 años. Tras práctica deportiva, sin traumatismo previo, se objetiva fractura a nivel de antiguo foco de consolidación. Se realiza estudio mediante gammagrafía, RMN y biopsia, descartando afectación infecciosa o tumoral, por lo que se procede a la osteosíntesis.

**Resultados.** Se realiza enclavado endomedular fresado, iniciando carga inmediata. Tras 5 meses de seguimiento, la deambulación es correcta, sin bastón, sin dolor en foco y con buena consolidación.

**Comentarios y conclusiones.** La hipoperfusión ósea en fracturas abiertas altera el proceso de consolidación y favorece la el callo óseo de mala calidad, con el consiguiente riesgo de re-fractura. Este hecho se acentúa con la desperiostización en la síntesis con placa, por lo que se recomienda el control previo de partes blandas y la posterior síntesis mediante enclavado. En caso de mecanismo atraumático, recomendamos descartar previamente patología infecciosa o tumoral asociada. En casos de re-fractura post-placa, recomendamos el enclavado fresado, con el objetivo de perforar los restos de callo endóstico presente y colocar un clavo de mayor grosor, consiguiendo mayor estabilidad.

## CC 630

### FRACASOS DE LA OSTEOSÍNTESIS EN LAS FRACTURAS HUMERALES

Merino Pérez, J.; Campos Alonso, O.; Rodríguez Palomo, J.M.; Martín Larrañaga, N.; Rodríguez Iñigo, M.A. y Aurrekoetxea Argandoña, J.  
*Hospital de Cruces.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas diafisarias de húmero son relativamente frecuentes, y pueden ser tratadas de forma conservadora. Cuando su cirugía es indispensable, su tasa de consolidación está cercana al 90%. Nuestro objetivo es valorar las causas y los tratamientos de los fracasos en la osteosíntesis de estas fracturas.

**Material y método.** Estudio retrospectivo de las fracturas humerales con fracaso de la osteosíntesis intervenidas en nuestro centro. Se han revisado las historias clínicas, los estudios radiológicos, las complicaciones asociadas, y el resultado de su tratamiento definitivo.

**Resultados.** La edad media de los pacientes ha sido de 57,6 años. El tratamiento inicial ha sido muy heterogéneo, siendo la técnica de Hackenthal la más utilizada. Tan sólo 2 pacientes presentaron fracturas abiertas, que requirieron fijación externa. La pseudoartrosis fue la complicación más frecuente.

**Comentarios y conclusiones.** Los sistemas endomedulares pueden funcionar como distribuidores de fuerzas y requieren abordajes técnicamente menos demandantes, sin embargo, la posibilidad de retardos en la consolidación se ven aumentados. Las placas de osteosíntesis siguen siendo el gold-standard, recomendándose su uso para retardos o ausencias de consolidación, usando placas de al menos 6-8 corticales.

## CC 631

### FRACTURA DE ESTRÉS SOBRE COXA VARA BILATERAL

Hernández Fernández, G.; Gutiérrez Sánchez, L.; Muñoz Ortus, J.M.; Contreras Citores, Y.; López-Moya Gómez, M. y Blanco Pozo, A.  
*Hospital General Yagüe.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas por sobrecarga se presentan frecuentemente en personas jóvenes muy deportistas, aunque pueden ocurrir a cualquier edad. Ha aumentado la incidencia en mujeres mayores por disminución de la masa ósea. Presentamos el caso de una paciente de edad avanzada, que no realiza actividades deportivas, con sobrepeso, sin traumatismo previo y sin alteraciones conocidas del metabolismo óseo.

**Material y método.** Mujer de 72 años con dolor en región inguinal derecha. 5 meses después, acude a urgencias porque, a pesar del tratamiento antiinflamatorio, el dolor ha aumentado y presenta gran limitación funcional de la cadera. Se intensifica el tratamiento médico y se le da el alta. Vuelve a los 3 días con más dolor, impotencia funcional e incapacidad para la deambulación. Valorada por traumatología, se realizan radiografías simples de cadera (AP y axial), apreciando una línea en cuello

femoral algo esclerosada, sugestiva de fractura de estrés, y una marcada coxa vara bilateral. La paciente queda ingresada para estudio, realizándose un TAC que informa de fractura transversal de cuello femoral no desplazada.

**Resultados.** Según los resultados, y tras los estudios preoperatorios pertinentes, se interviene a la paciente sintetizándole la fractura mediante tornillos cérvico-cefálicos. En el postoperatorio, la paciente está asintomática y es dada de alta en descarga.

**Comentarios y conclusiones.** La fractura se produjo por una variante anatómica, propiciando una distribución anómala de las cargas y sometiendo al hueso a una tensión excesiva. Se trata de una fractura de alto riesgo que requirió tratamiento quirúrgico. Es importante el diagnóstico precoz.

## CC 632

### SÍNDROME COMPARTIMENTAL AGUDO POST EJERCICIO

Cruchaga Celada, A.; Sáez de Ugarte Sobrón, O.; Labayru Echevarría, F.; Astobiza Bretones, I.; Gutiérrez Sánchez, I. y Uriarte Llano I.  
*Unidad de Cirugía de la mano. Servicio COT. Hospital de Galdakao-Usánsolo (Vizcaya).*

**Introducción y objetivos.** El Síndrome compartimental agudo post ejercicio suele presentarse en pacientes deportistas tras actividades importantes, o como un cuadro agudo en un paciente que ya tenía episodios crónicos. El tratamiento es la fasciotomía descompresiva de urgencia y el desbridamiento del tejido muscular necrótico para evitar el fallo renal secundario a la mioglobinuria y la infección.

**Material y método.** Presentamos el caso de un hombre de 39 años que consulto por dolor en las dos piernas tras un paseo de pocos kilómetros, unos días antes. Presentaba ya parálisis del CPE. Se sospechó un síndrome Compartimental agudo post ejercicio en fase tardía, por lo que se decidió seguir un tratamiento conservador. El estudio de RMN confirmó la existencia de necrosis muscular en el compartimento anterolateral de las dos extremidades inferiores, y el estudio neurofisiológico confirmó la afectación bilateral del CPE.

**Resultados.** A los 5 meses el paciente tenía una recuperación completa de la pierna izquierda. Y casi completa de la derecha.

**Comentarios y conclusiones.** El Síndrome Compartimental agudo post ejercicio es una patología muy poco frecuente. Que aparece en ocasiones, en pacientes sin ningún factor de riesgo, tras una actividad habitual. La sintomatología fundamental es el dolor tras el ejercicio, y el diagnóstico exige un alto grado de sospecha. El tratamiento ideal es la fasciotomía de urgencia. En los casos que aparecen de forma tardía, el tratamiento conservador es una opción que puede seguirse de una recuperación parcial satisfactoria.

## CC 633

### RE-IMPLANTATION AFTER SUB-TOTAL FOREARM TRAUMATIC AMPUTATION

Torres, J.; Gutierrez, M.; Monteiro, E.; Costa, G.; Pinto, R. y Trigo Cabral, A.  
*Hospital S. João, Porto, Portugal.*

**Introducción y objetivos.** The amputated limb prognosis depends on the ischemia time, the degree of contamination, and the degree of tissue lesion. Many times, the amputation is the only choice.

**Material y método.** Male patient, 55 y.o., with almost total forearm amputation with a chainsaw. The forearm was transported in a plastic bag, with a small amount of soft tissue preventing it's total amputation. The degree of contamination was medium. The surgery started less than 6h after the lesion. Clinical examination (almost total section of the muscles/tendons of the forearm e nearby soft tissues; total radial and cubital artery section; total cubital/superficial radial and partial median nerve section). X-Ray – both forearm bones fracture. A shortening osteotomy (1cm) of the radius/cubitus was undertaken, followed by fixation with plates and screws. Anastomosis of radial and cubital artery was done, and the cubital nerve was sewed. Soft tissues' injuries were corrected.

**Resultados.** Fracture union and tissue healing had a good evolution. The blood supply was maintained. The patient recovered partially his motor abilities, depending on the muscle groups (grade 1-3 strength), with recovery of protective sensibility at 9-12 months. The surgery be-

nefited the patient, who maintained the limb with a higher functional ability than a prosthesis would have given him.

**Comentarios y conclusiones.** The option between primary amputation and re-implantation is dependent on factores associated with the patient, the type of accident, and the presence of a surgical team prepared for this kind of intervention.

## CC 634

### TÉCNICA MIPO EN FRACTURAS PROXIMALES Y DIAFISARIAS DE HÚMERO. NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL

Vera Repullo, F.; Álvarez González, J.; López Gaspar, J.C.; Murcia Asensio, A.; Lax Pérez, R. y Meroño García, A.  
*Hospital Universitario Santa María del Rosell.*

**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 LCP 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 635

### LA IMPORTANCIA DE LA FIJACIÓN EXTERNA EN EL CONTROL DE DAÑOS DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Camacho Serrano, F.; Corrales Díaz, A.; Medina León, N.; Delgado Gherzi, A.; Roca Ruiz, L.J. y Patiño, A.  
*H. N.U. V. Macarena. Sevilla.*

**Introducción y objetivos.** La fijación precoz de las fracturas del paciente politraumatizado mejora su morbilidad y mortalidad. Las peculiaridades de la fijación externa la convierten en un método de fijación especialmente indicado para estos pacientes, en especial para las fracturas de pelvis y las fracturas de fémur y tibia. En ocasiones, éste método de fijación temporal puede establecerse como tratamiento definitivo de determinadas fracturas.

**Material y método.** Presentamos el caso clínico de un paciente politraumatizado grave que presentaba: 1. Fractura en ala de mariposa de ramas íleo-isquiopúbicas bilateral (tipo A.2.3). 2. Fractura de ala sacra izquierda. (Fractura de Vollemier izquierda) tipo C 1. 3. Fractura de apófisis transversa izquierda de L5. 4. Fractura conminuta de fémur derecho, diafisaria-supraintercondilea. 5. Herida con pérdida de sustancia sobre triángulo de Scarpa derecho.

**Resultados.** El tratamiento realizado consistió en: Estabilización de pelvis con fijador externo tipo Hoffmann II, con montaje a doble cuadro trapezoidal a compresión-distracción. Enclavado endomedular de fractura conminuta de fémur

**Comentarios y conclusiones.** Existen diferentes posibilidades terapéuticas para este tipo de pacientes pero consideramos que la fijación externa permite un control inicial del daño y puede resultar tratamiento definitivo.

## CC 636

### LUXACIÓN ABIERTA DE LA ARTICULACIÓN MTF PRIMER RADIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Camacho Serrano, F.; Corrales Díaz, A.; Medina León, N.; Nieto Díaz de los Bernardos, I.; Roca Ruiz, L. y Carrascal Aldana, G.  
*H.U.V. Macarena. Sevilla.*

**Introducción y objetivos.** La luxación metatarsofalángica del primer dedo es poco frecuente. Cuando se produce requiere reducción abierta al ser habitualmente irreductible por métodos cerrados.

**Material y método.** Presentamos el caso clínico de un varón de 32 años que acude a urgencias tras accidente de tráfico presentando una luxación abierta de la articulación metatarso-falángica del primer radio. Se intentó reducción ortopédica pero no pudo realizarse por interposición de partes blandas

**Resultados.** Se realiza reducción a cielo abierto y fijación posterior.

**Comentarios y conclusiones.** Realizamos una revisión de las alternativas terapéuticas para este excepcional caso

## CC 637

### ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE CLAVO PFNA Y GAMMA3

Laso Carbajal, A.; Alonso Álvarez, D.; Núñez Batalla, D. y Braña Vigil, A.  
*Hospital Universitario Central de Asturias.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas pertrocantéreas tienen una elevada incidencia y coste económico en la sociedad actual. El desarrollo de nuevas herramientas de osteosíntesis va encaminado a la consecución de la movilidad precoz, consolidación satisfactoria de la fractura y minimización de las complicaciones a corto y largo plazo. El objetivo de este estudio es valorar si existen diferencias significativas entre ambos modelos de enclavado endomedular.

**Material y método.** Se realiza estudio retrospectivo sobre 80 pacientes intervenidos de fractura pertrocantérea de cadera, 40 con clavo gamma3 y 40 con PFNA. Se evaluaron tiempo quirúrgico, dolor postoperatorio, pérdida hemática, tiempo de consolidación, movilidad, capacidad para deambulación y grado de satisfacción del paciente. También se recogieron las complicaciones en postoperatorio inmediato y tardío. Los resultados son analizados con el programa SPSS.

**Resultados.** No hubo diferencias en cuanto a pérdida hemática, movilidad, deambulación, tiempo de consolidación ni satisfacción. el grupo con clavo PFNA presentó más complicaciones de tipo *cut-out*, que requirieron reintervención.

**Comentarios y conclusiones.** Ambos dispositivos representan una opción satisfactoria para el tratamiento de este tipo de fracturas, presentándose diferencias mínimas entre ambos en relación con tiempo quirúrgico y complicaciones postoperatorias. Es necesaria la realización de estudios más amplios y randomizados para mejor evaluación de ambos sistemas.

## CC 638

### FRACTURA DE CUELLO DE FÉMUR EXPUESTA

Torres Pissinis, A.U.; Eduardo Szmidi, V. y Javier Magi, G.  
*Hospital San Martín - La Plata - Argentina.*

**Introducción y objetivos.** Se presenta un raro caso de fractura medial de cadera expuesta cotejando su evolución y resultado con la bibliografía publicada.

**Material y método.** Paciente masculino de 55 años de edad con diagnóstico de fractura medial de cadera expuesta (tipo III A de Gustilo). Como antecedente sufrió un accidente automovilístico con empalme de cuerpo extraño (palanca de cambio) en zona inguinal y orificio de salida en región glútea.

**Resultados.** Inicialmente se trató mediante limpieza mecánico-quirúrgica y triple esquema antibiótico (Cefalexina, Gentamicina y Metronidazol). Luego de una tracción esquelética de 7 semanas y una evolución favorable de la herida se practicó osteosíntesis con tres tornillos canulados, la cual evolucionó a la pseudoartrosis séptica. Se retiró el material de osteosíntesis y se realizó limpieza quirúrgica con antibioticoterapia específica para *Acinetobacter* spp. Luego de 7 meses de evolución, con cultivos y laboratorios negativos, se reoperó para efectuar una osteotomía valguizante subtrocantérica de Pauwels, con injerto óseo y estabilización con clavo-placa de 130 grados.

**Comentarios y conclusiones.** La fractura medial de cadera expuesta es una lesión extremadamente rara, resultado de un trauma de alta energía. Hay escasas publicaciones al respecto, en las mismas las fracturas se encontraron asociadas a luxaciones de cadera y a pesar de las medidas preventivas con limpieza mecánico-quirúrgica y antibióticoterapia profiláctica endovenosa no se logró evitar la infección y la evolución a la necrosis. Para el tratamiento de la pseudoartrosis de cuello femoral optamos por la osteotomía valguizante por tratarse de un paciente joven y activo con cabeza femoral vital. El paciente inició con movilidad pasiva y activa asistida, con sedestación y apoyo parcial en el postoperatorio inmediato. Se constataron signos radiográficos de consolidación a las 12 semanas de la cirugía evolucionando sin dolor, con movilidad conservada y vitalidad de la cabeza femoral a los 3 años de seguimiento.

## CC 639

### SÍNDROME COMPARTIMENTAL ESPONTÁNEO

Sánchez-Guardamino Sáenz, D.; Brun Sánchez, M.; Ruiz Ruiz, J.; Menéndez García, M.; García Santiago, M.D.M. y Ilzarbe Ibero, A.  
*Hospital Virgen del Camino.*

**Introducción y objetivos.** El síndrome compartimental es una entidad clínica en la que un aumento de la presión de un compartimento anatómico impide la normal circulación sanguínea capilar, produciendo fenómenos isquémicos aun en presencia de circulación arterial y venosa normales.

**Material y método.** Presentamos el caso de un varón de 20 años con dolor en pierna derecha de 7 días de evolución. Ingresado para estudio en el servicio de medicina interna desarrolla súbitamente un cuadro de dolor intenso en masa gemelar por el que solicita valoración por parte de traumatología.

**Resultados.** A la exploración destaca intensa tumefacción en los compartimentos musculares anterior y lateral de la pierna con hipoestesia en los dedos del pie. Analíticamente las enzimas musculares aumentaron 10 veces su valor. Se midió la presión intracompartimental, encontrándose aumentada en los compartimentos anterior y lateral y normal en el posterior. No presentaba antecedentes de interés y los estudios de imagen no revelaron ninguna causa subyacente. Fue tratado mediante fasciectomía urgente de los compartimentos afectados.

**Comentarios y conclusiones.** El síndrome compartimental agudo (SCA) es un cuadro poco frecuente pero no extraño, que se produce generalmente tras fracturas u otros tipos de agresiones externas que conllevan la alteración del equilibrio de presión entre el compartimento en el que se produce y la vascularización. Sin embargo el SCA espontáneo es una entidad rara, con pocos casos descritos en la literatura. Su diagnóstico se basa en la clínica y en la determinación de la presión compartimental, que deberá ser medida si los síntomas sugieren el diagnóstico de esta patología aunque los antecedentes no lo apoyen.

## CC 640

### REVISIÓN DE FRACTURAS DE CALCÁNEO EN NUESTRA ÁREA SANITARIA

González Suárez, J.J.; Ballester Alfaro, J.J.; Domínguez Bermúdez, J.F.; Goberna Pseudo, R.A. y Sueiro Fernández, J.  
*Hospital Universitario Puerto Real.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas de calcáneo constituyen un 60% de los traumatismos del tarso y un 3% de todas las fracturas. El mecanismo de producción suele ser una caída desde cierta altura. Este tipo de fracturas continua siendo compleja a la hora de clasificar y tratar, existiendo varias opciones terapéuticas.

**Material y método.** Hemos recogido 20 casos de fracturas de calcáneo y analizado el tipo de fractura y el tratamiento elegido. Para su clasificación utilizamos Rx lateral, axial y TAC. Opciones terapéuticas empleadas: 1- tratamiento conservador, 2- tratamiento percutáneo con agujas tras reducción articular con Steinman y 3- Osteosíntesis con placa.

**Resultados.** En fracturas poco desplazadas, optamos por tratamiento conservador (reposo y elevación del pie, inmovilización y descarga de 6 a 10 semanas). La principal complicación es el dolor y artrosis post-traumática. El tratamiento percutáneo lo empleamos en fracturas con hundimiento articular, siendo en ocasiones compleja la reducción de la carilla. El tratamiento abierto se emplea en fracturas muy desplazadas

o con gran escalón articular teniendo en cuenta el estado de las partes blandas. La principal complicación es la infección.

**Comentarios y conclusiones.** Las fracturas de calcáneo requieren una correcta clasificación mediante TAC que orientará hacia las posibilidades terapéuticas. El tratamiento ortopédico continua siendo una buena opción en fracturas poco desplazadas. Las fracturas intraarticulares complejas se tratarán de forma quirúrgica empleando un abordaje lateral cuando las partes blandas se encuentran en condiciones óptimas. A pesar de los avances técnicos, los resultados en fracturas conminutas e intraarticulares siguen siendo controvertidos.

## CC 641

### HERIDAS POR ARMA DE FUEGO CON AFECTACIÓN ÓSEA: CASOS CLÍNICOS

González Suárez, J.J.; Ballester Alfaro, J.J.; Valero Lanau, J.; Rodríguez Ureña, S. y Domínguez Bermúdez, J.F.  
*Hospital Universitario Puerto Real.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas por arma de fuego son poco frecuentes pero en su tratamiento deben considerarse como fracturas abiertas y aplicar las medidas terapéuticas adecuadas.

**Material y método.** Presentamos 2 casos de heridas por arma de fuego con resultado de fracturas. Estas fracturas se trataron de urgencia como fracturas abiertas realizando una adecuada cobertura antibiótica, reducción de las fracturas y cierre diferido

**Resultados.** En el primer caso, un disparo en dorso del pie se realizó un desbridamiento abundante, osteosíntesis con agujas de Kirschner y debido a la pérdida de sustancia se realizó un cierre por segunda intención mediante cura al vacío. Actualmente el paciente se ha incorporado a su actividad laboral aunque mantiene alteraciones tróficas en dorso del pie. El segundo caso consiste en una fractura de rótula en la que se desbridó adecuadamente, se extrajo el proyectil y se realizó una osteosíntesis. Actualmente tiene buena función.

**Comentarios y conclusiones.** Las heridas por arma de fuego con afectación ósea constituyen una urgencia que se debe tratar mediante lavado importante, desbridamiento y cobertura antibiótica, considerándose en la mayoría de las ocasiones como fracturas abiertas que precisarán estabilización ósea.

## CC 642

### COMPLICACIÓN INTRAOPERATORIA EN ENCLAVAMIENTO ENDOMEDULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Gros Aspiroz, S.; Sánchez Gimeno, M.; Forcada Calvet, P.; Altemir Martínez, V.; Moscoso González, J.F. y Fernández Martínez, J.J.  
*Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida.*

**Introducción y objetivos.** El enclavamiento endomedular en fracturas de huesos largos es una técnica con relativa poca dificultad y abordaje mínimo, sin embargo no está exenta de complicaciones intra y postoperatorias que pueden comprometer el resultado de la osteosíntesis.

**Material y método.** Se expone el caso de un paciente joven que sufrió traumatismo de alta energía con el resultado de fractura de fémur con criterios de osteosíntesis.

**Resultados.** Se indicó la intervención quirúrgica con técnica de enclavamiento intramedular. Después de una correcta reducción en el momento del fresado a motor se produjo un fallo del material. Se deshizo la espiral de la fresa en la región del trocánter mayor sin posibilidad de salir manualmente. Se procedió a la extracción de la fresa traccionando de ella gracias a la sujeción de la oliva distal de la guía endomedular. Después de esta incidencia la intervención concluyó con éxito y el paciente no presentó complicaciones a nivel local ni general y se recuperó satisfactoriamente de su fractura.

**Comentarios y conclusiones.** La técnica del enclavamiento endomedular no queda exenta de complicaciones intraoperatorias como son: mala reducción de la fractura, error en la inserción del implante, falsas vías, error en la medición del clavo, error en la inserción de los tornillos o como en este caso, fallo del material quirúrgico. Por esta última circunstancia es importante usar de manera habitual guías con oliva distal para que en caso de este u otro tipo de complicaciones similares sea posible rescatar el material endomedular y no producir complicaciones mayores.

## CC 643

### PLACA LISS PARA FRACTURAS DE FÉMUR DISTAL

Roche Albero, A.; Cuenca Espiérrez, J.; Iglesias Aparicio, D.A.; Bejarano Lasunción, C.; Muñoz Marín, J. y Herrera Rodríguez, A.  
*Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción y objetivos.** El sistema LISS es una placa premodelada a la que quedan bloqueados diversos tornillos, actuando como un fijador interno; que no ayuda a reducir el componente metafisodiarisario de la fractura, únicamente lo estabiliza por lo que la reducción ha de obtenerse antes de aplicar el implante.

**Material y método.** Desde enero de 2006 hasta diciembre de 2007 se han intervenido 42 fracturas supracondíleas del extremo distal del fémur mediante el sistema LISS. Se ha realizado un estudio retrospectivo, recogiendo datos acerca de tiempo preoperatorio y postoperatorio, duración de la intervención, tamaño de la placa, rango de movilidad permitido en el postoperatorio y en la última visita, carga, porcentaje y tiempo hasta la consolidación de la fractura.

**Resultados.** La población: 29 mujeres y 13 hombres. La edad media: 64 años con un rango entre 22 y 92 años. La estancia hospitalaria postoperatoria fue de 24 días, con un rango entre 12 y 78 días, debido a pacientes politraumatizados. En todos los casos se dejó al paciente en descarga, durante 26 días de media. La flexión media de los pacientes a los 6 meses de la intervención fue de 83° (77°-89°).

**Comentarios y conclusiones.** La colocación de placas submusculares ha reemplazado, en general, a la colocación abierta de las mismas en el tratamiento de las fracturas femorales distales. Una vez reconocida la importancia de las técnicas de placas biológicas y la reducción indirecta de la fractura, ya no hay necesidad de una exposición y reparación de la región metafisaria típicamente conminuta.

## CC 644

### RESULTADOS FUNCIONALES TRAS FRACTURA SUPRACONDÍLEA DE HÚMERO

Roche Albero, A.; Cuenca Espiérrez, J.; Iglesias Aparicio, D.A.; Muñoz Marín, J.; Ripalda Marín, J. y Herrera Rodríguez, A.  
*Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción y objetivos.** A pesar de una técnica quirúrgica depurada la tasa de complicaciones tras una fractura supracondílea como rigidez, dolor y síndrome regional complejo es elevada. Se pretende recoger nuestra experiencia en el tratamiento de las fracturas supracondíleas de húmero en adultos.

**Material y método.** Estudio retrospectivo de las fracturas supracondíleas de húmero en mayores de 18 años que han acudido al servicio de urgencias de nuestro hospital durante los años 2006 a 2007.

**Resultados.** Se han recogido 146 pacientes de los que 64 (43,8%) eran varones y 82 (56,2%) mujeres. La edad media ha sido de 60,1 años (19-96). Clasificación AO: extraarticular A 41,1%, parcialmente articular B 15,1% e intraarticular C 43,8%. En un 84,9% la fractura ha sido cerrada, en un 9,6% abierta grado 1, 2,7% abierta grado 2, 1,4% abierta grado 3ª y 1,4% abierta grado 3b. En un 58,8% la reducción fue abierta con una fijación mediante placas (2 placas en el 61%) y tornillos. Se realizó un abordaje interno y externo en un 48,1% y transolecraniano en 37%. Se ha presentado una incongruencia articular en un 38,3%; un 8,3% ha presentado pérdida de reducción, un 41,7% rigidez y un 19,2% dolor.

**Comentarios y conclusiones.** La reducción abierta y fijación interna está indicado para fracturas articulares en pacientes con buena calidad ósea. La aparición de complicaciones como la incongruencia articular es debido a una insuficiente reducción y osteosíntesis; la rigidez se encuentra relacionada con el tipo de fractura, la edad y tipo de abordaje quirúrgico.

## CC 645

### RESULTADOS DEL ENCLAVADO INTRAMEDULAR EN FRACTURAS DIAFISARIAS DE TIBIA

Ruiz Sanz, J.; De Prado López, A.; Del Fresno Molina, J.A.; Quevedo Reinoso, R. y Cuevas Pérez, A.  
*Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

**Introducción y objetivos.** A pesar de que las fracturas diafisarias de tibia son las fracturas más frecuentes de los huesos largos, continúan siendo difíciles de tratar debido al amplio espectro de patrones de fractura y a la gran frecuencia de fracturas abiertas. Objetivo: analizar los resultados clínicos y radiológicos de la técnica del enclavado intramedular para el tratamiento de las fracturas de la diáfisis tibial.

**Material y método.** Revisión retrospectiva de 52 pacientes con 52 fracturas diafisarias de tibia tratadas mediante enclavado intramedular entre los años 2006 y 2008. Inclusión de fracturas localizadas entre los 2 cm distales a la tuberosidad tibial anterior y los 8 cm proximales a la articulación tibioastragalina. Exclusión de fracturas patológicas y periprotésicas.

**Resultados.** Grupo de estudio formado por 33 hombres y 19 mujeres. Seguimiento medio de 18,4 meses. Edad media: 31,34 años (15-81). Clasificación AO: 50% (26) de tipo A (12 A1, 7 A2, 7 A3), 32,7% (17) de tipo B (8 B1, 6 B2 y 3 B3) y 17,3% (9) de tipo C (3 C1, 4 C2 y 2 C3). El 25% (13) de las fracturas eran abiertas: 8 tipo I, 4 tipo II y 1 tipo IIIA. Material utilizado: clavos fresados en 86,5% de los casos y clavos no fresados en el 13,5%. Posición dinámica en el 82,7% de los casos y 17,3% en posición estática. Consolidación inicial en 50 de 52 pacientes con un tiempo medio de 19,6 semanas. Se produjeron 2 casos de pseudoartrosis que se resolvieron favorablemente tras recambio por clavo de mayor diámetro y osteotomía de peroné. Complicaciones: 1 caso de síndrome compartimental, 1 caso de infección (fractura abierta), 2 casos de paresia del nervio ciático popliteo externo y 1 caso de consolidación viciosa (rotación externa > 10°).

**Comentarios y conclusiones.** Las fracturas de la diáfisis tibial abarcan una gran variedad de patrones lesionales y admiten distintos tipos de tratamiento. El tratamiento con yesos u ortesis es adecuado para fracturas diafisarias estables. La fijación externa se reserva para fracturas expuestas tipo IIIB y IIIC de Gustilo. La osteosíntesis con placas estará indicada en fracturas con extensión articular. El enclavado intramedular es considerado la técnica de elección para fracturas diafisarias de tibia inestables cerradas y abiertas (tipo I, II y IIIA de Gustilo). Es posible obtener altas tasas de consolidación, minimizando problemas como la rigidez articular y la consolidación viciosa.

## CC 646

### FRACTURAS DE PELVIS EN LA INFANCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

García Paredero, E.; Caba Doussoux, P.; Martí Ciruelos, R.; Menéndez Crespo, M. y Curto de la Mano, A.

**Introducción y objetivos.** Las fracturas de pelvis infantiles difieren de las de la población adulta en varios aspectos: menor frecuencia, incidencia de lesión vascular y mortalidad. Pueden además provocar un cierre precoz del cartílago trirradiado.

**Material y método.** Paciente de 10 años de edad trasladada en helicóptero tras accidente de tráfico. A su llegada se encuentra hemodinámicamente inestable, hemoglobina 3,7, hematocrito 11,7 y lactato 3,9. La radiografía de pelvis muestra una diástasis de la sacroiliaca derecha y el TAC confirma la diástasis sacroiliaca sin lesión anterior en el anillo pélvico. No se observa líquido libre abdominal y sí un hematoma retroperitoneal derecho en el TAC. Presenta además un traumatismo torácico severo sin TCE. Como lesiones asociadas presenta una fractura diafisaria de húmero derecho, clavícula derecha y cóndilo humeral izquierdo. Debido a la inestabilidad hemodinámica de la paciente se optó por un tratamiento de control de daños, colocándose un fijador externo anterior pélvico y una aguja intramedular en el húmero. A los 12 días del ingreso se lleva a cabo la cirugía definitiva con dos tornillos sacroiliacos percutáneos guiados por TAC y fijación con agujas de la fractura de cóndilo humeral.

**Resultados.** En el momento actual la recuperación funcional ha sido satisfactoria.

**Comentarios y conclusiones.** El tratamiento percutáneo de las fracturas de pelvis permite la reducción y estabilización de las lesiones pélvicas pediátricas con una mínima morbilidad, restaurando así la simetría pélvica y reduciendo las complicaciones a largo plazo. La lesión del cartílago trirradiado es difícil de identificar en el momento agudo, sobre todo si se trata de una epifisiolisis tipo I o IV.

## CC 647

### FRACTURA PERSUBTROCANTÉREA EN UN PACIENTE CON DECAPITACIÓN PREVIA DE FEMUR POR COXARTROSIS SEVERA

Fdez-Gayol Pérez, M.\*; Truyols Domínguez, S.\*\*; Sopesén Veramendi, J.L.\*; Ceballos Rodríguez, G.\*; Castrillo Amores, M.A.\* y González Rodríguez, F.\*

\*Hospital Central De La Defensa "Gómez Ulla". \*\*C.S. Colmenarejo.

**Introducción y objetivos.** Las fracturas de cadera representan la patología quirúrgica traumatológica de urgencia más frecuente en la actua-

lidad. Su tratamiento mediante Enclavado Medular u osteosíntesis con D.H.S. está completamente estandarizado y se realiza habitualmente.

**Material y método.** Se presenta el caso de un paciente de 81 años que ingresa desde Urgencias por Fractura persubtrocanterá, apreciándose en la radiología convencional una ausencia completa de cabeza femoral por coxartrosis masiva

**Resultados.** Se procedió a reducción abierta y osteosíntesis mediante placa trocantérica ACCORD\* con anclajes asociados. El paciente deambula en la actualidad sin necesidad de dispositivos mecánicos de apoyo y en ausencia de dolor.

**Comentarios y conclusiones.** La ausencia de cabeza femoral impide inicialmente una Cirugía Convencional mediante Enclavado Endomdular por la posibilidad de Cut-Out (al no poder apoyar en un núcleo duro real). Se han de explorar por tanto diferentes posibilidades terapéuticas como la auspiciada aquí: Placa trocantérea de descarga con cerclajes u otras...

## CC 648

### TRATAMIENTO DE PSEUDOARTROSIS DE HÚMERO CON FIJADOR EXTERNO

Revuelta Romo, J.; García Blanco, J.; Carmona, A.; Santana Peñín, J. y Mañas, F.

*Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme.*

**Introducción y objetivos.** Las fracturas diafisarias de húmero suponen un 3% del total de las fracturas siendo la tasa de pseudoartrosis de tan sólo 1, 5%.

**Material y método.** Paciente de 33 años de edad sin antecedentes personales ni familiares de interés que sufre un traumatismo casual en MSD y refiere dolor e impotencia funcional a nivel de húmero derecho. Se realiza estudio radiográfico pertinente diagnosticándolo de fractura diafisaria de húmero que fue tratada en urgencias con férula en U y posteriormente en quirófano mediante reducción cerrada y osteosíntesis endomedular con enclavado (Haz de Hackental). EN seguimiento en CCEE de COT se observa ausencia de consolidación en el foco de fractura en RX y dolor a la movilización del MSD.

**Resultados.** Tras 9 meses de evolución se diagnostica de pseudoartrosis de húmero por lo que se decide EMO de A.K. y estabilización con fijador externo a compresión. La evolución radiográfica fue satisfactoria presentando signos de consolidación a los 2 meses de la reintervención.

**Comentarios y conclusiones.** La pseudoartrosis de húmero es una complicación poco frecuente de fractura diafisaria de húmero aunque acarrea grandes déficits funcionales que obligan en la mayoría de los casos a realizar un tto quirúrgico como podría ser la estabilización con fijador externo a compresión.

## CC 649

### COMPLICACIÓN INUSUAL TRAS FRACTURA DE PELVIS EN PACIENTE ANCIANO

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

*Hospital comarcal Santiago Apóstol. Miranda de Ebro-Burgos.*

**Introducción y objetivos.** La cistitis enfisematosa es entidad infrecuente que se caracteriza por la presencia de gas en el interior de la vejiga, en la pared o en ambas, a causa de bacilos aerobios gram negativos principalmente. Presentamos un caso atendido en nuestro centro.

**Material y método.** Paciente mujer de 89 años con antecedentes de EPOC diabetes mellitus tipo II y fractura de cadera derecha que ingresa en nuestro servicio tras una caída casual con el resultado de fractura ramas pélvicas derechas. Se procede al ingreso de la paciente, bajo tratamiento, analgésico, profilaxis antitrombótica y de protección gástrica, a parte de su tratamiento habitual.

**Resultados.** A las 72 horas desarrolla un cuadro séptico, compatible con cistitis enfisematosa, que provoca el fallecimiento de la paciente.

**Comentarios y conclusiones.** Los factores de riesgo que predisponen a la cistitis enfisematosa son la diabetes mellitus, el sexo femenino, infecciones urinarias de repetición, obstrucciones del tracto urinario, vejiga neurógena y estados de inmunosupresión. Debe sospecharse el cuadro pues un tratamiento antibiótico por vía parenteral logra su rápida resolución. A pesar de que las fracturas de ramas pélvicas sucedan en los pacientes ancianos, tras traumatismos banales, y su pronóstico no suele

ser malo, la vejez y las frecuentes patologías de base de los mismos suponen que puedan presentarse complicaciones letales como en nuestro caso.

## CC 650

### LESIÓN CONCOMITANTE DE LAS ARTICULACIONES DE LISFRANC Y CHOPART

Abellan Guillen, J.F.; Bo Rueda, D.; Martínez Martínez, J.;

Andrés Grau, J.; Arroyo, F. y Regeni, A.

*Hospital Morales Meseguer. Murcia.*

**Introducción y objetivos.** Las lesiones traumáticas del mediopie, como las que afectan a las articulaciones de Lisfranc o Chopart, se producen tras un traumatismo directo, y suelen afectar a varias estructuras.

**Material y método.** Presentamos un paciente de 47 años atendido tras caer desde una altura de 2 metros. Presentaba dolor y una importante deformidad en el pie derecho, sin heridas cutáneas. El estudio radiológico confirmó el diagnóstico de fractura luxación astrágalo-escafoidea y luxación de la articulación entre la cuña y el tercer metatarsiano. Se realizó la reducción cerrada bajo anestesia. Una vez reducidas, las lesiones eran estables y el tobillo fue inmovilizado.

**Resultados.** Tras un año de evolución, el paciente no presenta dolor y puede realizar sus actividades diarias. Los estudios radiológicos no muestran cambios respecto a los postquirúrgicos, permaneciendo las articulaciones congruentes. Es necesario continuar con las revisiones de este paciente para detectar la aparición de complicaciones, especialmente la artrosis

**Comentarios y conclusiones.** Las luxaciones y fracturas que afectan a las articulaciones de Chopart o de Lisfranc pueden tener graves consecuencias biomecánicas. Esto se debe a que pueden provocar cambios en la geometría del arco plantar y acortamiento de la columna medial o lateral del pie. La lesión concomitante de ambas articulaciones es un hecho poco común y es necesario un alto índice de sospecha clínica para evitar que pase desapercibida alguna de ellas. Debe realizarse una reducción anatómica y estable de las articulaciones afectadas para evitar la aparición de graves consecuencias a medio-largo plazo.

## CC 651

### RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTO TIBIAL POSTRAUMÁTICA DE 13 CENTÍMETROS POR DISTRACCIÓN OSTEOGÉNICA

Cabo, J.; Saborido, A.; Agulló, J.L.; Pedrero, S.; Pérez, A. y Portabella, F.

*Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** Presentamos la metodología, las complicaciones y el resultado final de un caso de defecto óseo posttraumático en tibia, tratado mediante un procedimiento de distracción osteogénica.

**Material y método.** Hombre de 27 años con fracturas bifocales de tibia y peroné izquierda abierta grado IIIb. Inicialmente tratado con limpieza de la herida, fijador externo biplanar e injerto de piel parcial después de conseguir tejido de granulación en las áreas de hueso expuesto. Evolucionando a infección y necrosis polimicrobiana del fragmento intermedio de 13 cm, que fue resecado. Se realizó una corticotomía tibial proximal y transporte óseo mediante una guía de transporte externo. Al final del transporte (4,5 meses) se observó necrosis en la piel del segmento transportado con exposición de hueso que se trató con perforaciones óseas y terapia VAC, con posterior injerto laminar de piel.

**Resultados.** Para evitar la pseudoartrosis en la zona de atraque del transporte, realizamos un injerto óseo intertibio-peroneo en el séptimo mes. A los 13 meses se observó la maduración del hueso regenerado, la consolidación del injerto intertibio-peroneo y el paciente inició la carga de la extremidad.

**Comentarios y conclusiones.** La distracción osteogénica es una buena técnica para tratar grandes (> 10 cm) defectos óseos posttraumáticos en adultos. Durante la transportación ósea, el hueso puede quedar expuesto, por necrosis cutánea. Esto puede resolverse con el uso de la terapia VAC y cirugía plástica. Se puede prevenir la formación de una pseudoartrosis en la zona de atraque, haciendo un injerto de hueso.

## CC 652

### METATARSALGIA ANTERIOR CON RADIOLOGÍA NORMAL, SOSPECHA FRACTURA DE ESTRÉS

Grau, A.; González Rodríguez, E.; Abellán Guillén, J.A.; Martínez Martínez, J. y Arroyo Rodríguez, F.F.  
*Hospital General Universitario José M.ª Morales Meseguer (Murcia).*

**Introducción y objetivos.** Los pacientes con una fractura vertebral osteoporótica sintomática típicamente se presentan con dolor de espalda severo tras un traumatismo banal. El dolor empeora con la posición erecta y ocasionalmente incluso con el decúbito. La columna muestra una cifosis dorsal exagerada y el dolor es típicamente reproducido con la palpación profunda sobre la apófisis espinosa del nivel afecto. Rara vez se asocian déficit neurológicos a estas fracturas, pero deben descartarse.

**Material y método.** La aumentación percutánea con cemento del cuerpo vertebral se introdujo para tratar un subgrupo de pacientes con fracturas vertebrales por compresión que no precisan descompresión quirúrgica de los elementos neurales pero que sin embargo tienen dolor intratable.

**Resultados.** Mujer 79 años independiente para su actividad diaria, con osteoporosis evolucionada, acude a urgencias por dolor dorsal sin traumatismo previo. En la radiología se observa fractura-acuñaamiento del cuerpo de T10 y T11. Se le realiza cifoplastia aliviando su sintomatología. Dos meses después acude con la misma clínica observándose fractura-acuñaamiento de cuerpos vertebrales en L3, L4 y L5, se decide realizar nuevamente cifoplastias en dichos niveles. Finalmente y por tercera vez vuelve a ingresar por nuevo episodio de fractura vertebral de las mismas características anteriores decidiéndose nueva cementación de los niveles afectados 3 meses después.

**Comentarios y conclusiones.** El resultado final fue la realización de cifoplastias en un mismo paciente desde T5 a L5, observándose una cementación casi completa de la columna vertebral y un alivio completo del dolor, demostrando una vez más, la eficacia de la cifoplastia en casos indicados y su escasa morbilidad.

## CC 653

### LUXACIÓN CARPOMETACARPIANA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Erdocia Pascual, J.; Blanco Santiago, D.; López Vinagre, E.; Álvarez Jorrín, M.C. y Ayestarán Vega, M.C.  
*Hospital de Cruces.*

**Introducción y objetivos.** Se presenta el caso de un varón de 26 años que tras un accidente laboral, presenta una fractura-luxación de 3º,4º y 5º metacarpiano.

**Material y método.** Tras una reducción cerrada de urgencia, el paciente presenta dolor y disminución del grip. Acude a nuestras consultas y tras objetivarse la verdadera magnitud de la lesión en un TAC, se procede a la artrodesis carpometacarpiana mediante grapas tipo Ti-Flex de DePuy.

**Resultados.** El paciente se encuentra asintomático y con una ligera pérdida de fuerza en el grip, reincorporándose a su actividad laboral sin ningún handicap.

**Comentarios y conclusiones.** Las fractura-luxaciones carpometacarpianas de los dedos largos son muy infrecuentes, pero su tratamiento debe adaptarse a las demandas funcionales del paciente. En nuestro caso, un trabajador manual, la solución más adecuada era la artrodesis carpometacarpiana ante las demandas funcionales de su trabajo

## CC 654

### SUMA DE DESGRACIAS EN PACIENTE DE 91 AÑOS: FRACTURA PERIPROTÉSICA DE CADERA CON POSTERIOR FRACTURA DE ODONTOIDES

Vivanco Jódar, T.; Rodríguez Martín, J.; Del Río Hortelano, J.; Díez Berrio, L.; García Saiz, E. y Martí López-Amor, C.  
*Clínica Ruber. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** A propósito de un caso.

**Material y método.** Se presenta el caso de una mujer de 91 años, portadora de una prótesis total de cadera derecha implantada hace once años tras sufrir una fractura intracapsular. Tres años antes del episodio actual la paciente presenta una fractura periprotésica a nivel de fémur proximal derecho sin desplazamiento que se resuelve de forma conservadora sin precisar cirugía. Actualmente la paciente acude tras sufrir

una caída casual, presentando una nueva fractura periprotésica de fémur proximal derecho asociada a luxación de la prótesis, evidenciándose un importante adelgazamiento de las corticales a dicho nivel por osteolisis. Se interviene quirúrgicamente realizándose una sustitución del componente femoral por un vástago de tipo tumoral, dado el importante defecto óseo remanente. Durante el postoperatorio inmediato en el hospital, la paciente sufre un episodio de desorientación, precipitándose desde la cama, presentando dolor y limitación funcional a nivel cervical. Se realizan estudios de imagen mediante radiografías simples y TC diagnosticándose una fractura de odontoides con desplazamiento, sin afectación neurológica. La paciente es intervenida urgentemente realizándose una artrodesis posterior C1-C2 instrumentada con tornillos transpediculares y aporte de autoinjerto óseo de cresta iliaca.

**Resultados.** La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta en descarga y con collarín cervical. A las seis semanas la paciente no presenta dolor, deambula con ayuda y se retira el collarín. A los cuatro meses la paciente está asintomática, realizando su vida normal previa.

**Comentarios y conclusiones.**

## CC 655

### VARIANTE EN EL TRATAMIENTO DE FRACTURAS DIAFISARIAS TIBIALES. A PROPÓSITO DE UN CASO

Barastegui, D.; Aguilar, M.; Cassacia, M.; Matellanes, J.; Molero, V. y Nardi, J.  
*Hospital Universitari Vall D'hebrón. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** Exposición de un caso de fractura diafisaria de tibia tratada con clavo de húmero en nuestro servicio, debido principalmente a las proporciones corporales de la paicente (Talla 1,45 cm).

**Material y método.** Caso de una paciente de 42a que acudiço a Ucias. con fractura 42A3.3 de tibia. Entre sus antecedentes destacan una fractura anterior en el mismo nivel, tratada inicialmente de manera conservadora i, debido al fracaso terapéutico, posteriorment con tecnicas de osteosíntesi diferentes.

**Resultados.** La sintesi de la fractura se realizó con buenos resultados con un clavo de húmero de 7 mm (fresado hasta 9 mm), siendo el postoperatorio y el control posterior correctos y sin incidencias.

**Comentarios y conclusiones.** Se ha demostrado que el enclavado endomedular es la mejor opción terapeutica para el tipo de fractura expuesto, por delante de las placas y tornillos y el tratamiento conservador. Estudios actuales demuestran también mejor resultado en clavos fresados vs. clavos no fresados en este tipo de fractura. El clavo endomedular de humero es una opción válida para la síntess de fracturas de tibia que por su tamaño no admiten clavos tibiales.

## CC 656

### SÍNDROME COMPARTIMENTAL AGUDO EN COMPARTIMENTO ANTERIOR TIBIAL DE MECANISMO ATÍPICO

Casal Grau, R.; López-Ruiz, A.; Alonso, A.; López-Alameda, S.; Martín, D. y Matesanz Velasco, F.J.  
*Hospital General de Segovia, Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica.*

**Introducción y objetivos.** Paciente con clínica, localización y antecedentes poco sugestivos de síndrome compartimental, y su abordaje diagnóstico y terapéutico.

**Material y método.** Varón 22 años. Dolor intenso en pierna derecha. Antecedente: patada a un balón 15 horas antes. Aumento progresivo del dolor, trabajando de pie varias horas. EF: Dolor progresivo y mayor con dorsiflexión del pie, en cara antero-lateral pierna derecha. Aumento de volumen y temperatura. Pulsos distales presentes y ligero hormigueo. Rx: normal. Presión intracompartimental: 90 mmHg. Tratamiento: Fasciectomy; descompresión de compartimentos anterior y lateral, sutura de aproximación y cobertura antibiótica.

**Resultados.** Tras mejoría clínica inicial (una semana), deterioro progresivo, déficit neurológico del peroneo anterior y disfunción del tibial anterior, que obligó a reintervenir. Se revisaron los tres compartimentos, objetivando necrosis del tibial anterior que fue resecaado. Electromiografía: denervación severa del peroneo anterior. A seis meses, lenta reinervación y sustitución de la función del tibial anterior progresiva a través de un trabajo de rehabilitación intenso.

**Comentarios y conclusiones.** El SC agudo está asociado al trauma de alta energía u ocasionalmente por vendajes o yesos apretados. El SC crónico

puede ocurrir por actividades repetitivas y prolongadas como carrera o spinning con menor frecuencia. En nuestro caso, el desencadenante fue una simple distensión muscular y la simple permanencia en bipedestación, lo que lo convierte en un caso excepcional. La conclusión es que debemos considerar el SC aunque el mecanismo sea aparentemente banal, prestando especial atención a la evolución clínica y haciendo medición precoz de la presión intracompartimental aún siendo una técnica agresiva.

## CC 657

### METALOSIS Y PSEUDOARTROSIS EN FRACTURA DE CÚBITO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Carreras Castañer, A.; Morales Codina, A.M.; Martínez Grau, P.; Serrano Sanz, J.; Puente Alonso, C. y Pi Folguera, J.  
*Hospital de Sabadell.*

**Introducción y objetivos.** La metalosis es un fenómeno descrito en artroplastias de cadera y rodilla pero poco frecuente en implantes de osteosíntesis tipo placa o clavo. Presentamos un caso.

**Material y método.** Varón de 34 años que tras accidente de moto presentó múltiples fracturas, entre ellas una fractura abierta grado II de Gustilo de tercio medio de cúbito y radio derechos. Se intervino 4 días más tarde colocándose 2 placas LCP. Como complicación postoperatoria inmediata presentó un síndrome compartimental que requirió fasciotomía reglada. A los 20 meses se reintervino por pseudoartrosis atrófica de cúbito, objetivándose una intensa metalosis circundante a la placa. Se realizó retirada del implante cubital, cruentación del foco de fractura y colocación de una nueva placa LC-DPC con injerto de cresta iliaca autóloga. Se retiró el implante del radio. Se tomaron muestras para estudio histológico, objetivándose inflamación crónica tipo cuerpo extraño con partículas de material del implante.

**Resultados.** (al tratarse de un caso clínico hemos obviado los resultados).

**Comentarios y conclusiones.** La metalosis es consecuencia de la liberación de partículas metálicas que inducen una reacción de hipersensibilidad aumentando la actividad osteoclástica e inhibiendo la osteoblástica. En los pocos casos descritos en la literatura de asociación de pseudoartrosis a metalosis, se plantea la hipótesis de que la primera no sea una consecuencia de la segunda, sino que la movilidad del foco de fractura induzca una gran liberación de partículas desencadenando un proceso inflamatorio local y perpetuando así la no-unión.

## CC 658

### SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN PACIENTE JOVEN CON FRACTURA DE MIEMBRO INFERIOR

Royo Naranjo, A.M. y Villanueva Pareja, F.  
*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, H.R.U. Carlos Haya, Málaga.*

**Introducción y objetivos.** El Síndrome de Embolia Grasa (SEG) es una entidad clínica ya descrita hace más de 140 años y que se caracteriza por la liberación al torrente sanguíneo de émbolos grasos que tras alcanzar vasos arteriales de pequeño calibre los obstruyen, dando lugar a una clínica característica. Aunque la liberación de estos émbolos es relativamente frecuente (90% de politraumatismos), su expresión clínica no lo es tanto (4%). Se produce más habitualmente en pacientes jóvenes, entre los 20 y 30 años de edad con fracturas cerradas de huesos largos, ya que se liberan trioleínas (ácido oleico), muy embolígeno. El cuadro suele presentarse a las 24-72 horas y se caracteriza por la triada clásica de hipoxemia, alteraciones neurológicas y exantema petequeal. Son las alteraciones respiratorias las que condicionan la morbi-mortalidad del cuadro. Presentamos el caso de un paciente joven, con fractura diafisaria de tibia, que debuta con cuadro compatible con SEG en las primeras 48 horas tras su ingreso.

**Material y método.** Paciente varón de 26 años de edad, sin antecedentes médicos de interés ni historia previa de tromboembolismo o enfermedad cerebrovascular, que sufre accidente de circulación con resultado de fractura diafisaria de tercio medio de Tibia y Peroné, siendo trasladado al Servicio de Urgencias de nuestro hospital. En la exploración inicial se objetiva adecuado nivel de conciencia, estando el paciente en alerta y respondiendo a órdenes verbales y motoras. No aparente focalidad neurológica. Auscultación pulmonar sin hallazgos patológicos, siendo la saturación arterial de oxígeno del 100% con aire ambiente. Se procede a estabilización de la fractura con férula suprapédica, inicio de profilaxis

antitrombótica estándar con HBPM e ingreso del paciente para intervención quirúrgica programada. En el primer día de ingreso el paciente debuta de manera súbita con una disnea con hipoxemia y saturación de oxígeno es del 80% con aire ambiente, recuperándose hasta niveles del 98% con oxígeno a altas presiones (VMK al 35%) y que se acompaña de cuadro confusional agudo con disminución del nivel de conciencia y tendencia al sueño, así como síndrome febril termómetro de hasta 38°C. De urgencias se le realiza un Angio-TAC, donde no se objetiva la aparición de defectos de perfusión subsegmentarios, siendo el calibre de arterias y bronquios normales, así como 2 TAC cerebrales, que también son compatibles con la normalidad. Ante la sospecha de SEG, el paciente es trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos, donde se instaura soporte ventilatorio con ventimask y monitorización electrocardiográfica. Igualmente se inicia terapéutica con corticoides.

**Resultados.** La evolución es satisfactoria, con recuperación de la clínica deficitaria neurológica y respiratoria en pocos días, pudiendo ser intervenido el paciente, procediéndose a estabilizar la fractura diafisaria de tibia con clavo intramedular.

**Comentarios y conclusiones.** El diagnóstico del SEG es fundamentalmente clínico, siendo los Criterios de Gurd-Wilson<sup>1</sup> los más utilizados; así, se consideran Criterios Mayores la aparición de Insuficiencia Respiratoria, Alteraciones Neurológicas y Exantema Petequeal y como Criterios Menores la Fiebre, Taquicardia, Fondo de Ojo alterado, Ictericia y Alteraciones Renales. El diagnóstico diferencial tendremos que establecerlo con otras entidades que ocasionen clínica similar en el paciente politraumatizado, tales como la contusión pulmonar, el broncoaspirado, el edema agudo de pulmón o el tromboembolismo pulmonar, siendo por tanto difícil de establecer éste. El tratamiento más indicado para esta entidad consiste en evitar su aparición, mediante una correcta estabilización precoz de la fractura ya en el lugar del accidente y evitando la hipovolemia. El uso de corticoides de manera profiláctica es controvertido.

## CC 659

### FRACTURA ABIERTA DE TIBIA Y PERONÉ CON GRAN DEFECTO DE PARTES BLANDAS. COBERTURA CON COLGAJO DE DORSAL ANCHO

Fernández Sánchez, J.R.; Martínez Martínez, F.; García Paños, J.P.; Valcarcel Díaz, A.; Rodríguez Martínez, R. y Vela Pardo, S.  
*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

**Introducción y objetivos.** Los colgajos libres resuelven problemas complejos. En situaciones donde existe gran pérdida tisular se puede restablecer la forma y la función utilizándolos. El colgajo libre de dorsal ancho ha sido utilizado ampliamente para la reconstrucción de lesiones complejas de miembros inferiores.

**Material y método.** Presentamos el caso clínico de una paciente de 32 años que sufrió un accidente laboral, con fractura abierta de tibia y peroné y gran pérdida de sustancia. Tras estabilización inicial con fijador externo, se realiza limpieza y refrescado de bordes para preparar el lecho. Se extrae el colgajo de músculo dorsal ancho y se prepara zona receptora a nivel de hueso popliteo. Tras anastomosis microquirúrgica se completa el cierre del defecto y posteriormente se completa con injerto cutáneo de espesor parcial.

**Resultados.** El resultado funcional y estético es excelente a los 4 meses de la intervención.

**Comentarios y conclusiones.** Consideramos que la utilización de colgajo de dorsal ancho en grandes defectos de miembros inferiores es una opción muy válida y con resultados muy satisfactorios. La técnica quirúrgica resulta asequible con mínimos conocimientos microquirúrgicos y puede resolver un problema de cobertura para el traumatólogo en ciertos casos.

## CC 660

### EXPERIENCIA EN NUESTRO SERVICIO EN EL TRATAMIENTO DE LESIONES DE LA EXTREMIDAD INFERIOR CON MATRIZ ÓSEA DESMINERALIZADA

Teruel Collazos, J.L.; Varo Rodríguez, I.; Zazo Espinosa, M.; Ganso Pérez, A.; Barco Berzosa, A.C. y Queiruga Dios, J.A.  
*Hospital Virgen del Puerto.*

**Introducción y objetivos.** Uno de los principales problemas en Cirugía Ortopédica y Traumatología que nos encontramos en la práctica diaria

es cómo conseguir el relleno de cavidades óseas o la consolidación de soluciones de continuidad. En su tratamiento tenemos distintas opciones y entre ellas hoy en día se puede incluir como hecho aislado o, más frecuentemente, como coadyuvante el empleo de sustitutos óseos. En este trabajo mostramos la experiencia en nuestro servicio con el empleo de matriz ósea desmineralizada en el tratamiento de lesiones de la extremidad inferior.

**Material y método.** Se realiza una revisión retrospectiva de las lesiones en la extremidad inferior en cuyo tratamiento se empleó como sustituto óseo matriz ósea desmineralizada. Entre ellas tenemos fracturas de EELL, pseudoartrosis, artrodesis y recambios protésicos.

**Resultados.** Exponemos los resultados obtenidos en el tratamiento de esta variedad de lesiones de la extremidad inferior con matriz ósea desmineralizada.

**Comentarios y conclusiones.** Actualmente con el desarrollo de la ingeniería tisular se pone a nuestro alcance diversas sustancias que actúan como sustitutos óseos que pueden ser de gran ayuda en nuestra práctica diaria. Entre ellos la matriz ósea desmineralizada es una sustancia con propiedades osteoinductoras y osteoconductoras que puede resultarnos útil.

## CC 661

### LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE CADERA. NUESTRA EXPERIENCIA

Haccart, J.G. y Catalan Larracoche, J.  
*Servicio de traumatología y Ortopedia. Hospital Comarcal de Inca. Baleares.*

**Introducción y objetivos.** Se presentan cuatro casos de pacientes con luxación traumática de cadera.

**Material y método.** El primer caso es un varón de 75 años que tras caída casual por escaleras presentaba una luxación de cadera tipo I de Levin. El segundo caso también presentaba una luxación tipo I de Levin en un varón de 55 años tras caída casual. El tercer caso es un varón de 24 años que tras accidente de tráfico presentaba una luxación tipo IV de Levin asociado a fractura acetabular (tipo IV de Judet). El cuarto caso es de un varón de 23 años que tras accidente deportivo presentaba una luxación tipo V de Levin asociada a una fractura de la cabeza femoral (tipo II de Pipkin).

**Resultados.** En los tres primeros casos se procedió a reducción cerrada y aspiración del hemartros bajo anestesia, posterior tracción durante 3 semanas y descarga durante 6 semanas con bastones. El cuarto caso precisó reducción abierta y fijación interna.

**Comentarios y conclusiones.** La luxación pura de cadera o luxación con fractura de la cabeza femoral generalmente se debe a un traumatismo de alta energía y a menudo se acompaña de lesiones asociadas. Es muy importante la reducción precoz (preferentemente dentro de las 6 horas siguientes a haberse producido la lesión) para disminuir el riesgo de necrosis avascular de la cabeza femoral. Es conveniente la aspiración del hemartros ya que logra disminuir el dolor y mejora la presión capsular y la condrolisis enzimática.

## CC 662

### PSEUDOARTROSIS EN FRACTURAS DIAFISARIAS DE HÚMERO TRADADAS CON ENCLAVADO INTRAMEDULAR FLEXIBLE VS. RÍGIDO

Gabaldón Martínez, M.; Ros Ample, T.; Losa Palacios, S.; Plaza Fernández, G. y García de León García del Castillo, A.  
*Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

**Introducción y objetivos.** El objetivo principal de este estudio es comparar los resultados obtenidos en fracturas tratadas quirúrgicamente mediante enclavados endomedulares flexibles y rígidos en nuestro servicio, en lo que a tasa de pseudoartrosis se refiere dada la tendencia actual a utilizar clavos intramedulares rígidos para el tratamiento de estas fracturas.

**Material y método.** Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo sobre pacientes entre 18 y 70 años tratados en nuestro servicio de fracturas diafisarias de húmero intervenidas quirúrgicamente mediante enclavado endomedular. Como criterios de exclusión se establecen las fracturas con extensión a superficie articular, fracturas segmentarias y consideradas patológicas. Se recogen datos epidemiológicos del paciente, tanto como del tipo de fractura según la clasificación AO, angulación y diástasis de foco de fractura previas al tratamiento y la presencia o no de parálisis radial inicial. En lo referente al tratamiento se catalogan el

tipo de enclavado realizado flexible o rígido, encerrado y vía anterógrada o retrógrada. Se recogen también posibles complicaciones como la presencia de parálisis radial postoperatoria y el posible fracaso del material de osteosíntesis en el seguimiento, así como la realización de procedimientos quirúrgicos previos al diagnóstico de pseudoartrosis ya sea por fracaso de la osteosíntesis, infección o incorporación de injerto a la fractura.

**Resultados.** Actualmente nos encontramos en proceso de análisis de datos con un total actualmente de 50 pacientes tratados.

## TUMORES (CC 663 - CC 774)

### CC 663

#### HEMANGIOMA INTRAMUSCULAR (ANGIOLIPOMA INFILTRANTE DEL MÚSCULO)

Ruiz, A.; Chornet, X.; Bada, J.L.; Nevot, E. y Oller, R.  
*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Comarcal de Blanes.*

**Introducción y objetivos.** El hemangioma intramuscular (H.I.) es un tumor benigno poco frecuente y que representan el 0,8% de todos los tumores vasculares benignos. Afecta a niños y jóvenes. Compromete cualquier músculo esquelético, evidenciando predilección por los del muslo. Con frecuencia son dolorosos. En el 20% de los casos existe la historia de un trauma, que sólo parece exacerbar al tumor subyacente. Tienen un riesgo de recurrencia local entre 18 y 50%. Presentamos un paciente de 28 años que consulta por tumoración dolorosa en cara interna del muslo izquierdo, con el antecedente de un traumatismo hace 2 años, que le produce un dolor ocasional y que aumenta de tamaño cuando toma bebidas alcohólicas. Las imágenes de RMN muestran una tumoración de partes blandas localizado en profundidad al vasto interno en la región distal del muslo a la altura de la metáfisis distal femoral, de 9,5 cm de diámetro mayor craneo-caudal x 5,2 x 3 cm, hiperintensa en secuencias ponderadas en T2 aunque con áreas focales de hiposeñal por probable sangrado antiguo versus calcificaciones. La lesión muestra una señal intermedia en secuencias ponderadas en T1 con discreto realce tras administración de contraste. Hallazgos compatibles con hemangioma. Motiva la presentación del caso la escasa frecuencia de esta lesión y el riesgo de sobre diagnosticarla como angiosarcoma de músculo esquelético. **Introducción:** el hemangioma del músculo esquelético es probablemente la forma más común de hemangioma de tejidos profundos, pero, no obstante, es raro si uno considera todo el espectro de neoplasias vasculares benignas. Watson y Mc Carthy, consideran que representan el 0,8% de todos los tumores vasculares benignos. La mayoría ocurren en niños y adultos jóvenes, con el 80 a 90% manifestándose antes de los 30 años. A diferencia de los hemangiomas cutáneos, esta forma no muestra marcada predilección por mujeres y afecta a ambos sexos en cifras aproximadamente iguales. Aunque cualquier músculo puede ser afectado, la mayoría se localizan en las extremidades inferiores, particularmente los músculos del muslo.

**Material y método.** Presentamos un paciente de 28 años que consulta por tumoración dolorosa en cara interna del muslo izquierdo, con el antecedente de un traumatismo hace 2 años, que le produce un dolor ocasional y que aumenta de tamaño cuando toma bebidas alcohólicas. Las imágenes de RMN muestran una tumoración de partes blandas localizado en profundidad al vasto interno en la región distal del muslo a la altura de la metáfisis distal femoral, de 9,5 cm de diámetro mayor craneo-caudal x 5,2 x 3 cm, hiperintensa en secuencias ponderadas en T2 aunque con áreas focales de hiposeñal por probable sangrado antiguo versus calcificaciones. La lesión muestra una señal intermedia en secuencias ponderadas en T1 con discreto realce tras administración de contraste. Hallazgos compatibles con hemangioma. Se procedió a la resección quirúrgica en bloque de la lesión. El material fue fijado en formol, incluida en parafina y se efectuaron cortes con HE y PAS. Los mismos exhiben tejido muscular estriado de caracteres típicos, infiltrado por tejido adiposo maduro y una proliferación vascular con áreas de tipo cavernoso y otras más extensas de tipo capilar, infiltrando las fibras musculares y aislados focos inflamatorios crónicos. También se observan numerosas fibras musculares atroficas y aislados depósitos cálcicos.

**Comentarios y conclusiones.** Clínicamente estas lesiones dan más problemas diagnósticos que los hemangiomas superficiales. Se presentan



solamente como masa (tumoración) de tejidos blandos, con escasos signos o síntomas que hagan pensar en su naturaleza vascular. El dolor es un síntoma frecuente aunque no invariable y se dice que es más común en "tumores que comprometen músculos delgados y largos", donde es más intensa la tensión del músculo y fibras nerviosas por el tumor. Si bien la historia de traumatismo previo se da en un 20% de los casos, no hay evidencia indiscutible que estas lesiones sean causadas por el trauma, y parece más probable que solamente agrava el tumor subyacente. Los hemangiomas intramusculares varían ampliamente en su cuadro macro y microscópico, dependiendo de si ellos de tipo capilar, cavernoso o mixto. En general los hemangiomas intramusculares de tipo capilar son más comunes y más fácilmente se confunden con un tumor maligno. La entidad más importante en el diagnóstico diferencial de estas lesiones es el "angiosarcoma del músculo esquelético". Debe recordarse que el angiosarcoma de los tejidos blandos profundos, especialmente del músculo esquelético son verdaderamente extraordinarios; por eso estadísticamente un tumor vascular del músculo esquelético es más factible que sea benigno que maligno. Por último destacar la alta tasa de recurrencia local, que oscila entre el 18 y más del 50% según los distintos autores.

## CC 664

### PROLIFERACIÓN OSTEOCONDROMATOSA PAROSTAL BIZARRA ("NORA LESION") EN FALANGE PROXIMAL 3º DEDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Merino Carretero, P.; Oteo Maldonado, J.A.; Calzada Expósito, V.; Rubio Vivanco, I. y Trell Lesmes, F.  
*Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** La proliferación osteocondromatosa parostal bizzarra es una lesión rara descrita por Nora y colaboradores en 1983. Consiste en un crecimiento exofítico de la cortical formado por hueso, cartilago y tejido fibroso. Afecta a las falanges proximal y media, y los metacarpianos y metatarsianos. La frecuencia es 4 veces mayor en manos que en pies.

**Material y método.** Se presenta el caso de un varón de 44 años con una tumoración en falange proximal del 3º dedo de la mano derecha de 20 años de evolución. Exploración: Tumoración de 3x2.5 cm en el borde radial-volar de la falange proximal del 3º dedo de la mano derecha. Movilidad completa. Pruebas complementarias: Rx: Masa ósea adyacente a F1 en su borde radial-volar de 15 x 28 mm. TAC: Lesión ósea exofítica de 3 x 2,5 cm de diámetros craneocaudal y transversal dependiente de la cortical radial de falange proximal, continuidad cortical, con medular compatible con osteocondroma. Tratamiento: Extirpación completa de la tumoración incluyendo la cortical ósea, respetando los flexores y reinsertando el aparato extensor. Anatomía Patológica: Proliferación osteocondromatosa parostal bizzarra con ausencia de signos histológicos de malignidad.

**Resultados.** Al año de evolución el paciente no presenta recidiva local con un arco de movilidad completa y sin déficits sensitivos.

**Comentarios y conclusiones.** La proliferación osteocondromatosa parostal bizzarra es una lesión reactiva mesenquimal mineralizante que típicamente afecta las corticales de los huesos de pies y manos. Tiene una gran tendencia a la recidiva local: del 29% al 55% según las series. Sin embargo no tiene tendencia a la malignización ni a producir metástasis ni muerte. Debido a su localización parostal, debe distinguirse del osteosarcoma parostal. La ausencia de atipia celular la diferencia del osteosarcoma. La extirpación completa es el tratamiento de elección ya que la excisión intralesional aumenta el riesgo de recidiva local.

## CC 665

### APARICIÓN DE TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES Y DE OSTEOSARCOMA EN LA MISMA EXTREMIDAD.

#### A PROPÓSITO DE UN CASO

Martínez Grau, P.; Carballo, A.; Morales Codina, A.M.; Ros Munné, V. y Carreras Castañer, A.  
*Corporació Sanitària Parc Taulí (Sabadell).*

**Introducción y objetivos.** Los tumores de células gigantes (TCG) son poco frecuentes y de características benignas. Su coincidencia con un osteosarcoma en un mismo hueso es muy infrecuente.

**Material y método.** Mujer de 49 años que consultó por dolor en tercio distal de muslo izquierdo. Como antecedentes presentaba un TCG en cóndilo femoral externo izquierdo diagnosticado hacía 13 años, con un

episodio de recidiva hacía 10 años, ambos tratados con curetaje, legrado e injerto óseo. Fue alta a los 6 años de seguimiento. La radiología mostró imágenes de neoformación agresiva con erosión ósea de la cortical del tercio distal del fémur, a unos 15cm del antiguo TCG. Se orientó como una nueva recidiva. El estudio histológico diagnosticó un osteosarcoma de alto grado, independiente del TCG previo. Se inició tratamiento con quimioterapia y se mantuvo la extremidad en descarga completa con ortesis de protección. Durante el tratamiento, presentó una fractura patológica del tercio distal del fémur. Dada la afectación del eje neuro-vascular se realizó amputación infratrocantérica. Actualmente, está en tratamiento con quimioterapia.

**Comentarios y conclusiones.** Los TCG representan el 4-10% de los tumores óseos primarios. Son de características histológicas benignas. Los osteosarcomas son los tumores óseos primarios malignos más frecuentes. Su supervivencia, con tratamiento, es del 65-70% a los 5 años. La degeneración sarcomatosa del TCG es de aproximadamente 1%. Pero aún es menos frecuente la asociación de TCG y osteosarcoma independientes en el mismo hueso.

## CC 666

### TUMOR EXCRECENTE EN MUJER ANCIANA

Crego Vita, D.\*; Hernández Pascual, C.\*\*; Cedeño Díaz, O.M.\* y Casteleiro González, R.\*  
*\*Hospital Gregorio Marañón. \*\*León.*

**Introducción y objetivos.** A propósito de un caso, describimos las características de los osteosarcomas, planteando un caso atípico.

**Material y método.** Anamnesis, exploración y pruebas complementarias.

**Resultados.** Diagnóstico definitivo: osteosarcoma extraesquelético de alto grado.

**Comentarios y conclusiones.** Se produce un retraso en el diagnóstico debido al enfoque de las pruebas complementarias que orientan hacia otra patología. En el caso de encontrarnos ante patología neoplásica, no debemos olvidar las formas atípicas, poco frecuentes

## CC 667

### ¿¿ELASTO...QUÉ??

Llaquet Leiva, A.A.\*; Vergara, A.\*\*; Escobar Antón, D.\*\*; Martínez Melián, I.\*\*; García de León, M.A.\*\* y Guijarro Galiano, J.\*\*  
*\*Hospital Universitario Severo Ochoa De Leganés, \*\*HUSVO.*

**Introducción y objetivos.** El elastofibroma dorsi constituye un muy raro tumor benigno que supone un descubrimiento curioso para el clínico y que presenta rasgos típicos que lo hacen casi inconfundible.

**Material y método.** En doce años en nuestro Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés hemos encontrado cuatro casos. Todos los casos tenían una edad entre 45-57 años. Todos ellos acudieron por molestias o dolor a la consulta. Tres de ellos tenían una localización subescapular (2 de ellos en la derecha y 1 en la izquierda) y el último caso en el deltoides derecho. Todos se dieron en mujeres.

**Resultados.** La paciente a la que se resecó la masa deltoidea tras un proceso largo de rehabilitación logró estar casi igual que antes controlando su debilidad motora y dolores cervico-braquiales. La paciente con la masa escapular reseca sufrió una infección de la herida, pero una vez resuelta no ha presentado más molestias.

Las dos pacientes no intervenidas continúan sus revisiones rutinarias sin manifestar grandes cambios hasta la fecha.

**Comentarios y conclusiones.** El manejo de esta rara patología debe estar basado principalmente en la calidad de vida que presente el paciente y sus demandas siempre valorando que la cirugía, aún siendo curativa, afronta otras dificultades no fácilmente solucionables.

## CC 668

### LESIÓN OSTEOLÍTICA EN TIBIA PROXIMAL

García Regal, J.; García Hermosa, A.; Hueso Macías, A.; Centeno Ruano, A.J. y Marqués Rangel, J.C.  
*Hospital de Mérida.*

**Introducción y objetivos.** El Histiocitoma Fibroso Maligno (HFM) es un tumor fibroso maligno caracterizado por la formación de fibras de co-

lágeno y células fusiformes, y con ausencia de formaciones óseas y cartilaginosas. Puede ser un tumor primario o secundario a irradiaciones, Paget, displasia fibrosa...

**Material y método.** Paciente mujer de 82 años derivada de Atención Primaria por gonalgia de 3 semanas de evolución que no cede con analgesia. A la exploración, presenta tumefacción, enrojecimiento y aumento de la temperatura local, sin fiebre ni sintomatología sistémica. La paciente ingresa para estudio y tratamiento.

**Resultados.** Durante el ingreso, la radiología muestra una lesión osteolítica en tuberosidad tibial con destrucción cortical, de bordes mal definidos y sin reacción perióstica. Se obtiene muestra intraarticular para estudio, con resultado negativo para Tuberculosis y Gram. El estudio anatómico-patológico confirma el diagnóstico de HFM, procediéndose a una amputación supracondilea del miembro inferior con posterior seguimiento por el Servicio de Oncología.

**Comentarios y conclusiones.** El HFM normalmente afecta a pacientes entre la 3ª y 6ª décadas de la vida, representando un 11% de todos los tumores óseos malignos. Tiene predilección por los huesos largos y la pelvis. Clínicamente, cursa con dolor e inflamación local. La radiología típica muestra una reacción osteolítica con bordes mal definidos, destruyendo la cortical y penetrando en tejidos blandos. Normalmente no existe reacción perióstica. La actitud terapéutica más adecuada sería la cirugía agresiva complementada con tratamiento paliativo. El pronóstico de vida es corto (2-5 años), siendo la causa más frecuente de muerte el compromiso pulmonar por diseminación metastásica.

## CC 669

### TUMORACIÓN DORSO PIE DERECHO

Hueso Macías, A.; García Hermosa, A.; García Regal, J.; González Gómez, D.; Abejon Ortega, A. y Romero Guerra, F. *Hospital de Mérida.*

**Introducción y objetivos.** Paciente de 75 años de edad con antecedentes personales de hipercolesterolemia y asma bronquial que presenta tumoración indolora de 5 cm de diámetro a nivel 4º y 5º metatarsiano dorso pie derecho sin alteraciones vasculo-nerviosas distales. Pruebas complementarias: RX: no se aprecian calcificaciones, ni alteraciones a nivel óseo. RMN: Proceso expansivo de partes blandas, no alteración ósea. Descartar sinovitis villonodular, tumor de células gigantes vaina tendinosa.

**Material y método.** Tratamiento realizado: Exciación marginal de la lesión (tejidos blandos), encontrando una lesión de aspecto lobulado, de color blanco grisáceo. Se envía la muestra a anatomía patológica.

**Resultados.** Diagnóstico anatomopatológico: fibroblastoma desmoplásico o fibroma coagenizado.

**Comentarios y conclusiones.** Descrito inicialmente por Evans, es un tumor benigno localizado en tejido subcutáneo, de crecimiento lento. Se presenta en adultos entre la quinta y sexta décadas de la vida, sin predominio de género y con una amplia distribución que incluye: extremidad superior, cuello, e. inferior y pared abdominal. Morfológicamente esta compuesto por fibroblastos fusiformes o estelares inmersos en estroma colagenizado. El diagnóstico diferencial incluye proliferaciones fibrosas reactivas, tumores fibrosos benignos y malignos de bajo grado.

## CC 670

### SARCOMAS DE PARTES BLANDAS EN EL ÁREA SANITARIA DE LUGO EN EL PERÍODO 2002-2006

Bravo Pérez, M.; Sánchez Parada, A.; López López, S.; Longo Rubio, B.; Pena Paz, S. y Ibáñez Martín, L.I. *Hospital Xeral-Calde de Lugo.*

**Introducción y objetivos.** Los sarcomas de Partes Blandas son tumores poco frecuentes, pero agresivos. Nuestro objetivo es describir las características epidemiológicas de los pacientes mayores de 18 años diagnosticados de esta patología en nuestra área sanitaria en el período Enero 2002-Diciembre 2006, ambos incluidos, con al menos dos años de seguimiento.

**Material y método.** Nuestro hospital es el de referencia para los pacientes con sospecha de Sarcoma de Partes Blandas en nuestra área sanitaria. Nuestra sección sólo da asistencia a mayores de 18 años. Hemos revisado las historias clínicas y elaborado una base de datos de todos los pacientes adultos diagnosticados de esta entidad mediante estudio anatomopatológico desde el año 2002 hasta el año 2006.

**Resultados.** Encontramos 23 casos de Sarcomas de Partes Blandas (13 varones/10 mujeres), representando 1.53 casos por cada 100.000 habitantes/año. La tumoración fue la causa más frecuente de consulta, localizándose fundamentalmente en las extremidades (70%). El tipo histológico predominante fue el Histiocitoma Fibroso Maligno (35%). La edad media al diagnóstico fue 59 años. El estadio II fue el más habitual (35%). El 26% de los casos fueron éxitus, con una supervivencia media de 33 meses desde el diagnóstico de la enfermedad.

**Comentarios y conclusiones.** Los Sarcomas de Partes Blandas son una entidad rara, aunque con elevada mortalidad. La realización de un diagnóstico precoz y una protocolización del tratamiento podrían reducir su mortalidad. La elaboración de estudios multicéntricos con grandes series podría confirmar dichos hallazgos.

## CC 671

### CLAUDICACIÓN A LA MARCHA EN UN NIÑO SIN ANTECEDENTE TRAUMÁTICO

Pellicer García, V.; Pérez Vergara, S.; Navarro Mont, R. y Salom Taverner, M.

*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología – Unidad de Ortopedia Infantil Hospital Universitario la Fe (Valencia).*

**Introducción y objetivos.** Se presenta el caso de un paciente de 6 años de edad atendido en nuestro Servicio por presentar un granuloma eosinófilo diafisario femoral. Se aporta una metodología para el diagnóstico diferencial y un algoritmo terapéutico.

**Material y método.** Clínicamente el paciente presentaba dolor, inflamación local y febrícula con afectación del estado general. Se completó el estudio con analítica, RMN, TAC, llegando al diagnóstico tras biopsia de Granuloma Eosinófilo, forma localizada de Histiocitosis de células de Langerhans. En nuestro paciente se practicó un estudio de extensión, descartándose lesiones a otros niveles.

**Resultados.** El granuloma eosinófilo solitario presenta un curso clínico habitualmente benigno, con remisión espontánea, no precisando tratamiento en sujetos asintomáticos. En nuestro paciente, al encontrarse sintomático, se procedió a la infiltración percutánea con acetato de metilprednisolona bajo control con intensificador de imagen, consiguiéndose la remisión de la lesión y siendo favorable la evolución de nuestro paciente.

**Comentarios y conclusiones.** El granuloma eosinófilo, considerado "el gran simulador", debe entrar en el diagnóstico diferencial de toda lesión ósea, especialmente en menores de 30 años. Puede malinterpretarse como un proceso infeccioso (debido a la alteraciones analíticas que produce y la afectación del estado general y fiebre) así como procesos malignos (debido a su agresividad local), siendo necesario habitualmente la punción biopsia para llegar al diagnóstico. Debe descartarse siempre que forme parte de un cuadro sistémico. En aquellas formas localizadas, la respuesta terapéutica a infiltraciones con acetato de metilprednisolona suele ser buena.

## CC 672

### ALOINJERTO ESTRUCTURAL INTERCALAR MASIVO DE RECONSTRUCCIÓN DIAFISARIA FEMORAL TRAS RESECCIÓN DE SARCOMA DE EWING

Pellicer García, V.; Rodríguez-Vellando, E.; Sánchez Collado, A.; Baixauli García, F.; Amaya Silvestre, J. y Angulo Sánchez, M. *Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

**Introducción y objetivos.** Mostrar nuestra experiencia en un paciente joven con sarcoma de Ewing atendido en nuestro Centro. El sarcoma óseo de Ewing es el segundo tumor óseo maligno más común al final de la infancia y al comienzo de la edad adulta. De los huesos largos, el fémur es la localización más frecuente.

**Material y método.** Se presenta el caso de un paciente varón de 19 años de edad que presentaba una lesión osteolítica mediodiafisaria femoral de carácter permeativo con intensa reacción perióstica en "capas de cebolla". El diagnóstico diferencial radiográfico comprendía el sarcoma de Ewing, el osteosarcoma, la osteomielitis, el linfoma óseo, histiocitosis y el neuroblastoma metastático, llegando al diagnóstico de Sarcoma de Ewing tras biopsia. En el estudio de extensión presentaba diversos nódulos pulmonares sugestivos de metástasis con buena respuesta a la quimioterapia neoadyuvante para el control a distancia de la enfermedad.

Se practicó la resección quirúrgica del sarcoma femoral y reconstrucción diafisaria con aloinjerto estructural masivo intercalar osteosintetizado con enclavado endomedular retrógrado.

**Resultados.** La quimioterapia neoadyuvante permitió el control de la enfermedad a distancia con resolución de las metástasis pulmonares evidenciadas en el momento del diagnóstico y la resección tumoral con reconstrucción mediante aloinjerto de cadáver permitió la conservación del miembro afecto.

**Comentarios y conclusiones.** La utilización de aloinjertos estructurales masivos representa una gran herramienta terapéutica de salvamento de extremidades ofreciendo la posibilidad de reconstrucción en cirugía ortopédica oncológica.

## CC 673

### OSTEOSARCOMA FEMORAL PEDIÁTRICO NO METASTÁTICO CON POBRE RESPUESTA A LA QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE

Merino Pérez, J.; Areizaga Hernández, L.M.; Larrinaga Luzárraga, R.; Elorriaga Sagarduy, G.M.; Díez López, L. y Palazuelos Blanco, L.  
*Hospital de Cruces.*

**Introducción y objetivos.** La quimioterapia neoadyuvante en los osteosarcomas no metastáticos tiene por objetivos reducir el tamaño y volumen tumoral, permitiendo una cirugía conservadora del miembro, tratar precozmente las micrometástasis y obtener un criterio pronóstico: la respuesta histológica preoperatoria.

**Material y método.** Varón de 11 años con lesión lítica metafiso epifisaria femoral derecha que tras el estudio radiológico y de extensión es diagnosticado como osteosarcoma femoral no metastático. Inicia ciclos de quimioterapia neoadyuvante con respuesta parcial y grado de necrosis cercano al 50%, sufriendo una angulación de la metafisis con respecto a la diáfisis, sugestivo de fractura impactada en valgo. Durante la intervención, se toman biopsias de canal medular y de cápsula articular.

**Resultados.** Resección ósea con márgenes de seguridad. Infiltración de la cápsula posterior. Protetización masiva mediante modelo Mutars® y resección capsular masiva. Postoperatoriamente, el control radiológico es satisfactorio. La resección capsular presentaba un margen de seguridad mínimo. Ha iniciado ciclos con quimioterapia adyuvante.

**Comentarios y conclusiones.** Ante la pobre respuesta a la quimioterapia neoadyuvante, el cirujano puede plantearse diferentes opciones terapéuticas: la endoprotetización compuesta, la reconstrucción compleja y la artrodesis, hubieran requerido la adición de aloinjerto, que en la rodilla suele empeorar el resultado funcional. Las prótesis de crecimiento, presentan fracasos mecánicos y deben demostrar una mayor fiabilidad. La amputación o desarticulación, es la opción más radical y traumática. En este caso, se optó por la protetización masiva, en un intento de conservación de la extremidad, dado que la resección ósea se realizó con márgenes de seguridad a pesar de la pobre respuesta a la quimioterapia neoadyuvante.

## CC 674

### TERAPÉUTICA ALTERNATIVA DEL QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO COMPLEJO MEDIANTE EMBOLIZACIÓN PERCUTÁNEA

Merino Pérez, J.; Areizaga Hernández, L.M.; Campos Alonso, O.; Ibor Ureña, I.; Pedrosa Belausteguigoitia, J.I. y Huguet Carol, R.  
*Hospital de Cruces y Hospital Sant Joan de Deu. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** El quiste óseo aneurismático (QOA) es una lesión pseudotumoral poco frecuente. Los tratamientos clásicos propuestos son los siguientes: embolización por vía intravascular, embolización percutánea y cirugía con o sin adyuvantes (como el fenol, el cemento acrílico, la cauterización, el nitrógeno líquido y los productos criogénicos). Nuestro objetivo es presentar una opción terapéutica mediante la embolización percutánea con Ethibloc®.

**Material y método.** Presentamos el caso de una paciente de 12 años, remitida de otro centro para estudio de tumoración pélvica, tras haberle sido descartada patología ginecológica.

A la exploración, se palpaba una tumoración sólida en fosa iliaca derecha y dolor a la deambulación. Las radiografías demostraban una imagen lítica insuflativa de gran tamaño. Se amplió el estudio mediante TAC, RM y gammagrafía. Se realizó diagnóstico diferencial con: Sarcoma de Ewing, y tras la biopsia fue diagnosticado de QOA.

**Resultados.** Para el tratamiento de este QOA de gran tamaño, se pensó en las siguientes opciones terapéuticas: inyecciones intraquísticas,

embolización percutánea (alcohol y zeína), criocirugía con nitrógeno líquido, radioterapia a dosis medias-bajas (20-40 Gy) y cirugía abierta. Finalmente, se decidió tratamiento mediante esclerosis con Ethibloc®. El resultado ha sido una disminución de la masa tumoral y una buena evolución clínica de la paciente.

**Comentarios y conclusiones.** Resulta interesante destacar una última terapéutica factible, destinada a estimular la osteoinducción de la membrana quística, gracias a la inyección intralesional de células procedentes de la médula ósea, técnica que se practica mediante una intervención quirúrgica con acceso limitado.

## CC 675

### EMPLEO DE ALOINJERTO MASIVO ASOCIADO A INJERTO VASCULARIZADO DE PERONÉ PARA RECONSTRUCCIÓN TRAS CIRUGÍA TUMORAL. CASO CLÍNICO

Andrés Martínez, M.; Sebastián Garrido, E.; Hernández Beneit, J.M.; Cano Luis, P. y Giráldez Sánchez, M.A.  
*Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Introducción y objetivos.** Existen múltiples técnicas descritas en la literatura para abordar defectos segmentarios óseos importantes tras cirugía tumoral. Capanna y col. describieron la asociación de autoinjerto vascularizado de peroné con aloinjerto masivo que es la técnica empleada en el caso clínico que presentamos.

**Material y método.** Paciente de 10 años remitida desde Málaga para valoración de tratamiento por la Unidad de Tumores Musculoesquelético de nuestro hospital. La paciente tras realizarse el estudio local, biosa y estudio de extensión fue diagnosticada de osteosarcoma metafiso-diafisario distal de fémur en estadio II A de Enneking.

**Resultados.** En abril del 2008 se procede al empleo de aloinjerto estructural junto a peroné vascularizado autólogo tras resección tumoral. Fijación interna proximal mediante placa SPS y distal con cuatro agujas de Kirschner. Se aportó aloinjerto no estructural a las osteotomías femorales. Tras inmovilización de 6 semanas con ferula inguinopédica, en mayo se aprecia fracaso de fijación proximal con aflojamiento de la placa. Se decidió tratamiento conservador con ortesis y actualmente existe clínica de consolidación y la paciente deambula sin ayuda.

**Comentarios y conclusiones.** El ensamblaje de aloinjerto masivo asociado a injerto vascularizado de peroné consigue mayores tasas de consolidación y con mayor rapidez que mediante el uso de uno de estos elementos de forma aislada. En nuestro caso tuvimos un fracaso de la osteosíntesis a mínimos a nivel proximal que podía haberse evitado mediante una fijación con tornillos bicorticales a expensas de comprometer la viabilidad del peroné vascularizado.

## CC 676

### LINFOMA ÓSEO EN PACIENTE JOVEN

Amores Solano, J.A.; González Muñoz, M.; Martín Enrique, J.M.; López Alonso, S.; González Alconada, R. y Pescador Hernández, D.  
*Hospital Virgen de la Vega.*

**Introducción y objetivos.** El linfoma puede afectar los huesos de forma primaria o secundaria. Puede ocurrir a cualquier edad pero es más frecuente a partir de la sexta década de vida. La relación masculino:femenino es de 1,5:1. En 25% de los casos debuta con fracturas y se localiza, por lo general, en huesos largos, pelvis, costillas y vértebras. Los síntomas locales son: dolor, aumento de volumen y masa palpable, según la localización. Pueden presentarse síntomas sistémicos, como fiebre, pérdida de peso, ictericia, etc., pero también puede ser asintomático y diagnosticarse como un hallazgo.

**Material y método.** Paciente varón de 20 años, remitido a consultas externas desde urgencias por dolor en cadera izquierda de varios meses de evolución. En la radiografía se aprecia un tumor en isquion izquierdo de aspecto permeativo. El paciente es ingresado para estudio. Se solicita TAC, RMN, gammagrafía y analíticas.

**Resultados.** Tras el estudio se confirma la neoplasia y su extensión a cuello femoral izquierdo, diáfisis de húmero derecho y afectación abdominal. Se toman biopsias de isquion, adenopatías inguinales y abdominales y estudio de médula ósea, siendo el diagnóstico anatomopatológico Linfoma B difuso de célula grande de muy alto índice proliferativo.

**Comentarios y conclusiones.** El linfoma óseo, y los tumores óseos y de partes blandas en general, se deben tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de un paciente joven con dolor localizado en aparato loco-

motor. El estudio no debe demorarse, ya que el pronóstico depende en gran parte del estadio tumoral.

## CC 677

### DIAGNÓSTICO DE LESIÓN TUMORAL POSTRUMATISMO

Campos Alonso, O.; Rodríguez Palomo, J.M.; Merino Pérez, J. y Areizaga Hernández, L.  
*Hospital de Cruces.*

**Introducción y objetivos.** A propósito de un caso de tumoración en la rodilla en un paciente de dos años.

**Material y método.** Paciente de 2 años que refiere traumatismo en rodilla hace 15 meses que le produjo un hematoma localizado que a lo largo del tiempo se fue organizando en una masa de consistencia viscosa. Ahora de forma brusca el paciente ha dejado de deambular con dolor a lapalpación local de la masa en la rodilla. Se le realizan una RNM informándose de neurofibroma plexiforme. Se procede a la intervención quirúrgica realizándose extirpación de la masa por vía pararotuliana medial. Durante la intervención quirúrgica se manda la pieza a anatomía patológica y se informa de que no existen masa de células tumorales. La AP informa de tejido neurovascular postraumático.

**Resultados.** Tras un período de inmovilización con férula, el paciente vuelve a su vida normal sin problemas.

**Comentarios y conclusiones.** Presento el caso por la controversia en el resultado de la RNM que informaba de diagnóstico de probable neurofibromaplexiforme

## CC 678

### SARCOMA DE EWING EN HÚMERO TRATADO CON ALOINJERTO DE PERONÉ MATERNO

Rodríguez Palomo, J.M.; Campos Alonso, O.; Merino Pérez, J. y Vicinay Olabarria, J.I.  
*Hospital de Cruces.*

**Introducción y objetivos.** A propósito de un caso de sarcoma de ewing en humero en un niño de 7 años.

**Material y método.** Paciente de 7 años que es remitido al servicio de Traumatología por presentar osteosarcoma de Ewing a nivel de metafisis proximal de húmero izquierdo. Se procede a la intervención quirúrgica realizándose resección de la tumoración respetando epífisis e interposición del peroné materno. Al año de la intervención presenta secuestro del peroné materno y pseudartrosis pero libre de enfermedad. Se procede a una nueva intervención esta vez con el peroné del propio paciente.

**Resultados.** Tras 5 meses de la intervención, el paciente presenta una imagen Rx con formación de callo óseo.

**Comentarios y conclusiones.** Creemos que es una buena alternativa en estos casos a utilización de autoinjerto aunque estamos a la espera de un resultado final.

## CC 679

### SARCOMA PLEOMÓRFICO DE ALTO GRADO EN EXTREMIDAD INFERIOR

Rodríguez Palomo, J.M.; Campos Alonso, O.; Martín, N. y Areizaga Hernández, L.  
*Hospital de Cruces.*

**Introducción y objetivos.** A propósito de un caso de sarcoma pleomórfico de alto grado.

**Material y método.** Paciente remitida a consultas externas de Traumatología por tumoración en extremidad inferior derecha en cara posterior del muslo. La paciente presenta impotencia funcional y rotación externa en la extremidad afectada. Se procede a la realización de una ecografía, RNM y estudio anatomopatológico con resultado de proceso compatible con sarcoma. Se procede a la intervención quirúrgica realizándose extirpación del compartimento anterior de la extremidad inferior derecha y se manda a oncología para tratamiento radioterápico.

**Resultados.** Tras un año de la intervención y posteriores seguimientos la paciente no ha presentado reactivación de la enfermedad.

**Comentarios y conclusiones.** Consideramos que la cirugía altamente agresiva con márgenes libres confirmados por biopsias rápidas intraoperatorias y radioterapia postoperatoria en los sarcomas pleomórficos de

alto grado como una opción válida en su tratamiento antes de realizar una amputación.

## CC 680

### ALOINJERTO DE CADAVER COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN EL TRATAMIENTO DEL OSTEOSARCOMA EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Rodríguez Palomo, J.M.; Campos Alonso, O.; Merino Pérez, J. y Areizaga Hernández, L.  
*Hospital de Cruces.*

**Introducción y objetivos.** A propósito de un caso de tumoración en tercio proximal femoral en niño de 8 años.

**Material y método.** Se analiza el caso clínico de un varón de 8 años de edad que tras un curso evolutivo insidioso de dolor inconstante, mediante biopsia es diagnosticado de osteosarcoma de tercio proximal de fémur. Tras la realización de varios estudios de imagen, gammagrafías, RNM, se determina la extensión de la enfermedad y se procede a la intervención practicándose la resección de los 16 cm proximales de fémur sustituyéndose por aloinjerto de cadáver, tallando la cabeza femoral para reestablecer la congruencia articular, fijando el injerto con 2 tallos de Nancy intramedulares y artrodesando temporalmente la cadera con 2 agujas de Kirschner, respetando la metafisis distal del tumor y se planifica la intervención quirúrgica.

**Resultados.** Tras un período de tres meses se ha procedido a la extracción de las agujas de Kirschner permitiendo la deambulación en carga siendo el rango de movilidad de la rodilla normal. El paciente ha seguido su tratamiento quimioterápico y tras un período neutropénico ha comenzado a integrarse a su actividad cotidiana, tras un período de rehabilitación ha comenzado a realizar ejercicios de flexo-extensión de cadera (rango +20°), no se ha producido recidiva ni extensión tumoral.  
**Comentarios y conclusiones.** Consideramos como una opción válida y satisfactoria para el tratamiento del osteosarcoma la utilización de aloinjerto de cadáver Vs la amputación del paciente (Tto tradicional) aunque no deja de ser un tratamiento agresivo.

## CC 681

### LINFOMA ÓSEO EN EXTREMIDAD SUPERIOR

Rodríguez Palomo, J.M.; Campos Alonso, O.; Martín, N. y Areizaga Hernández, L.  
*Hospital de Cruces.*

**Introducción y objetivos.** A propósito de un caso (tumoración de tercio proximal de húmero). Linfoma óseo de alto grado.

**Material y método.** Paciente de 60 años, que tras un proceso insidioso de dolor en región deltoidea a la movilización, es remitida desde su centro de salud para valoración tras obtenerse una imagen lítica infiltrativa en el tercio proximal del húmero. Tras realizar estudio de extensión (RMN, TAC, gammagrafía), se determina la limitación del tumor, tras tres biopsias la AP no confirma el diagnóstico claro siendo el diagnóstico de presunción de osteosarcoma dada la alta agresividad local. Se procede a la intervención quirúrgica y tras una biopsia intraoperatoria se confirma el diagnóstico de linfoma óseo de alto grado y altamente infiltrante (10 cm proximales de húmero, deltoides, pectoral mayor, tríceps y bíceps braquial). Se procede a la resección en bloque de la masa y sustitución por prótesis MSR.

**Resultados.** Tras un período de 4 semanas se inician ejercicios de rehabilitación logrando una movilidad completa del codo, siendo el grado de satisfacción de la paciente alto.

**Comentarios y conclusiones.** Dada la falta de confirmación diagnóstica de una lesión de apariencia altamente agresiva la opción quirúrgica con resección de márgenes de seguridad es una opción válida para lograr la supervivencia del paciente, en este caso se demuestran las limitaciones en el diagnóstico de las técnicas de imagen.

## CC 682

### SARCOMA DE ALTO GRADO EN EXTREMIDAD SUPERIOR

Campos Alonso, O.; Rodríguez Palomo, J.M.; Merino Pérez, J. y Areizaga Hernández, L.  
*Hospital de Cruces.*

**Introducción y objetivos.** A propósito de un caso de tumoración en antebrazo.

**Material y método.** Paciente de 69a remitido desde otro centro por presentartumoración en antebrazo derecho. Habían sido realizadas varias punciones no obteniéndose diagnóstico de lesión tumoral. En la RNM: Se informaba de hematoma. Se precede a la intervención quirúrgica para toma de muestras y se observó intraoperatoriamente un gran hematoma y se manda una biopsia rápidamente informándose de sarcoma. Se procede a la extirpación del tejido tumoral. A los 2 meses los controles fueron negativos. A los 7 meses en un control en la RNM presenta recidiva tumoral. Se procede a la intervención quirúrgica y en las biopsias intraoperatorias informa de afectación del paquete neuro-vascular cubital y del nervio mediano y arteria radial por lo que se procede a la amputación a nivel del tercio distal de húmero.

**Resultados.** Tras 4 meses no se observan en los controles signos de enfermedad.

**Comentarios y conclusiones.** Existe el dilema de si hubiese sido recomendable el haber realizado una amputación en la primera intervención ante la mala evolución del caso.

## CC 683

### LIPOSARCOMA EN COMPARTIMENTO POSTERIOR DE MUSLO

Campos Alonso, O.; Rodríguez Palomo, J.M.; Martín, N. y Areizaga Hernández, L.  
*Hospital de Cruces*

**Introducción y objetivos.** A propósito de un caso de liposarcoma gigante en cara posterior de muslo izquierdo.

**Material y método.** Paciente varón de 61a que tras un curso insidioso de 1a de evolución de dolor en la región posterior de muslo derecho es remitido desde otro centro. En la exploración se palpa un tejido blando no doloroso al tacto en toda la extensión posterior del muslo. Tras las pruebas diagnósticas (ECO-RNM), se diagnostica la lesión como lipoma de 25\*10\*5 cm de dimensiones localizado en el tabique intermuscular de cara posterior del muslo derecho, entre musculatura adductora y musculatura isquiotibial que condiciona un desplazamiento con medialización del paquete vasculo-nervioso englobando el nervio ciático. Tras la intervención quirúrgica se procede a la extirpación de una gran masa de 950 g cuyo diagnóstico de confirmación tras biopsia es de lipoma.

**Resultados.** El paciente tras tratamiento rehabilitador ha conseguido una movilidad normal similar a la previa.

**Comentarios y conclusiones.** La extirpación de las masas tumorales es la principal opción válida si se pretende conseguir la curación del paciente.

## CC 684

### PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN OSTEONECROSIS POSTRADIOTERAPIA

Cuevas Pérez, A.J.; Del Fresno Molina, J.A.; Mozo Frutos, F.; Montero Milla, M. y Prieto Tarradas, C.  
*Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Córdoba.*

**Introducción y objetivos.** La terapia coadyuvante, utilizada en los procesos neoplásicos, tales como la quimioterapia y la radioterapia no están exentas de posibles complicaciones. Las complicaciones descritas más frecuentemente son la infección, la rigidez, la necrosis ósea y la fractura postradioterapia. Nuestro objetivo es valorar la sustitución articular como tratamiento de una osteonecrosis de rodilla.

**Material y método.** Se trata de un varón de 22 años con antecedente de linfoma de células B con afectación en fémur distal derecho confirmada con biopsia. Fue tratado por el Servicio de Hematología mediante ciclos de quimioterapia y radioterapia coadyuvante a nivel de rodilla. Tras los ciclos de radioterapia el enfermo comienza con dolor y deformidad progresiva en rodilla derecha. Se realiza radiología y telemetría de miembros inferiores objetivándose una deformidad de 34' valgo y una contractura en flexo de 20'. Se decide intervención quirúrgica implantándose artroplastia total de rodilla posteroestabilizada con extensiones modulares en fémur y fijación ósea con tornillos de esponjosa por mala calidad ósea.

**Resultados.** El paciente aumenta su calidad de vida consiguiendo la deambulación con ayuda de dispositivos la cual no realiza de manera preoperatoria. El balance articular que adquiere es de un déficit de extensión de 3' y un rango de flexión de 90'. El eje mecánico mantiene una alineación en valgo de 9'. Radiológicamente la evolución es satisfactoria sin existir movilización de componentes.

**Comentarios y conclusiones.** La sustitución articular constituye una alternativa adecuada para la osteonecrosis secundaria a radioterapia

## CC 685

### RECONSTRUCCIÓN CON ALOINJERTO ÓSEO Y PTC TRAS EXÉRESIS DE UN COXAL

Garrido Santa, M.I.; Araguás Biescas, A.; Peguero Bona, A.; Garrido-Santamaría, R.; Cordon Ruiz, R. y Herrera Rodríguez, A.  
*Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción y objetivos.** Mujer 54 años: condrosarcoma mesenquimal C7-D1 resecado hace tres años; mastectomía radical con linfadenectomía axilar derecha por carcinoma infiltrante ductal dos años atrás. Acude por dolor en la nalga derecha desde hace meses que ha aumentado.

**Material y método.** Rx pelvis y TAC: lesión osteolítica, ligeramente insuflante con bordes escleróticos, calcificaciones puntiformes compatibles con condrosarcoma iliaco. Estudio de extensión negativo. Biopsia: condrosarcoma grado II-I OMS Curetaje tumoración iliaco derecho y fenolización. Resección glúteo menor infiltrado, tallado de ventana en iliaco y relleno con cemento acrílico. Ocho meses después recidiva del condrosarcoma.

**Resultados.** Abordaje ileo-inguinal prolongación en T a trocanter mayor para realizar resección del condrosarcoma de coxal derecho: mediante osteotomía de masa lateral sacra y osteotomía en ramas ileo-isquio-púbicas. Aloinjerto estructurado congelado tallado para adaptarlo a osteosíntesis con cuatro placas de Sherman (dos para fijar pala iliaca al sacro, una en rama ileo-púbica y otra ileon al isquion). Se coloca PTC con cotilo constreñido cementado en el hueso de cadáver y vástago sin cementar en fémur. Comienza sedestación al mes de la intervención con ortesis anti-luxante como estabilización de PTC dcha. A los 3 meses puede caminar con un solo bastón.

**Comentarios y conclusiones.** Los condrosarcomas de grado medio y alto deben tratarse con cirugía ampliada y/o compartimental ya que no son sensibles a la quimio ni radioterapia. En la pelvis la resección con amplios márgenes y la reconstrucción pélvica es una alternativa a la hemipelvectomía cerrada (resecar la pelvis sin desarticular la cadera).

## CC 686

### TRATAMIENTO DEL SARCOMA DE EWING. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Ibor Ureña, I.; Merino Pérez, J.; Erdocia Pascual, J.; López Vinagre, E.; Múgica Santibáñez, P. y Elorriaga Elorduy, G.  
*Hospital de Cruces.*

**Introducción y objetivos.** Se realiza esta revisión con el objetivo de estudiar la epidemiología del Sarcoma de Ewing en nuestro medio, valorar los resultados terapéuticos y comprobar los factores que se relacionan con una mejor respuesta terapéutica.

**Material y método.** Se realiza una revisión sistemática de todos los Sarcomas de Ewing en edad pediátrica tratados de forma íntegra en nuestro centro entre los años 1997 y 2007. Se analizan los resultados en función de los factores preoperatorios y las diferentes opciones terapéuticas.

**Resultados.** La tasa de supervivencia libre de enfermedad a los 5 años fue del 52%. La supervivencia media en aquellos pacientes que fallecieron fue de 44 meses. La tasa de recidiva local alcanzó el 28%. El factor pronóstico con mayor importancia es la presencia de metástasis y el momento del diagnóstico, siendo el único factor con significancia estadística en nuestro estudio.

**Comentarios y conclusiones.** Nuestros resultados en cuanto a curación y supervivencia son extrapolables a los publicados en la bibliografía. El factor con mayor importancia de cara a la supervivencia ha demostrado ser la presencia de metástasis en el momento del diagnóstico.

## CC 687

### COMPLICACIONES DE LAS PRÓTESIS TUMORALES EN EDAD PEDIÁTRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ibor Ureña, I.; Merino Pérez, J.; Bollegi Zuloaga, I.; González Iglesias, J.; Blanco Santiago, D. y Rodríguez Palomo, J.M.  
*Hospital de Cruces.*

**Introducción y objetivos.** Se presenta el caso de un varón de 11 años que es diagnosticado de un Sarcoma de Ewing en fémur proximal izquierdo.

**Material y método.** Se realiza un ciclo de tratamiento con quimioterapia neoadyuvante con buena respuesta. Se propone tratamiento quirúrgico resectivo del tumor y se barajan dos opciones a la hora de la reconstrucción: la artroplastia y el injerto osteoarticular masivo. Se realiza artroplastia con prótesis tumoral y cúpula bipolar.

**Resultados.** La evolución es satisfactoria desde el punto de vista oncológico. A los 4 años de la cirugía se produce un primer episodio de luxación protésica, que posteriormente recidiva. Se comprueba que debido al crecimiento óseo la adaptación de la cúpula bipolar al acetábulo es insatisfactoria, por lo que se recambia dicha cúpula.

**Comentarios y conclusiones.** La implantación de artroplastias en pacientes que no han completado el crecimiento óseo pueden tener como consecuencia la movilización aséptica de las mismas, luxaciones, disimetrías u otro tipo de complicaciones relaciones con el crecimiento óseo.

## CC 688

### FRACTURA DE ALOINJERTO OSTEOARTICULAR SUBTOTAL DE HÚMERO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ibor Ureña, I.; Merino Pérez, J.; Hernández Tadeo, M.; Martín Egaña, I.; González Pacheco, R. y Díez López, L.  
*Hospital de Cruces.*

**Introducción y objetivos.** Se presenta el caso de una paciente de 12 años con un Sarcoma de Ewing en húmero proximal derecho a laque, tras ser sometida a quimioterapia neoadyuvante, se le practica una resección subtotal de húmero y una reconstrucción con aloinjerto.

**Material y método.** Mediante la cirugía y la quimioterapia se consigue un control tanto local como sistémico de la enfermedad. A los 2 años de la cirugía se produce una fractura proximal del injerto que es tratada mediante tallos elásticos intramedulares. Un año después se produce una fractura más distal que es tratada con una placa Philos. Dos años después se produce una nueva fractura en la punta de la placa, por lo que se implanta una placa de mayor longitud.

**Resultados.** La paciente acualmente se encuentra libre de enfermedad y se valora la posibilidad de implantar una prótesis tumoral de húmero en caso de nueva recidiva fracturaria.

**Comentarios y conclusiones.** La fractura de injerto es una complicación frecuente cuando se utilizan injertos de grandes proporciones. A la hora de tratar una fractura de injerto debe tenerse en cuenta siempre la posibilidad de que se produzcan nuevas fracturas, por lo que se debe obtener una osteosíntesis lo más estable y larga posible.

## CC 689

### TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES DE CÚBITO DISTAL: RESECCIÓN Y RECONSTRUCCIÓN

Cortés Alberola, S.; Peiró, A.; Gracia, I.; Proubasta, I. y Colomina, J.  
*Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** Los tumores de células gigantes (TCG) en estadio agresivo pueden precisar resecciones masivas que impliquen una limitación funcional residual importante. El objetivo de este estudio es presentar el caso de un TCG de localización atípica en tercio distal del cúbito, con afectación de la articulación radiocubital distal.

**Material y método.** Se trata de un paciente de 56 años que presenta un tumor de células gigantes de 8 cm en tercio distal de cúbito, que afecta la articulación radiocubital distal, con una gran insuflación cortical y una importante masa de partes blandas. Se practicó una resección amplia, de 10 centímetros, de cúbito distal incluyendo la articulación. Se reconstruyó con una prótesis de cúbito distal (Scheker Distal Radio-Ulnar Joint Prótesis or Apts R distribuida por Best medic). Se utilizó un injerto óseo homólogo intercalar de un centímetro.

**Resultados.** Los resultados funcionales han sido buenos. La prótesis de cúbito distal nos permitió realizar una resección amplia y completa de un tumor en el que el curetaje habría sido una opción insuficiente, debido a la invasión cortical y articular y a la masa de partes blandas.

**Comentarios y conclusiones.** A pesar del corto seguimiento del paciente, de únicamente un año, presentamos esta reconstrucción de cúbito distal porque pensamos que una cirugía de resección simple, sin reconstrucción, podría ser una causa de atrapamiento radial y de limitación de la pronosupinación.

## CC 690

### LIPOMA INTRAÓSEO. A PROPÓSITO DE TRES CASOS

Cabanes Soriano, F. y Sangüesa Nebot, M.J.  
*Hospital Arnau de Vilanova de Valencia.*

**Introducción y objetivos.** El lipoma intraóseo es considerado uno de los tumores primarios benignos óseos más raros. Hasta hace poco tiempo sólo podía diagnosticarse tras estudio con Anatomía Patológica. La introducción de la Resonancia Nuclear Magnética (RMN) en el estudio de una lesión quística permite su diagnóstico.

**Material y método.** Presentamos tres casos clínicos de lipomas intraóseos: dos a nivel de calcáneo y uno en la metáfisis proximal de tibia. Evaluamos su diagnóstico, la actitud terapéutica y evolución clínica.

**Resultados.** Ninguno de los casos ha sido intervenido y todos los pacientes permanecen asintomáticos.

**Comentarios y conclusiones.** La existencia de un arma diagnóstica que permite de forma no invasiva su diagnóstico y dadas la benignidad de esta entidad y el que no se hayan publicado fracturas patológicas, hace dudar que deba realizarse tratamiento quirúrgico de los lipomas intraóseos asintomáticos incluso en los casos con afectación de la cortical con aparente peligro de fractura.

## CC 691

### HEMATOMA RECIDIVANTE EXPANSIVO EN MUSLO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN HISTIOCITOMA FIBROSO MALIGNO

Merino Pérez, J.; Areizaga Hernández, L.M.; Campos Alonso, O.; Ibor Ureña, I.; Martín Larrañaga, N. y Rodríguez Palomo, J.M.  
*Hospital de Cruces.*

**Introducción y objetivos.** Una masa de crecimiento rápido en una extremidad debe hacernos sospechar la posibilidad de una neoplasia. Los Sarcomas de partes blandas en fase de crecimiento rápido pueden ser confundidos con abscesos o hematomas., y por tanto, ser subsidiarios de un desbridamiento poco aconsejable.

**Material y método.** Mujer de 84 años que tras punciones evacuadoras repetidas presenta un hematoma gigante secundario a un traumatismo banal ocurrido 10 días antes en muslo derecho. Tras el estudio mediante resonancia y arteriografía, se presenta el siguiente diagnóstico diferencial: 1. Lesión de Morel-Lavallée, o hematoma crónico expansivo. 2. Liposarcoma hemorrágico. 3. Malformación vascular. 4. Tumor benigno de células gigantes. 5. Metástasis de carcinoma con células de aspecto epitelioides.

**Resultados.** El estudio histopatológico lo define como un histiocitoma fibroso maligno de células gigantes. Ante el rechazo de la paciente a un tratamiento radical, se decide un abordaje anterior para la resección amplia semicompartimental, previa punción evacuadora de 5,5 litros de líquido hemático. A los 6 meses, la paciente falleció.

**Comentarios y conclusiones.** El Histiocitoma Fibroso Maligno es un tumor raro (3-4% de los sarcomas en las series recientes) que suele aparecer en varones entre los 30 y 60 años, y al que su carácter extra-compartimental le confiere una agresividad que se debe traducir en resecciones amplias y tratamientos adyuvantes. La radioterapia parece mejorar sustancialmente el control local de esta enfermedad, mientras que la quimioterapia está indicada en aquellos SPB de alto grado y mal pronóstico, previa valoración de la situación clínica y los efectos secundarios.

## CC 692

### FACTORES PRONÓSTICOS DEL OSTEOSARCOMA. REVISIÓN DE CASOS EN NUESTRO CENTRO

López Vinagre, E.; Múgica Santibáñez, P.; Bollegi Zuloaga, I.; Larrinaga, R.; Erdocia Pascual, J. y González Pacheco, R.  
*Hospital de Cruces.*

**Introducción y objetivos.** Se realiza una revisión de los casos de Osteosarcoma en el Hospital de Cruces en los últimos 15 años, con el objetivo de determinar los factores pronósticos más significativos en nuestro medio.

**Material y método.** Se realiza una revisión sistemática de todos los Osteosarcomas registrados y tratados de forma íntegra en nuestro centro entre los años 1992 y 2007. Se analizan los resultados intentando

determinar los factores relacionados con la supervivencia de los pacientes.

**Resultados.** En nuestra serie, la localización del osteosarcoma, la extensión o posibilidad de resección del mismo, el subtipo histológico y la tasa de necrosis tumoral son los factores pronósticos más significativos con respecto a la supervivencia de los pacientes.

**Comentarios y conclusiones.** Nuestros resultados en cuanto a curación y supervivencia son similares a los publicados en la bibliografía, siendo los factores pronósticos más relevantes la extensión del tumor y la tasa de necrosis tumoral.

## CC 693

### TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES EN EPÍFISIS PROXIMAL DE FEMUR

Laredo Rivero, R.; Polo Simón, F.; Menéndez Martínez, P.; Cibantos Martínez, R.; Martínez González, C. y Delgado Alcalá, V.

*Hospital Virgen de La Salud. Toledo.*

**Introducción y objetivos.** El tumor de células gigantes es una neoplasia de bajo grado que aparece en epífisis o metafisis de hueso largo como lesión solitaria y sintomática cuando hay osteolisis importante. Aunque benigno, tiene tendencia destructiva ósea, recidiva local, e incluso metástasis al pulmón, ganglios linfáticos, o transformación maligna. Presentamos un caso de lesión lítica en paciente joven diagnosticado como tumor de células gigantes.

**Material y método.** Paciente de 18 años acude consulta por dolor inguinal que aumenta con el ejercicio. Se realiza radiografía encontrando lesión lítica localizada excéntricamente en el cuello femoral. Se solicita RMN concluyendo como lesión lítica quística que como diagnóstico diferencial incluye la displasia fibrosa, el histiocitoma fibroso benigno o el tumor de células gigantes. Se realiza cirugía de curetaje e introducción injerto autólogo concluyendo la anatomía patológica como tumor de células gigantes. Durante el postoperatorio el paciente refiere caída y sufre fractura transcervical cadera realizándose síntesis mediante clavos canulados.

**Resultados.** Se evidencia ausencia de recidiva del tumor sin otras complicaciones.

**Comentarios y conclusiones.** La existencia de imágenes radiográficas sugerentes de quistes simples nos deben hacer sospechar otro tipo de patologías más agresivas. El TCG es generalmente benigno pero tiene complicaciones como la fractura del hueso, metástasis pulmonar, incluso la transformación en tumor maligno. El diagnóstico radiográfico es sencillo y eficaz, y su tratamiento obtiene buenos resultados mediante curetaje intenso de la lesión e introducción de injerto. Además debemos tener en cuenta la necesidad de fijación quirúrgica de determinadas lesiones de forma preventiva.

## CC 694

### EXTIRPACIÓN DE GRAN LIPOMA EN CARA POSTERIOR DE BRAZO

Palazuelos Blanco, L.; Areizaga Hernández, L.M.; Múgica Santibáñez, P.; Díez López, L.; López Vinagre, E. y Abdul-Sayed Valdeolmillos, A.

*Hospital de Cruces, Barakaldo, Vizcaya.*

**Introducción y objetivos.** Se presenta el caso de un varón de 61 años que consulta por pequeña tumoración blanda en brazo derecho, de varios años de evolución.

**Material y método.** Se realiza estudio ecográfico que informa de la presencia de una masa de 12 x 13 x 4 cm; y estudio mediante Resonancia Magnética, que informa de masa de grandes dimensiones (18 x 22 x 6,5 cm) alojada en el interior del músculo tríceps. La anatomía patológica es compatible con lipoma. Se interviene a través de abordaje axilar y posterior, comprobándose la íntima relación de la masa con los vasos profundos del brazo, así como con el plexo nervioso, que emite ramas que estrangulan parcialmente la tumoración en dos zonas.

**Resultados.** El curso postoperatorio es favorable. La movilidad y sensibilidad distales se mantienen conservadas.

**Comentarios y conclusiones.** La extirpación quirúrgica de un tumor benigno de partes blandas puede llegar a ser un procedimiento técnicamente muy complejo. El riguroso estudio preoperatorio por imagen debe ser considerado siempre como parte esencial de un proceso diagnóstico-terapéutico reglado y sin complicaciones imprevistas.

## CC 695

### LIPOSARCOMA CUÁDRICEPS

Casas Dührkop, D.; Rupérez Vallejo, M.; Estellés Marcos de León, L.; y Martínez Agüeros, J.A.

*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

**Introducción y objetivos.** el liposarcoma supone el 1% de los tumores malignos y se da con mayor frecuencia entre los 50-65 años. La localización más frecuente es en muslos y retroperitoneo.

**Material y método.** presentamos el caso de un varón de 50 años con tumoración en vasto externo de muslo de meses de evolución. Se realizó RM con biopsia con diagnóstico de liposarcoma. Se realizó una extirpación amplia reseccando la tumoración junto con fémur, parte proximal de tibia y cara articular de la rótula sin abrir la articulación. Se respetó la parte extraarticular de la rótula, musculatura isquiotibial y vasto interno. Se colocó una prótesis de reconstrucción tumoral reinsertando sobre ella la musculatura aductora e isquiotibial. El aparato extensor se reconstruyó con una plastia de tendón aquileo de banco de tejidos y el vasto interno.

**Resultados.** El paciente a los 4 meses de la intervención se encuentra bien recuperando la movilidad de la rodilla. Los TAC corporales son negativos para metástasis.

**Comentarios y conclusiones.** El tratamiento de los liposarcomas es la extirpación con márgenes amplios de la tumoración. La reconstrucción del aparato extensor tiene varias opciones siendo la reconstrucción con plastia de tendón aquileo una de ellas.

## CC 696

### EMPLEO DE ALOINJERTO DE PERONÉ MATERNO EN EL TRATAMIENTO DE OSTEOSARCOMA DE HÚMERO PROXIMAL PEDIÁTRICO

López Vinagre, E.; Múgica Santibáñez, P.; Palazuelos Blanco, L.; Abdul-Sayed Valdeolmillos, A.; Elorriaga Sagarduy, G. y Rodríguez Iñigo, M.A.

*Hospital de Cruces.*

**Introducción y objetivos.** Se presenta el caso de un niño de 5 meses de edad diagnosticado de osteosarcoma de humero proximal izquierdo en nuestro centro.

**Material y método.** Tras 3 ciclos de quimioterapia neoadyuvante, se decide la resección del tumor y colocación de injerto intercalar de peroné materno, fijado con dos agujas Kirschner intramedulares.

**Resultados.** Dos años después se evidencia la ausencia de consolidación en el foco distal del injerto. Se decide abordar el foco, se toman biopsias intraoperatorias de la zona y se realiza curetaje de los extremos. Se toma injerto autólogo de cresta iliaca del paciente y se fija nuevamente con dos agujas Kirschner. Tres años después se confirma la consolidación completa del foco de pseudoartrosis.

**Comentarios y conclusiones.** El empleo de aloinjerto de peroné materno puede ser útil como alternativa en el tratamiento de tumores óseos de niños de corta edad, en los que la utilización de autoinjertos puede estar limitada o asociar gran morbilidad.

## CC 697

### DOLOR TARDÍO EN MUSLO TRAS ENCLAVADO ENDOMEDULAR

Iftimie, P.; Marsol Puig, A.; Rovira Martí, M.P.; Raventós Estellé A. y Giné Gomà, J.

*Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona.*

**Introducción y objetivos.** El osteoma osteoide es una lesión benigna, representando 10% de los tumores óseos benignos. Se presenta el caso clínico de un paciente con dolor tardío en muslo tras enclavado endomedular, diagnosticándose de osteoma osteoide en el foco de fractura.

**Material y método.** Varón de 30 años de edad refiere dolor en muslo derecho de 7 meses de evolución. Antecedentes: politraumatismo 17 meses antes, presentando fractura cerrada, diafisaria del 1/3 medio fémur derecho tratada con clavo endomedular. El dolor, aparece a los 10 meses de la osteosíntesis, con empeoramiento nocturno, que mejoran con ALNES. Estudio analítico: leucocitos, PCR y VSG normales. En la radiografía: clavo endomedular sin signos de aflojamiento con consolidación foco de fractura. Gammagrafía ósea: foco osteoactivo aséptico en 1/3 medio de

la diátesis del fémur en relación a fractura antigua. Se realiza extracción material osteosíntesis y fresado del canal medular. El dolor persiste y una nueva radiografía muestra una imagen lítica ovalada de 15 mm de diámetro en el antiguo foco de fractura. Se completa el estudio con TAC y RM que sugieren secuestro óseo en callo de fractura. Se realiza resección con curetaje de la lesión, que se envía para estudio microbiológico e histológico.

**Resultados.** El paciente presenta mejoría clínica inmediata con desaparición completa del dolor después de la intervención. El estudio anatomopatológico informa de osteoma osteoide. Los cultivos son negativos. Tras 6 meses, el paciente se encuentra asintomático.

**Comentarios y conclusiones.** Los osteomas osteoides que asienten sobre callos de fractura como el caso presentado, son muy poco frecuentes, según la bibliografía consultada.

## CC 698

### CASO CLÍNICO: GRANULOMA EOSINÓFILO EN EXTREMIDAD PROXIMAL DEL FÉMUR. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO.

Torres Pérez, A.I.\* y Tricoire Jean Louis, P.J.

\*Hospital de Cabueñes-Gijón. \*\*Ranguel-Toulouse-Francia.

**Introducción y objetivos.** El granuloma eosinófilo es la manifestación más frecuente de la histiocitosis de células de Langerhans. Se desconoce la causa que hace que proliferen las células, tal vez sea autoinmune. Pueden afectarse todos los huesos salvo los del carpo y tarso.

**Material y método.** Varón de 18 años que acude a consulta por dolor de cadera derecha. En la radiografía se ve una imagen osteolítica con bordes geográficos. Ante el riesgo de fractura se decide realizar una biopsia junto a una limpieza, aloinjerto y osteosíntesis.

**Resultados.** El resultado anatomopatológico de la biopsia mostró la presencia de células de Langerhans positivas para el anticuerpo anti-CD1a. El seguimiento del paciente se hizo cada 3 meses. 12 meses tras la intervención el paciente continúa con dolor por lo que se realiza una nueva limpieza e injerto, esta vez de su cresta iliaca. Al mismo tiempo se repitieron todas las pruebas para descartar una osteomielitis circunscrita subaguda. Al año, el paciente no tiene dolor, y el injerto parece integrado. Presenta una disimetría de 1'5 cm; por lo que lleva una plantilla de 7 mm.

**Comentarios y conclusiones.** Cuando el paciente tiene un granuloma eosinófilo único, la cirugía es una forma de diagnóstico y tratamiento. También pueden inyectarse corticoides para generar una reacción de esclerosis ósea alrededor de la lesión. Reconocer el granuloma eosinófilo es algo importante en la clínica diaria ya que su clínica e imagen pueden inducirnos a error al confundirse con un sarcoma de Ewing o una osteomielitis subaguda. Es importante saber que la mayoría tiene buena evolución tras el tratamiento. Cuanto más joven es el paciente más posibilidades tienen para que la evolución pueda ser grave por lo que estos pacientes deben tener un seguimiento estrecho.

## CC 699

### HEMIPLECTOMÍA INTERNA EN ADOLESCENTE CON OSTEOSARCOMA PÉLVICO

Abat, F.; Gracia, I.; Peiró, A.; Soria, L.; Carrera, I.; Doncel, A. y Majó, J.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

**Introducción y objetivos.** Las tumoraciones malignas esqueléticas representan el uno por mil de todos los cánceres, sin embargo el sarcoma osteogénico o osteosarcoma se da en aproximadamente el veinte por ciento de los tumores óseos primarios y en el cuarenta por ciento de los tumores óseos malignos. Tiene una incidencia creciente de entre dos y tres por millón de habitantes. Con estas cifras podemos deducir que en España tenemos unos cien casos nuevos cada año. Queremos mostrar mediante la ilustración de un caso, el diagnóstico y tratamiento de un osteosarcoma situado en la pelvis.

**Material y método.** Paciente de catorce años que inicia clínica de dolor en cadera derecha de origen incierto y que se prolonga durante seis meses antes de acudir a nuestro centro. En la radiografía se aprecia una lesión osteolítica en zona sacro iliaca derecha. La gammagrafía muestra una hipercaptación en esta zona. La resonancia magnética identifica una gran masa tumoral de diez por doce centímetros en hueso iliaco extendida a hemisacro y partes blandas de glúteo y psaos. Biopsia confirma

la sospecha de sarcoma osteogénico condroblástico. Recibe tratamiento quimioterápico sin respuesta por lo que se realiza hemipelvectomía interna derecha hasta sacroiliacas más homoinjerto. Se produjo infección de la herida quirúrgica que se trató mediante desbridamiento y colgajo libre con microcirugía del dorsal ancho.

**Resultados.** Tras un año de seguimiento el paciente presenta buena evolución sin evidencias de recidiva local o metastásica.

**Comentarios y conclusiones.** El tratamiento quirúrgico ha ofrecido resultados satisfactorios ante la mala respuesta a la quimioterapia.

## CC 700

### BURSITIS HEMORRÁGICA COMO DEBUT DE SARCOMA DE PARTES BLANDAS

Cortés Muriel, L.; Álvarez, P.; Ayerbe, F.; Charcán, A. y Sanz, A. Servicio C.O.T. del Hospital San Eloy, Barakaldo (Bizkaia).

**Introducción y objetivos.** A propósito de un caso de bursitis hemorrágica de rodilla como primer síntoma de un sarcoma de partes blandas.

**Material y método.** Una paciente de 92 años presenta bursitis de rodilla hemorrágica sin traumatismo previo, con analítica y radiografía sin hallazgos patológicos. Se realiza drenaje y desbridamiento, pero recidiva. Ante la sospecha de posible patología maligna se solicita RMN: tumoración de partes blandas que rodea al tendón rotuliano con signos de sangrado, extensión intraósea e intramuscular. Aconsejan descartar sarcoma. La única solución curativa es la amputación, que la paciente rechaza.

**Resultados.** Ante la imposibilidad de convencer a nuestra paciente para la ciugía, se continúan realizando curas, desbridamiento y drenaje de la lesión, pero va creciendo, ulcerando la piel y termina por infectarse. También precisa controles analíticos periódicos y transfusiones por ser sangrante. Pero a pesar del dolor, la infección con riesgo de sepsis, la posibilidad de desarrollar metástasis a distancia y la impotencia para la deambulación, la paciente sigue rechazando el tratamiento quirúrgico.

**Comentarios y conclusiones.** Ante una bursitis hemorrágica sin antecedente traumático debe descartarse siempre una patología maligna, y debe premiar la curación frente al componente estético o a la funcionalidad. Las prótesis ortopédicas ofrecen a los pacientes poder desarrollar una vida activa y autónoma. En nuestro caso, la amputación no era sólo un tratamiento curativo sino también una mejora importante de la calidad de vida, ya que habría aliviado el dolor, resuelto la infección y le habría permitido recuperar la deambulación con una prótesis ortopédica.

## CC 701

### TUMOR PARDO ÓSEO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO

Calzada Expósito, V.; Merino Carretero, P.; Oteo Maldonado, J.A.; García Revuelta, B. y Pascual del Hoyo, S.

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada. Madrid.

**Introducción y objetivos.** El tumor pardo ("Brown tumour") es una lesión ósea uni o multifocal, asociada al hiperparatiroidismo, de tal modo que en muchas ocasiones su regresión se relaciona con la resolución del desorden metabólico que lo produce. Se trata de lesiones óseas localmente destructivas debido a una rápida resorción ósea, por lo que en ocasiones puede confundirse con tumores óseos primarios malignos.

**Material y método.** Se presenta el caso de una mujer de 50 años, sin antecedentes médicos de interés, remitida por MAP por lesión lítica 1/3 distal cúbito dcho, como hallazgo casual tras un traumatismo banal. Refiere dolor y sensación de tumoración a ese nivel con crecimiento progresivo. Exploración clínica: Tumoración de unos 4 cm en borde cubital tercio distal de antebrazo derecho de consistencia dura, no adherida a piel, dolorosa a la palpación. Balance articular completo de muñeca derecha. Pruebas complementarias: Rx: lesión lítica expansiva en 1/3 distal cúbito dcho, con afectación cortical. TC: Lesión lítica con características agresivas (ruptura de la cortical y afectación de partes blandas) en extremidad distal de cúbito derecho, sugerente de condrosarcoma como primera posibilidad. RM: Lesión lítica de bordes bien definidos centromedular que mide 5x1,3 cm de diámetro máximo expansiva con discontinuidad en la cortical y discreta afectación de partes blandas adyacentes hipointensa en T1, hiperintensa en T2 y Stir. Estos hallazgos unidos a las otras pruebas de imagen sugieren displasia fibrosa como primera posibilidad sin descartar tumor pardo, encondroma, metástasis o mieloma.



**Resultados.** Se realiza biopsia incisional sobre lesión lítica en cúbito derecho: Imagen histológica compatible con tumor pardo de hiperparatiroidismo

**Comentarios y conclusiones.** El tumor pardo es una lesión focal diferenciada de otros tumores de células gigantes por la presencia de hiperparatiroidismo. Pueden verse como primera manifestación de un hiperparatiroidismo primario. El diagnóstico diferencial debe hacerse principalmente con tumores de células gigantes, granulomas, quistes óseos aneurismáticos, osteocondromas, condroblastomas, sarcomas y metástasis de carcinomas. El tratamiento del hiperparatiroidismo puede ser suficiente para provocar la desaparición de los tumores pardos. En casos persistentes puede ser necesaria la exéresis o el curetaje y relleno de injerto.

## CC 702

### DEGENERACIÓN SARCOMATOSA DE XANTOMA ÓSEO

Herrera Mera, P.; De Frías González, M.; Sánchez del Campo Arriola, I.; Pérez Aguilar, D.; Moros Marco, S. y Martínez Limón, C.  
*Hospital Ramón y Cajal, Madrid.*

**Introducción y objetivos.** El xantoma óseo es un tumor óseo primario benigno extremadamente raro. Son lesiones líticas a menudo asociadas con disrupción de la cortical. Por su apariencia radiológica es necesario descartar otros tumores óseos primarios y metastásicos. No hay referencias bibliográficas sobre la transformación sarcomatosa de estos tumores.

**Material y método.** Presentamos un caso clínico de una mujer de 42 años en seguimiento por la unidad de tumores desde hace 2 años. En 2007 es derivada desde otro centro tras detectarse una lesión lítica en fémur distal izquierdo por lo que se realizó biopsia, compatible con xantoma óseo. Durante el seguimiento con resonancias periódicas, la lesión evolucionó de forma agresiva radiológicamente por lo que se realiza nueva biopsia compatible con tumor fusocelular de bajo grado de malignidad. Se decide intervención quirúrgica mediante resección de la lesión y artroplastia tumoral de rodilla tipo GMRS. El análisis anatomopatológico de la pieza quirúrgica da como resultado un osteosarcoma parostal con zonas de desdiferenciación a osteosarcoma de alto grado.

**Resultados.** La paciente evolucionó favorablemente de la intervención. Se logro un adecuado control local de la enfermedad con conservación de la extremidad y buena funcionalidad de la rodilla. Hasta ahora no tenemos evidencias de enfermedad metastásica.

**Comentarios y conclusiones.** El xantoma óseo es un tumor benigno extremadamente raro con menos de cincuenta casos informados en la literatura. No existen referencias bibliográficas previas sobre la degeneración sarcomatosa de estos tumores.

## CC 703

### COXALGIA EN VARÓN DE 80 AÑOS CON ANTECEDENTE DE NEOPLASIA DE VEJIGA

Vilà, G.; Martínez-Díaz, S.; Ramírez, M.; León, A. y Cáceres, E.

**Introducción y objetivos.** Presentamos el caso de un paciente de 80 años que consulta por coxalgia I de características mecánicas y meses de evolución. En radiología destaca lesión lítica a nivel del iliaco I.

**Material y método.** Paciente varón de 80 años con antecedente de RTU por carcinoma de células transicionales de vejiga el año 1997, considerado libre de enfermedad en el último control el año 2002. Se realiza estudio con RMN que evidencia una masa en continuidad con la lesión del iliaco que desplaza vejiga y grandes vasos. Se realiza biopsia abierta por vía antero-lateral de cadera en 2 ocasiones, la primera sale negativa para células malignas y en la segunda se detectan células uroteliales. Se orienta como carcinoma de origen urotelial.

**Resultados.** Dado que la resección intrapélvica de la lesión no es posible se realiza tratamiento paliativo con quimioterapia. La respuesta inicial no es satisfactoria, la lesión osea progresa y el dolor se incrementa. Se decide cirugía paliativa con anillo de contención tipo GAP + PTC I. Actualmente el paciente no presenta dolor en reposo ni a la deambulación, pendiente de iniciar el segundo ciclo de quimioterapia.

**Comentarios y conclusiones.** La perforación vesical post resección transuretral de tumores condiciona frecuentemente complicaciones locales inmediatas y recidivas extravesicales del tumor. La diseminación por contigüidad al iliaco es excepcional y de difícil tratamiento radical.

## CC 704

### CASO CLÍNICO: FALSO QUISTE HIDATÍDICO

Torres Pérez, A.I.; Fernández Villán, M.; González Sastre, V. y Moro Luis, M.A.  
*Hospital de Cabueñes-Gijón.*

**Introducción y objetivos.** La hidatidosis es una zoonosis producida por parásitos Echinococcus. El hombre se contagia a través del perro o al ingerir vegetales- agua contaminada por huevos que los perros eliminan en sus heces. En estos huevos están los embriones que penetran a través de la mucosa intestinal y pasan a través de la vena porta a diferentes órganos donde forman quistes hidatídicos.

**Material y método.** Varón 56 años que presenta un bultoma no doloroso en región medial muslo derecho de meses evolución, con rápido crecimiento. RM: quiste con pared de doble capa y contenido líquido compatible, según el radiólogo, con un quiste hidatídico. TAC torácico-abdominal: descarta diseminación de la enfermedad y afectación de otros órganos. El quiste se extirpó completamente tras haber extraído su contenido y rellenarlo con alcohol puro. Los hallazgos intraoperatorios parecían compatibles con el diagnóstico por imagen de quiste hidatídico.

**Resultados.** Al recibir el resultado anatomopatológico el diagnóstico pasó a ser: Tumor de células gigantes de partes blandas con bajo potencial de malignización (quiste, generalmente de más de 10 cm. de diámetro, de paredes gruesas y fibrosas y de contenido hemático. La luz está ocupada por sangre, fibrina, tejido de granulación con inflamación crónica y calcificación metaplásica).

**Comentarios y conclusiones.** El Tumor de células gigantes de partes blandas con bajo potencial de malignización, es una neoplasia benigna, que puede inducirnos a errores de diagnóstico. Ante toda masa tumoral se debe esperar a tener el resultado anatomopatológico para tener el diagnóstico de certeza.

## CC 705

### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES

Coll Mesa, L.; González Gaitano, M.; Vega Sanginés, J.; Hernández De León, N.; Sánchez Hernández, P. y Ayala Rodrigo, A.  
*Hospital Universitario de Canarias.*

**Introducción y objetivos.** El Tumor de Células Gigantes es una neoplasia intramedular compuesta por células estromales mononucleares y células gigantes multinucleadas con capacidad osteoclastica. Representa el 5% de todos los tumores óseos y el 20% de todos los tumores benignos hallándose preferentemente en la región metafiso-epifisaria de huesos largos de adultos jóvenes. Presenta un potencial de crecimiento impredecible con riesgo de transformación sarcomatosa.

**Material y método.** El tratamiento de elección en la mayoría de las ocasiones es la cirugía. Dada la posibilidad de recidiva el cirujano debe conocer las técnicas más habituales. Realizamos una revisión de los procesos quirúrgicos destacando aquellos donde es necesaria la resección en bloque y la reconstrucción articular.

**Resultados.** Se han obtenido tanto con técnicas de curetaje y terapia adyuvante como con técnicas de reconstrucción tras resección en bloque un bajo índice de recidiva y óptimos resultados funcionales.

**Comentarios y conclusiones.** El Tumor de Células Gigantes debe ser cuidadosamente tratado con el fin de eliminar la lesión, evitar recidivas, restaurar la función y reincorporar al paciente a una actividad sociolaboral adecuada en la mayor brevedad posible.

## CC 706

### TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES HÚMERO PROXIMAL ESTADIO 3

De Frías González, M.; Sanz Hospital, F.; Martín López, C.; Guerra Vélez, P.; Hernanz González, Y. y López González, D.  
*Hospital Sanitas La Moraleja, Madrid.*

**Introducción y objetivos.** El Tumor de Células Gigantes es una neoplasia ósea benigna compuesta por células estromales mononucleares y células gigantes multinucleares del tipo osteoclasto en un tejido ricamente vascularizado. En ocasiones muestra agresividad local, alto índice de recurrencia tras la resección intralesional y puede metastatizar al pulmón.

**Material y método.** Presentamos el caso clínico de un varón de 42 años con diagnóstico de fractura patológica de cuello quirúrgico de húmero derecho, en el estudio de imagen se observa una lesión osteolítica a nivel de húmero proximal que en dos meses evoluciona a afectación global metafioepifisaria proximal hasta hueso subcondral por lo que se decide realizar resección amplia y reconstrucción con hemiartroplastia tumoral del húmero proximal.

**Resultados.** A los 6 meses sufre una fractura periprotésica tras caída accidental que es tratada con reducción abierta, tablas de aloinjerto cortical y osteosíntesis con placa-tornillos-cerclajes. En el seguimiento con TAC torácico se aprecian adenopatías axilares ipsilaterales, la biopsia por PAAF de las mismas informa de no recurrencia tumoral, y nódulo pulmonar inespecífico.

**Comentarios y conclusiones.** El tratamiento de elección del tumor de células gigantes en estadios 1 y 2 es la resección intralesional, tratamiento adyuvante local y relleno con injerto o cemento. En el estadio 3 se recomienda un tratamiento más agresivo, por su alta incidencia de recurrencia local, del tipo de resección amplia y reconstrucción con aloinjertos masivos o la artroplastia tumoral. La fractura patológica dificulta la decisión terapéutica. En el seguimiento es obligado el control de posible recurrencia local y enfermedad metastásica.

## CC 707

### LNH DE CÉLULAS T CITOTÓXICAS VARIEDAD PANICULÍTICA EN REGIÓN DEL MUSLO

Mora Fernández, M.I.; García Güemes, F.; Rodríguez Salazar, I.; Blanco Pozo, A.; Aboli Martínez, L. y Contreras Citores, Y.  
*Hospital General Yagüe.*

**Introducción y objetivos.** El linfoma T subcutáneo paniculítico es un tumor agresivo de muy baja incidencia que afecta principalmente a pacientes de mediana edad, sin distinción entre sexos. Se trata de una proliferación maligna de linfocitos T en los lobulillos de tejido adiposo y se manifiesta en forma de nódulos subcutáneos que afectan principalmente a las extremidades. El objetivo del presente es resaltar la importancia de la Anatomía Patológica de todas las muestras tomadas.

**Material y método.** Presentamos el caso de una paciente de 37 años que manifiesta una tumoración eritematosa en forma de placa de 4.5 cm de diámetro, dolorosa, de un mes de evolución en región supero-externa de muslo izquierdo que incrementa su tamaño y dureza. Se realizan RX, ECO, RMN y Gammagrafía, que no logran diferenciar entre un proceso tumoral, infeccioso o inflamatorio. La PAAF aconseja la realización de biopsia.

**Resultados.** La AP revela el diagnóstico de LNH células T citotóxicas paniculítico. En ese momento la paciente se deriva al servicio de Hematología quienes inician el tratamiento con de quimioterapia más radioterapia. Se realiza un PET que manifiesta captación intensa de 10-15 cm que corresponde a la zona de la lesión.

**Comentarios y conclusiones.** Tras el 4º ciclo de CHOP, se realiza PET de control, en el que se observa una clara respuesta favorable, que se mantendrá al final de la terapia CHOP y de la radioterapia de consolidación. Como conclusión destacar la ayuda que supone al diagnóstico la Anatomía Patológica ya que en un principio las pruebas de imagen no pudieron afinar el diagnóstico.

## CC 708

### DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL OSTEOMA OSTEODE MEDIANTE TAC Y ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA

Alonso Domínguez, S.; Rubio Álvaro, M.C.; Muñoz García, N.; Martínez González, C.; Menéndez Martínez, P. y Hermida Alberty, A.  
*Hospital Virgen de la Salud. Toledo.*

**Introducción y objetivos.** Osteoma osteoide: lesión benigna, formada por zona radiolúcida o nidus de tejido osteoide envuelto por zona reactiva de hueso escleroso. 10% de todos los tumores óseos benignos. Afecta a varones (2:1) jóvenes. Clínica: dolor local, típicamente de predominio nocturno, que frecuentemente calma con aspirina. Otros: alteraciones del crecimiento, deformidad ósea, escoliosis dolorosa y sinovitis, restricción de movilidad y contractura si localización articular. Tratamiento clásico: cirugía abierta con resección de la lesión y aporte de injerto, inyección de corticosteroides y etanol. Más recientemente, ablación percutánea por radiofrecuencia guiada por TAC.

**Material y método.** Varón 13 años, sin antecedentes de interés. Acude a Pediatría por dolor en cara interna de muslo derecho de 5 meses de

evolución, tras hacer deporte, que ha ido en aumento. Solicitan Rx, RMN y Gammagrafía y plantean diagnóstico diferencial granuloma eosinófilo, sarcoma de Ewing y osteomielitis subaguda. Remitido a Ortopedia infantil: Biopsia negativa, TAC: osteoma osteoide.

**Resultados.** Se realiza ablación percutánea de la lesión mediante radiofrecuencia guiada por TAC. Dolor desaparece a las horas tras cirugía, permaneciendo asintomático 9 meses. Recidiva. Nueva ablación. Asintomático tras 3 años.

**Comentarios y conclusiones.** Retraso diagnóstico y terapéutico debido al amplio diagnóstico diferencial propuesto. Se demuestra que la RMN no es de elección para estudio de las lesiones óseas, sino el TAC. La ablación por radiofrecuencia guiada por TAC es una buena alternativa de tratamiento, incluso en las recidivas, siendo un método efectivo, seguro y con pocas complicaciones (menos 1% de los casos).

## CC 709

### GRANULOMA EOSINÓFILO DEL ALA ILÍACA EN UNA NIÑA DE TRES AÑOS: RESOLUCIÓN ESPONTÁNEA EN SEIS MESES

Pérez Mañanes, R.; Riguelme García, O.; Muñoz Ledesma, J.; López Soto, V.; González Prieto, F. y Torre Pérez, O.  
*H.G.U. Gregorio Marañón. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) es una enfermedad granulomatosa con una incidencia de 1/200.000 por año en niños menores de 15 años. Entre el 50-75% de los casos de HCL son lesiones monostóticas unifocales (granuloma eosinófilo), siendo la localización más frecuente en edad pediátrica la columna y pelvis.

**Material y método.** Presentamos el caso de una niña de tres años que acude a consulta por cojera progresiva de dos meses de evolución. En la radiografía simple de pelvis se encuentra una voluminosa lesión lítica en ala ilíaca izquierda. En la RMN se aprecia una lesión expansiva de márgenes bien definidos de 3,2 x 4,1 x 5,7 cm., y en la gammagrafía ósea una lesión blástica difusa de 3/4 partes del hueso iliaco. Se realiza biopsia incisional confirmándose que se trata de histiocitosis de células de Langerhans.

**Resultados.** Por su patrón unifocal se decide observación con controles periódicos estrictos. A los seis meses la paciente está asintomática y no precisa tratamiento analgésico. En la RMN se aprecia la práctica resolución de la imagen lítica (0,9 x 1,2 x 1 cm). A los doce meses no queda lesión residual.

**Comentarios y conclusiones.** Las lesiones óseas solitarias pueden requerir sólo actitud expectante, por su tendencia a la remisión espontánea. No son infrecuentes las remisiones en pocos meses tras la toma de biopsia, con o sin curetaje. Se acepta igualmente el uso de corticoides intralesionales o la radioterapia local en lesiones de difícil acceso. No existe consenso sobre el tratamiento de las lesiones poliostóticas.

## CC 710

### BURSITIS REACTIVA DE RÁPIDO CRECIMIENTO POR OSTEOCONDROMA ESCAPULAR

Vivanco Jódar, T.; Díez Berrio, L.; Calvo Calvo, S. y Mayo Santander, F.J.  
*Hospital 12 de Octubre. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** A propósito de un caso.

**Material y método.** Se presenta el caso de un varón de 32 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por presentar una masa en región escapular izquierda, en borde inferomedial, dolorosa con los movimientos del miembro superior izquierdo, y que ha aumentado progresivamente de tamaño en el curso de un mes, hasta alcanzar un diámetro máximo aproximado de 15 cm. En la radiografía simple se aprecia la presencia de un posible osteocondroma en cara anterior de escápula. Se realiza estudio mediante TC y RMN, observándose dicha lesión osteofítica asociada a una colección líquida situada entre la musculatura intercostal y el músculo serrato, muy sugestiva de sinovitis. Se realiza un estudio citológico del líquido mediante punción guiada por ecografía, resultando negativo para células malignas. Es intervenido quirúrgicamente para realizar exéresis de la lesión, mediante abordaje dorsal a la escápula, enviándose el resultado a Anatomía Patológica, que confirma el diagnóstico de osteocondroma sin evidencias de malignidad y bursitis crónica inespecífica peritumoral. El paciente se deriva a Servicio de Rehabilitación donde realiza dos meses de cinesiterapia y terapia ocupacional.

**Resultados.** A los 7 meses de seguimiento el paciente está asintomático, con una movilidad de hombro en rango normal, realizando su actividad laboral previa sin dificultad. No hay existen signos de recidiva clínica ni radiológica.

**Comentarios y conclusiones.** La asociación de sinovitis o la formación de grandes bursas en relación con osteocondromas se ha descrito excepcionalmente en la literatura médica.

## CC 711

### ANGIOMAS DE PARTES BLANDAS DEL ANTEBRAZO. DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

Zabala Llerandi, J.A.; Vírveda García, L.; Vázquez Vecilla, I.C.; Arias Martín, F.; Ramos Del Río, A. y Ramos Pascua, L.R.  
*Hospital de León.*

**Introducción y objetivos.** Los angiomas constituyen un grupo de lesiones vasculares no neoplásicas que presentan un recuento normal de células endoteliales. Pueden ser de origen arterial, venoso, capilar o linfático. Clínicamente se caracterizan porque la inmensa mayoría se ponen de manifiesto en el momento del nacimiento y tienden a crecer con el niño. Tras este período de crecimiento se mantienen estables durante toda la vida, pudiendo aumentar de tamaño en la pubertad y en el embarazo. No desaparecen espontáneamente y tienden a hacerse más nodulares en los pacientes de más edad. El tratamiento puede ser la embolización y/o la resección quirúrgica de la lesión, que a menudo es incompleta.

**Material y método.** Presentamos los casos clínicos de dos mujeres de 66 y 46 años que acuden a consulta con tumoraciones en la cara anterior del antebrazo y la muñeca derechos, respectivamente, de varios meses de evolución, la segunda con sintomatología compatible con un síndrome del túnel del carpo. La RMN y el ECO Doppler establecieron el diagnóstico de angiomas de partes blandas, decidiéndose un tratamiento expectante por la escasa sintomatología.

**Resultados.** Dos años después del diagnóstico los pacientes continúan prácticamente asintomáticos realizando una vida normal y las tumoraciones no han experimentado cambios significativos.

**Comentarios y conclusiones.** Lo característico de las imágenes permite diagnósticos de certeza en el caso de muchos angiomas de partes blandas, permitiendo evitar la realización de biopsias que pueden motivar sangrados excesivos.

## CC 712

### TUMOR GLÓMICO SUBPERIÓSTICO DEL PERONÉ

Zabala Llerandi, J.A.\*; Saldaña Díez, A.\*; Fernández Fuertes, J.\*; Francisco María Izquierdo, G.\*; Moreno Pascual, C.\*\* y Ramos Pascua, L.R.\*  
*\*Hospital De León, \*\*Universidad de Salamanca.*

**Introducción y objetivos.** El tumor glómico es una neoplasia benigna, resultado de la hiperplasia del cuerpo glómico neuromioarterial. Clínicamente se presenta como un nódulo rojo-violáceo visible en el 50% de los casos, siendo característica la tríada de sensibilidad al frío, hipersensibilidad y dolor. Usualmente es solitario, más frecuente en el sexo femenino entre la tercera y cuarta década. El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica. El sitio más común es subungueal y el 75% en la mano. Presentamos un caso de localización excepcional en el peroné.

**Material y método.** Presentamos el caso de una paciente de 23 años que presenta dolor lancinante de dos años de evolución en la cara posteroexterna del tercio proximal de la pierna izquierda. La inspección fue normal y la exploración reveló un dolor a la palpación en la cara lateral de la pierna, sobre el 1/3 medio-proximal del peroné. La radiografía evidenció una concavidad en la cortical posterior del tercio proximal del peroné. En ecografía, TAC y RMN se observó una tumoración de 1 cm<sup>2</sup> posiblemente derivada del periostio. Se realizó una resección en bloque intercalar hemicortical extraperiostica. El estudio anatomopatológico diagnosticó un tumor glómico.

**Resultados.** Después de un año no se evidencia recidiva y la paciente está asintomática.

**Comentarios y conclusiones.** Los tumores glómicos suelen pasar largo tiempo sin diagnosticar y pueden recibir terapéuticas desproporcionadas. Esta dificultad diagnóstica se debe a su rareza, a que el dolor puede adquirir diversas formas y a que la tumoración es visible en el 50%. La importancia de este caso radica en la localización tan inusual del mismo.

## CC 713

### RABDOMIOBLASTOMA EMBRIONARIO LOCALMENTE AVANZADO EN EXTREMIDAD SUPERIOR

Polo Simón, F.; Sánchez Ríos, C.; Laredo Rivero, R.; Martínez González, C. y Rubio Álvaro, M.C.  
*Hospital Virgen de la Salud de Toledo.*

**Introducción y objetivos.** Presentamos el caso de un niño de 8 años de edad de origen marroquí, trasladado desde su país de origen hasta nuestro centro, por mediación de una ONG, para estudio y tratamiento de una tumoración localmente avanzada (12 cm de diámetro), de tiempo de evolución indeterminado, que afectaba a mano y muñeca izquierda.

**Material y método.** Al ingreso se inició estudio anatómico-patológico y de extensión tumoral, diagnosticándose finalmente como Rbdomiosarcoma Embrionario estadio T2b N0 M0.

**Resultados.** Dada la no viabilidad funcional del miembro afecto se decidió la amputación a nivel de tercio proximal de antebrazo como tratamiento local de su enfermedad asociado a quimioterapia post-operatoria.

**Comentarios y conclusiones.** El Rbdomiosarcoma es el tumor maligno de partes blandas más frecuente en niños y jóvenes. Aunque se puede desarrollar en cualquier parte del cuerpo, la cabeza y el cuello son las regiones más frecuentemente afectadas. La localización en un miembro superior no es frecuente. El objetivo del tratamiento quirúrgico es la resección completa del tumor con márgenes microscópicos libres. La afectación metastásica ganglionar, edad mayor de 10 años y la presencia de metástasis a distancia predicen un peor pronóstico. En el caso que presentamos, a pesar de la avanzada extensión local de la enfermedad, extremadamente infrecuente hoy día en nuestro medio habitual, no se dieron ninguno de estos supuestos y tras 4 años de evolución, el paciente se encuentra en remisión completa continuada de su enfermedad.

## CC 714

### METÁSTASIS DE CARCINOMA DE PULMÓN EN PRIMER METACARPIANO

Vírveda García, L.; Arias Martín, A.; Díez Romero, L.J.; Marcos Mesa, R.; Sánchez Herráez, S. y Ramos Pascua, L.R.  
*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Asistencial de León.*

**Introducción y objetivos.** Las metástasis acras son raras. Las del carcinoma de pulmón suelen afectar al esqueleto axial y, característica e infrecuentemente, a huesos distales de la mano. Presentamos un nuevo caso en el primer metacarpiano de la mano y su evolución radiológica hasta el fallecimiento del paciente.

**Material y método.** Paciente diagnosticado de cáncer de pulmón que es remitido a nuestra consulta por una tumoración dolorosa en la base radial de su mano derecha que atribuía a una caída un mes antes. En el estudio radiográfico se observa una lesión osteolítica permeativa en el primer metacarpiano. Se completa el estudio con RM y gammagrafía ósea y se realiza una biopsia cerrada con tru-cut que confirma la sospecha de metástasis de carcinoma de pulmón. Se decide radioterapia y continuar con el pertinente tratamiento citostático por parte del Servicio de Oncología.

**Resultados.** El dolor de la mano desaparece, si bien la destrucción del metacarpiano continúa de forma rápida. El paciente fallece 5 meses después del diagnóstico de la metástasis.

**Comentarios y conclusiones.** Las metástasis óseas en las regiones distales de las extremidades, aunque son infrecuentes, son características de los carcinomas de pulmón, que habrá que descartar si ese diagnóstico no es conocido. La radioterapia es de utilidad habida cuenta del mal pronóstico de la enfermedad.

## CC 715

### MANIFESTACIÓN MIOARTICULAR COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UNA HEMOPATÍA MALIGNA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Merino Pérez, J.; Ibor Ureña, I.; Rodríguez Iñigo, M.A.; Areizaga Hernández, L.M. y Pedrosa Belausteguigoitia, J.I.  
*Hospital de Cruces.*

**Introducción y objetivos.** La lesión ósea en el transcurso evolutivo de los linfomas es inusual. Más infrecuente aún, es que sean precedidos por masas periarticulares.

**Material y método.** Varón de 47 años con antecedentes de SAOS y síndrome de túnel carpiano intervenido, remitido a nuestro centro por tumoración en codo derecho no dolorosa. Se realizó biopsia no concluyente previa a exéresis.

**Resultados.** El estudio histopatológico resultó compatible con un linfoma no Hodgkin T periférico. El estudio de extensión fue negativo.

**Comentarios y conclusiones.** Las manifestaciones óseas son infrecuentes en las hemopatías malignas, salvo en el mieloma múltiple. Su diagnóstico como tumoración de partes blandas es aún más raro. Creemos necesario el abordaje multidisciplinar de estas lesiones en un centro de referencia.

## CC 716

### MIXOMA INTRAMUSCULAR EN HOMBRO DERECHO

Martín García, F.; Santana Suárez, R.; Navarro Navarro, R.; Romero Pérez, B.; Barroso Rosa, S. y Marcos García, A.  
*Hospital Insular De Gran Canaria.*

**Introducción y objetivos.** el mixoma intramuscular es un tumor benigno poco frecuente que con frecuencia pasa desapercibido o es diagnosticado erróneamente como sarcoma.

**Material y método.** se trata de un paciente varón de 45 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a consultas externas de traumatología por la presencia de una masa en region deltoidea derecha que ha ido aumentando progresivamente de tamaño. Nno presentaba dolor ni clínica de compresión neurovascular distal. Se realiza una resonancia magnética que revela una masa bien delimitada con una intensidad menor que el resto de la musculatura deltoidea en T1. Se procede a extirpación y biopsia quirúrgica, revelando el informe anatomopatológico un mixoma de localización intramuscular.

**Resultados.** a los 8 meses de la extirpación, el paciente no presenta recurrencias, ni aparición de otras masas en otra localización.

**Comentarios y conclusiones.** si bien la localización en region proximal de las extremidades es frecuente para los mixomas intramusculares, este tipo de tumores es muy poco frecuente en la población general. Su importancia radica en que suele ser el traumatólogo el primer especialista en valorarlo, y a veces es confundido con otro tipo de tumores, siendo el mixoma un tumor benigno que da síntomas típicamente por compresión.

## CC 717

### ANGIOMA EPITELIOIDE ÓSEO MULTICÉNTRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Vázquez Vecilla, I.C.; Virseda García, L.; Saldaña Díaz, A.; Fernández Fuertes, J.; Izquierdo, F.M.\* y Ramos Pascua, L.R.

*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. \*Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial de León.*

**Introducción y objetivos.** El angioma epitelioides óseo multicéntrico es un tumor vascular muy poco frecuente que aparece sobre todo en varones adultos en la diáfisis de huesos largos de las extremidades inferiores.

**Material y método.** Presentamos el caso de un varón de 22 años que presenta dolor en la cadera derecha de características mecánicas, pero que no cede en reposo. A la exploración física la movilidad de la cadera es dolorosa, aunque no está limitada. Se presentan las exploraciones de imagen realizadas y su anatomía patológica tras biopsia cerrada guiada por TAC. Con el diagnóstico de angioma epitelioides afectando el extremo proximal del fémur y las ramas ilio e isquiopubiana de la pelvis, que ratifica el Dr. Rosenberg, se decide radioterapia de la zona afectada.

**Resultados.** Tras finalizar 20 sesiones de radioterapia, 2 años después del diagnóstico, persisten mínimas molestias residuales que no interfieren en las actividades cotidianas del paciente; y la enfermedad no ha progresado.

**Comentarios y conclusiones.** El angioma epitelioides óseo multicéntrico es un tumor de estirpe vascular y comportamiento benigno, aunque puede ser sintomático y precisar de tratamiento local con radioterapia.

## CC 718

### CONDROSARCOMA DE ALA SACRA

Ferrer Santacreu, E.M.; González López, J.M.; Fernández-Baillo Gallego De La Sacristana, N. y Ortiz Cruz, E.  
*Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Motivo De Consulta: mujer de 38 años con dolor en región glútea derecha. Anamnesis Dolor de 3 años de evolución en región glútea derecha creciente que cede parcialmente con analgésicos. Irradiación distal con disminución de sensibilidad y fuerza en MID. No incontinencia urinaria o fecal. Antecedentes Personales: No RAMC. Tto actual: dolpar, omeprazol, acabel, eferalgán. Resto SI.

**Material y método.** Exploración Física: Pérdida de fuerza L5-S1. Marcha taloquina claudicante. Lassegue + a 40°. Bragard +. Exámenes Complementarios: Las pruebas analíticas y de imagen (RX, TC, RM) realizadas son sugestivas de condrosarcoma de ala sacra derecha. Se realiza Biopsia dirigida por TC para diagnóstico definitivo. Anatomía patológica: condrosarcoma de alto grado. Diagnóstico: Condrosarcoma de ala sacra derecha.

**Resultados.** La paciente fue sometida en primer lugar a embolización de la masa tumoral. La cirugía definitiva se realizó primero por vía posterior sobre columna lumbar, instrumentándose con tornillos desde L2 hasta S2 (el sacro se instrumentó sólo en el lado izquierdo). En un 2º tiempo se expone por vía anterior la superficie del hueso iliaco, y la tumoración en cara anterior sacra. Tras osteotomías en iliaco y sacro se extrae en bloque la tumoración intrapelvica. Se coloca prótesis de diseño especial a medida sustituyendo la parte ósea y se conecta con la instrumentación de columna.

**Comentarios y conclusiones.** La localización del tumor supone un reto por el posible daño neurológico y vascular, así como la posterior reconstrucción para obtener una pelvis estable y apta para la marcha.

## CC 720

### METÁSTASIS DE OSTEOSARCOMA A PARTES BLANDAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Fernández Bautista, A.; Pérez Domínguez, M. y Velez Villa, H.  
*Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** El osteosarcoma es el tumor maligno óseo más frecuente en la edad infantil, teniendo como promedio de aparición los 15 años. De etiología desconocida, relacionan un incremento de incidencia en patologías como retinoblastoma o Li Fraumeni (Alt p53). Tumor con gran capacidad metastásica (principalmente pulmón y hueso).

**Material y método.** Paciente de 19 años que presenta como antecedente osteosarcoma en tibia distal derecha. Inicialmente diagnosticado como osteoma osteoide, se procede a exéresis y curetaje en su país de origen. A los 17 años se remite a nuestro centro para valoración de nueva masa en dicho nivel, diagnosticando pre-operatoriamente como SPB alto grado (sarcoma sinovial). Se realiza tratamiento radical y quimioterapia, evidenciándose como osteosarcoma en estudio anatomopatológico postquirúrgico. Siguió controles sin datos de recidiva, hasta último control en 2009 se evidencia aparición de masa a nivel glúteo. Se solicitan pruebas complementarias donde se confirma recidiva osteosarcoma a nivel musculatura glútea derecha y muslo contralateral. TAC pulmonar normal y Gammagrafía ósea sin captación ósea.

**Resultados.** Hemos objetivado el caso de recidiva osteosarcoma a nivel de partes blandas en dos localizaciones, de forma sincrónica y extracompartimental respecto del tumor primario.

**Comentarios y conclusiones.** Presentamos un caso de doble metástasis a partes blandas de osteosarcoma tras 2 años en fase "libre enfermedad". El osteosarcoma es un tumor que tiene tendencia a metastatizar principalmente a pulmón (fact. pronóstico vital) y en segundo lugar a hueso. Hay poca literatura describiendo metástasis a nivel de partes blandas.

## CC 721

### CONDROMATOSIS SINOVIAL ASOCIADA A GONARTROSIS POR GENU VARO

López Ruiz de Salazar, A.; López Alameda, S.; Alonso Benavente, A.; Marín Guijarro, D.; Guiral Eslava, J. y Casal Grau, R.  
*Hospital General de Segovia. Segovia.*

**Introducción y objetivos.** La condromatosis sinovial es un tumor articular, caracterizado por nódulos cartilaginosos benignos, muchos de los

cuales se pediculan y despenden, quedando como cuerpos libre y provocando la inflamación de la articulación afecta.

**Material y método.** Varón de 71 años sin antecedentes de interés, que acude a consulta por gonalgia izquierda de meses de evolución, que no cede con tratamiento conservador y que dificulta de forma importante la deambulación. En la exploración se observa una tumoración supra-rotuliana importante de consistencia blanda y dolorosa a la palpación. Presenta un déficit de movilidad de 80%/10°. En el estudio radiográfico se observa, además de gonartrosis por genu varo, numerosas calcificaciones que ocupan los espacios sinoviales superolaterales. Se interviene quirúrgicamente realizándose una artroplastia primaria de rodilla con componentes cementados, así como una sinovectomía con extracción de abundantes condromas de los fondos de saco. El estudio anatomopatológico confirma el diagnóstico de condromatosis sinovial.

**Resultados.** El paciente evoluciona favorablemente, por lo que se le da el alta hospitalaria al séptimo día postoperatorio. Actualmente el paciente se encuentra asintomático y presenta una flexo-extensión de 110°/0°, siendo capaz de deambular sin ayuda.

**Comentarios y conclusiones.** Se trata de una afección infrecuente, que afecta a varones en la quinta década de edad, siendo la rodilla la articulación más frecuentemente afectada. El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica de la sinovial afectada y la extracción de los cuerpos libres. Puede realizarse de forma artroscópica o como en este caso, abierta si hay que asociar una artroplastia en el mismo tiempo.

## CC 722

### QUISTE HIDATÍDICO EN PARTES BLANDAS

Álvarez, S.; Fernández, A.; Vélez, R. y Pérez, M.

**Introducción y objetivos.** La hidatidosis es una enfermedad parasitaria común en muchos países, incluida la cuenca del mediterráneo. Está producida por la larva de gusano (echinococcus), la más frecuente es el E.granulosus. Las localizaciones más frecuentes son el hígado y los pulmones. En las partes blandas son extraños (1-4%).

**Material y método.** Varón de 80 años presenta una masa de partes blandas a nivel de muslo izquierdo, de 17 x 7 x 5 cm. Se realiza RMN, que informa de una masa intramuscular de carácter hemorrágico y bilobulada orientada como un posible sarcoma sinovial versus liposarcoma indiferenciado. Posteriormente la ECO-Biopsia nos facilitó la obtención de muestras para anatomía patológica y citología de ambas zonas, negando la presencia de células malignas. Se decide realizar una exéresis marginal amplia del tumor de partes blandas a través de un abordaje anterior de muslo. La anatomía patológica definitiva confirmó el diagnóstico de quiste hidatídico, por lo que se decidió estudio de extensión con TC observándose un quiste también a nivel hepático e inicio de tratamiento con albendazol durante 3 meses.

**Resultados.** Buena movilidad de la rodilla.

**Comentarios y conclusiones.** El tratamiento de esta patología debe ser combinado, exéresis –biopsia y antifúngicos. Disección cuidadosa para evitar la ruptura del quiste y por tanto diseminación. Se han de seguir los mismos principios que en la exéresis de tumores malignos. Necesidad de realizar estudio de extensión mediante TC para descartar afectación de las dos localizaciones más frecuentes, hígado y pulmón.

## CC 723

### DOS CASOS DE TRAUMATISMO DE NIÑO CON DIAGNÓSTICO DE OSTEOSARCOMA

Múgica Santibáñez, P.M.; Areizaga, L.; Larrea Ruiz, A.; López Vinagre, E.; Bollegui Zuloaga, I. y Díez, L.  
*Hospital de Cruces.*

**Introducción y objetivos.** A propósito de 2 casos de niños de 10 y 12 años tras traumatismo en rodilla se descubren 2 osteosarcomas a nivel de femur proximal. Hallazgo casual e importancia del diagnóstico precoz del osteosarcoma.

**Material y método.** Seguimiento de los 2 casos de tratamiento con quimioterapia y en uno de los 2 casos intervención quirúrgica mediante prótesis tumoral.

**Resultados.** Un caso en estadio avanzado con metástasis óseas y pulmonares y el otro caso tratado con cirugía y quimioterapia actualmente en seguimiento.

**Comentarios y conclusiones.** Descubrimiento de osteosarcoma de manera casual tras traumatismo y la importancia del diagnóstico precoz de enfermedad.

## CC 724

### SCHWANNOMATOSIS EN TOBILLO

Del Fresno Molina, J.A.; Ruiz Sanz, J.; Marín Lujan, M.A.; Navarro Ortiz, P.; Muñoz Reyes, F. y Carpintero Benítez, P.  
*Hospital Reina Sofía, Córdoba.*

**Introducción y objetivos.** La schwannomatosis es una enfermedad reconocida recientemente, que comparte algunas características con la neurofibromatosis, aunque no produce problemas vestibulares, y consiste en la aparición de schwannomas múltiples, que en un tercio de los pacientes se encuentran en una sola parte del cuerpo. Presentamos el caso de una paciente con schwannomatosis circunscrita en el tobillo.

**Material y método.** Paciente mujer de 58 años que consulta por dolor y varias tumoraciones en el tobillo izquierdo tanto en la cara medial como la lateral, próximas a los maleolos. En el examen radiográfico se aprecian tres masas de partes blandas que no afectan a la tibia ni peroné.

**Resultados.** Se intervino quirúrgicamente, comprobándose que los tres tumores se encontraban en contacto con nervios, y el estudio histopatológico demostró que se trataban de schwannomas.

**Comentarios y conclusiones.** La schwannomatosis es una enfermedad rara, siendo este caso el primero diagnosticado por la unidad de tumores del hospital. Se trata de una schwannomatosis localizada en el tobillo, no habiéndose encontrado otras tumoraciones en nervios craneales, ni en las otras extremidades.

## CC 725

### LIPOMA GIGANTE EN MUSLO

Mariscal Peralta, J.M.; García Regal, J.; Hueso Macías, A.; García Hermosa, A. y Centeno Ruano, A.J.  
*Hospital General de Mérida.*

**Introducción y objetivos.** Se presenta el caso de un paciente de 45 años que presentaba tumoración gigante de 6-7 años de evolución en muslo izquierdo.

**Material y método.** Paciente de 45 años. Antecedentes personales: sin interés. No intervenciones quirúrgicas. Presenta tumoración de 30 centímetros en cara interna de muslo y rodilla izquierdos que ha crecido en los últimos 6-7 años. De consistencia blanda. RMN de miembro inferior dcho: lipoma encapsulado de gran tamaño en cara posterior de muslo y rodilla.

**Resultados.** Se practica exéresis del tumor respetando las estructuras neurovasculares y musculo-tendinosas principales. Durante la intervención se realizan fotografías donde se aprecian los momentos más relevantes de la intervención y donde se aprecia la gran magnitud de la tumoración. Anatomía patológica: pieza de 23 cm x 19 cm x 12 cm constituida por tejido adiposo maduro. Sin zonas de necrosis ni hemorragias. El diagnóstico definitivo del proceso fue de lipoma gigante en muslo. La recuperación del paciente fue satisfactoria, aunque con posterioridad el paciente ha presentado dos procesos de celulitis en miembro inferior izquierdo.

**Comentarios y conclusiones.** Los lipomas están ampliamente distribuidos en la casuística quirúrgica, y aunque se comportan de manera benigna, algunos casos, dado el tamaño que alcanzan pueden tener repercusión en la complicación del acto quirúrgico y las secuelas que puedan quedar.

## CC 726

### SÍNDROME DE MAZABRAUD

Carpintero Lluch, R.; Rodríguez De Tembleque Aguilar, F.; Serrano Lazaro, P.; Izquierdo Fernández, A.; Muñoz Reyes, F. y Carpintero Benítez, P.  
*Hospital Reina Sofía. Córdoba.*

**Introducción y objetivos.** El síndrome de Mazabraud consiste en la asociación de un mixoma intramuscular (habitualmente múltiples), con una displasia fibrosa ósea. Se trata de una enfermedad rara, existiendo me-

nos de cien casos publicados en la literatura. Presentamos el caso de un paciente con síndrome de Mazabraud.

**Material y método.** Paciente varón de 35 años que acude a consulta al haberse notado una tumoración en la cara interna del muslo derecho. En el estudio por imagen se comprobó la existencia de dos tumoraciones, en el muslo derecho, una en la cara lateral y otra en la porción medial, en el mismo estudio se observaron imágenes de densidad irregular en el interior de ambos fémures compatibles con displasia fibrosa poliostótica.

**Resultados.** El paciente fue intervenido extirpándosele los mixomas, y en la actualidad tres años después no han recidivado, siguiendo un seguimiento anual por su displasia fibrosa.

**Comentarios y conclusiones.** El síndrome de Mazabraud, aunque se trata de una entidad rara, hay que pensar en él para hacer un diagnóstico cuando coexisten tumores de partes blandas con alteraciones óseas.

## CC 727

### PRÓTESIS TUMORALES EN EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS PATOLÓGICAS METASTÁSICAS DE FÉMUR PROXIMAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Estella Nonay, R.; Torres Campos, A.; Castán Bellido, L.; Malo Finestra, L.; Seral García, B. y Seral Iñigo, F.  
*H. Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.*

**Introducción y objetivos.** El hueso es la tercera localización más frecuente de las metástasis tumorales tras pulmón e hígado. Cualquier tumor puede metastatizar en él; siendo la columna, la pelvis y el fémur (sobre todo en su tercio proximal) los más habituales. La aparición de una fractura patológica puede constituir el primer signo de enfermedad a distancia (2/3 de estas fracturas en los huesos largos ocurren en el fémur y el 50% de ellas en la zona proximal). Ante una lesión de este tipo debe descartarse siempre la afectación de otros órganos o la infiltración de zonas vecinas con las pruebas de imagen. Pese a todo, la mitad de los pacientes fallecen en los primeros seis meses tras una fractura patológica. La finalidad del tratamiento quirúrgico en estas situaciones es la de conseguir una mejoría del dolor y recuperar la funcionalidad premórbida del paciente de manera precoz pese a su mal pronóstico.

**Material y método.** Se presenta un caso de fractura patológica secundaria a metástasis de un melanoma de coroides

**Resultados.** El caso fue resuelto con éxito mediante una prótesis tumoral y cabeza bipolar.

**Comentarios y conclusiones.** Cuando existe una destrucción ósea importante en el fémur proximal, para evitar la no consolidación y progresión tumoral, la mejor opción quirúrgica es la resección tumoral y reconstrucción endoprotésica. Este procedimiento no está exento de complicaciones. Sin embargo el uso de componentes modulares y bipolares han disminuido la incidencia de luxación e inestabilidad de la marcha en estos pacientes.

## CC 728

### DOLOR EN HUECO POPLÍTEO SECUNDARIO A SCHWANOMA DEL NERVO TIBIAL

Díez Berrío, M.L.; Vivanco Jódar, T.; Calvo Calvo, S.; Cohen Beneish, I. y Mayo Santander, F.J.  
*Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** El schwanoma es el tumor más común de los nervios periféricos. Su localización más frecuente es en torno al plexo braquial y nervios espinales, siendo menos frecuentes en extremidades.

**Material y método.** Se presenta el caso de una mujer de 56 años remitida a consultas de Traumatología por dolor en zona superior de hueso poplíteo de un año de evolución, parestesias en cara lateral de pierna y ocasional sensación de "descarga eléctrica" en dicha región. A la exploración se palpa tumoración en tercio distal de cara posterior de muslo derecho de 2 cm de diámetro. En la RMN se observa una lesión de partes blandas en la región más superior del hueso poplíteo de 18mm de diámetro con aparente dependencia del nervio tibial que no infiltra planos adyacentes, siendo los hallazgos compatibles con un schwanoma. Se realiza un electromiograma en el que se observa la presencia de hiperestesia en cara externa de tercio proximal de pierna derecha. La paciente es intervenida quirúrgicamente realizándose exéresis de la lesión respetando el nervio tibial.

**Resultados.** El informe anatomopatológico confirma el diagnóstico de schwanoma. La paciente ha evolucionado favorablemente, estando asintomática actualmente.

**Comentarios y conclusiones.** Los schwanomas son los tumores de estirpe neural más frecuentes en extremidades inferiores. Frecuentemente se presentan clínicamente como dolor de características neuropáticas, hecho que en ocasiones retrasa el diagnóstico al ser atribuido éste a patología radicular. La RMN es la prueba de imagen de elección para su diagnóstico y en la mayor parte de los casos, la resección de éste es curativa.

## CC 729

### RECIDIVA DE UNA ENFERMEDAD POCO FRECUENTE EN EL PIE

Ruiz Zafra, J.E.; Checa García, A. Santana Ramírez, S.; Valencia García, H.; Prieto Martínez, J.R. y Egea Gámez, R.M.  
*Área de Traumatología y Rehabilitación, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón, Madrid.*

**Introducción y objetivos.** La sinovitis villonodular pigmentada (SVNP) es una enfermedad considerada actualmente benigna, pero localmente agresiva que afecta a la membrana sinovial. La rodilla es la localización más frecuente. El pie y tobillo se ve afectado en el 2,5% de las ocasiones. Existen dos formas: localizada y difusa, siendo esta última más frecuente y agresiva.

**Material y método.** Presentamos el caso de una paciente de 39 años actualmente, intervenida hace 8 años mediante sinovectomía artroscópica de tobillo izquierdo por SVNP difusa intraarticular. Tras años asintomática se diagnostica recidiva con progresión tarsiana a la parte anterior del tobillo, afectando la vaina tendinosa del extensor común y extensor del primer dedo, que se encuentran englobados.

**Resultados.** Se realiza artroscopia tobillo, en la que no se encuentra signos de enfermedad; y sinovectomía abierta y resección tumoral a nivel de la vaina tendinosa y seno tarso. La paciente se encuentra asintomática tras doce meses de evolución.

**Comentarios y conclusiones.** Es aceptado como tratamiento curativo la sinovectomía parcial o total artroscópica para la SVNP localizada; pero en la forma difusa es necesaria una sinovectomía total artroscópica, donde la recurrencia llega al 46% o mejor mediante artrotomía abierta. Cuando no puede llevarse a cabo la sinovectomía completa o se produce recurrencia local se puede usar radioterapia externa o interna.

**Conclusiones.** La anatomía del pie y tobillo hace complicado la escisión completa. La artroscopia puede ser una técnica limitada para la forma difusa. La SVNP difusa puede producir progresión extraarticular, afectando a tendones y otras estructuras neurovasculares adyacentes.

## CC 730

### PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UN GRANULOMA EOSINÓFILO EN LA ESPINA ESCAPULAR PROVOCANDO UNA COMPRESIÓN DEL NERVO SUPRAESCAPULAR

Ruiz Ruiz, J.; Orradre Burusco, I.; Romero Campuzano, R.; Brun Sánchez, M.; González Arteaga, J. y López Blasco, J.J.

**Introducción y objetivos.** El granuloma eosinófilo o de células de Langerhans es un proceso solitario pseudotumoral benigno cuya incidencia ronda el 0,1 por 100.000 niños y representa el 1% de las lesiones óseas confirmadas por biopsia. Su localización comprende principalmente el esqueleto craneofacial y los huesos largos.

**Material y método.** Presentamos el caso de una mujer de 27 años vista en consulta por disminución de fuerza y sobrecarga en hombro izquierdo de 4 meses de evolución en posturas de abducción de hombro sin traumatismo previo. A la exploración se comprueba el déficit de fuerza de los tendones supraespinoso e infraespinoso cuyas maniobras producen dolor leve. El estudio radiográfico (Rx, RMN) confirma la existencia de una lesión ósea de bordes mal definidos en la espina escapular que rompe la cortical anterior y protruye hacia la fosa supraespinosa. El estudio ENG no detecta signos de compresión del nervio supraescapular.

**Resultados.** Se instaura tratamiento con complejo de vitamina B y corticoterapia mejorando el cuadro; y se realiza punción biopsia guiada por TAC de la que se extrae abundante contenido sero-hemático. El análisis anatomopatológico confirma el diagnóstico de granuloma eosinófilo y tras la evacuación del contenido el cuadro de compresión supraescapular desaparece encontrándose la paciente asintomática hasta la fecha. En los controles radiográficos persiste la lesión ósea aunque no tan protruyente.

**Comentarios y conclusiones.** La localización escapular del granuloma eosinófilo es excepcional habiendo localizado casos publicados en la literatura. Uno de ellos desapareció de forma espontánea cosa que no ha ocurrido en nuestro caso. Lo singular del caso radica en la rareza tanto

de la localización del granuloma como del cuadro sintomático debutante.

## CC 731

### A PROPÓSITO DE UN CASO DE LIPOMA INTRAÓSEO EN CALCÁNEO

Cortés Muriel, L.; Rodríguez, A.; Álvarez, P.; Monzón, J.A. y Rodríguez Lucas, J.C.  
*Servicio C.O.T. del Hospital San Eloy, Barakaldo (Bizkaia).*

**Introducción y objetivos.** A propósito de un caso de lesión lítica en calcáneo como hallazgo casual, diagnóstico y tratamiento.

**Material y método.** Se presenta el caso de una paciente de 21 años que presenta en la radiografía simple una lesión lítica en región anteroinferior de calcáneo derecho como hallazgo casual. La RMN revela una lesión compatible con lipoma tipo III con degeneración quística. La TAC es informada como: lesión lítica bilobulada, con borde esclerótico y finos tabiques en su interior que insufla y adelgaza la cortical, fundamentalmente interna. Es intervenida practicándose legrado de la cavidad y relleno con injerto óseo autólogo de cresta iliaca y homólogo liofilizado. La cavidad es de gran tamaño, presentando una pared cortical muy adelgazada.

**Resultados.** El diagnóstico anatomopatológico es de lipoma intraóseo. La evolución es buena y sin complicaciones, comenzando el apoyo parcial a las 10 semanas. El aspecto radiológico es excelente. En la actualidad se encuentra sin dolor y con una movilidad y deambulación normales.

**Comentarios y conclusiones.** Ante una lesión lítica benigna que adelgaza la cortical en un hueso de carga, y tratándose de un paciente joven y activo, debería realizarse cirugía preventiva como en este caso para evitar una fractura patológica. De esta forma también se confirma anatomopatológicamente su benignidad. La cavidad que puedes encontrar intraoperatoriamente puede ser mayor a la esperada radiológicamente y conviene tener preparado injerto liofilizado por si no fuera suficiente con el autólogo.

## CC 732

### CONDRIBLASTOMA EN BAILARÍN PROFESIONAL

Martínez Melián, I.\*; Escobar Antón, D.\*; Muñoz Sánchez, G.\*\*; Sevillano González, L.\*; Llaquet Leiva, A.\* y Vergara Ferrer, A.\*  
*\*Hospital Universitario Severo Ochoa. \*\*Hospital Universitario Santa Cristina.*

**Introducción y objetivos.** El condroblastoma es un tumor cuyo origen se debe a las células inmaduras del cartilago de crecimiento, por lo que es típico de pacientes en edad pediátrica con las fisis abiertas. Localizándose más frecuentemente en fisis de huesos largos.

**Material y método.** Presentamos un caso de un paciente de 15 años bailarín profesional, que acude a urgencias por dolor en hombro derecho de seis meses de evolución que le limita la práctica deportiva de alto nivel. En el servicio de urgencias se diagnostica de tumoración en húmero proximal derecho y se procede a completar tanto el estudio radiológico mediante TAC, RM como el estudio de marcadores tumorales.

**Resultados.** Se realiza biopsia de la tumoración, estudio de anatomía patológica y de microbiología. Se procede al curetaje de la lesión y relleno de la lesión mediante cemento. El paciente ha vuelto a su práctica deportiva y en los 18 meses de postoperatorio no existen recidivas.

**Comentarios y conclusiones.** El condroblastoma es un tumor relativamente raro, cuya agresividad local es uno de los factores más importantes al estar cercano a articulaciones, por lo que es importante el uso de tratamientos adyuvantes al curetaje como son la fenolización, el nitrógeno líquido o el cemento.

## CC 733

### DOLOR EN EL MUSLO EN UN PACIENTE CON UN OSTEOCONDROMA FEMORAL

Fernández Doral, F.J.\*; Trell Lesmes, F.\*; Martínez Maside, M.\*\*; Pastor García, S.\*; Rubio Vivanco, I.\* y García Lázaro, F.J.\*  
*\*Hospital Universitario de Fuenlabrada. \*\*Hospital Infanta Leonor.*

**Introducción y objetivos.** Los osteocondromas son los tumores óseos benignos más comunes. Se presentan en zonas metafisarias de los huesos largos. Se realiza una discusión sobre un osteocondroma doloroso en un

adolescente previamente asintomático analizando el diagnóstico diferencial y tratamiento.

**Material y método.** **Material y método.** Presentación de un caso clínico de un adolescente de 12 años asintomático, que con un diagnóstico radiológico de osteocondroma en metafisis distal femoral, comienza con dolor y aumento de tamaño. Se expone el caso clínico con las pruebas complementarias y tratamiento realizado.

**Resultados.** Tras una resección quirúrgica se confirma el diagnóstico por anatomía patológica. Tras 1 año de seguimiento el resultado clínico-radiológico es satisfactorio.

**Comentarios y conclusiones.** La mayoría de los osteocondromas de presentan como masas óseas asintomáticas de crecimiento lento en niños y adolescentes. Dependiendo de la localización, pueden existir síntomas debidos a complicaciones como las debidas a una fractura, deformidad ósea o problemas por compromiso vascular o neurológico. La transformación maligna es posible, aunque poco frecuente siendo el tratamiento quirúrgico con la resección en bloque de elección.

## CC 734

### DIAGNÓSTICO CASUAL DE CONDROSARCOMA PÉLVICO Y SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

Iftimie, P.; Jordà Fernández, G.; Provinciale Fatsini, E.; Sempere Durà, T. y Giné Gomà, J.  
*Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona.*

**Introducción y objetivos.** A propósito de un caso de condrosarcoma pélvico orientado inicialmente como patología digestiva.

**Material y método.** Mujer de 63 años que presenta en Noviembre de 1996, clínica de dolor difuso en hipocondrio y fosa iliaca derecha de 1 mes de evolución, sin antecedentes patológicos de interés. Inicialmente es orientado como patología digestiva. Se realiza colonoscopia que resulta normal y TAC abdominal que informa de tumoración pélvica. La paciente es derivada a nuestras consultas. En la exploración presentaba una tumoración dura y dolorosa en la fosa iliaca derecha de 4 x 5 cm. sin otros hallazgos patológicos. Se realiza radiografía convencional y TAC de pelvis que informa de masa pelviana de 15 x 11 x 8 cm, con origen en la pared anterior del cotilo, con base ósea, probablemente cartilaginosa con calcificaciones sin infiltración vascular, presentando buena delimitación periférica. En la analítica destaca VSG 23 mm/h. Los estudios de extensión (RM, la gammagrafía ósea y la TAC toraco-abdominal) indican como sospecha diagnóstica condrosarcoma y descartan lesiones metastáticas. Se realiza tumorectomía con márgenes de resección amplias.

**Resultados.** El estudio anatomopatológico confirma el diagnóstico de condrosarcoma pélvico grado I. La paciente resta asintomática y libre de enfermedad en los controles realizados durante los 12 años de seguimiento.

**Comentarios y conclusiones.** En nuestro caso, el tratamiento quirúrgico, mediante resección en bloque de la lesión ha sido el definitivo, 12 años después de la intervención la paciente sigue libre de enfermedad.

## CC 735

### DOLOR E INFLAMACIÓN DE LA PIERNA SIN TRAUMATISMO

Rizo De Álvaro, B., Luque Pérez, R., Pérez González, J.L., Cebrían Parra, J.L. y López-Durán Stern, L.  
*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Presentamos el caso clínico de una mujer de 86 años que presenta dolor y tumefacción progresiva del miembro inferior derecho. Ante la sospecha de TVP se realiza eco-doppler que descarta su existencia. Dada la persistencia del dolor acude de nuevo, tras repetir la eco-doppler, que no llega a un diagnóstico, se solicita nuestra valoración.

**Material y método.** La paciente presenta una masa en tercio proximal de la pierna de semanas de evolución, dolor moderado, sin traumatismo ni signos inflamatorios. Se objetiva parálisis del CPE derecho de reciente aparición. Se realizan: radiografías (gran lesión lítica que destruye tercio proximal del peroné), ecografía de partes blandas (colección heterogénea con septos), RMN (tumoración de características mixtas, polilobulada, compatible con sarcoma de partes blandas). El resto de estudio de extensión no objetiva patología. Se realiza biopsia con trucut que diagnostica fibrohistiocitoma maligno pleomórfico de alto grado Estadio IIB de Enneking.

**Resultados.** Dada la afectación neurovascular (tibial anterior y peronea ocluidas, con importante insuficiencia de la tibial posterior), se decide la amputación supracondílea de la pierna. Presenta buena evolución de la herida quirúrgica. Actualmente en seguimiento encontrándose libre de enfermedad.

**Comentarios y conclusiones.** El fibrohistiocitoma maligno es el sarcoma de partes blandas más frecuente en el adulto. Son tumores poco frecuentes, de etiología desconocida. Se localizan sobretodo a nivel de extremidades. Afectan a adultos mayores, con predominio masculino, raza blanca. En el estudio de este tipo de lesiones es muy útil la realización de la radiografía simple, ya que se trata de una prueba diagnóstica de gran disponibilidad, que nos proporciona mucha información. El tratamiento es quirúrgico, en el seno de un equipo multidisciplinar (cirujano, oncólogo, radioterapeuta, patólogo)

## CC 736

### TUMOR DE PARTES BLANDAS ASOCIADO A OSTEOMIELITIS CRÓNICA DE LARGA EVOLUCIÓN

Lara Rubio, A.; Álvarez Sainz-Ezquerro, J.; Parra Sánchez, G.; Martín López, C.; Vilá y Rico, J. y Cortiñas González, A.  
*Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.*

**Introducción y objetivos.** El tumor más frecuentemente asociado a osteomielitis crónica es el carcinoma epidermoide, que se presenta sobre todo en varones y en la zona tibial.

**Material y método.** Varón de 70 años con osteomielitis crónica postraumática-postquirúrgica, de más de 30 años de evolución tras fractura supracondílea de fémur distal izquierdo, que presenta tumoración de partes blandas con microcalcificaciones en su interior. Se realiza radiografías simples, escáner y resonancia magnética.

**Resultados.** Punción-aspiración con aguja fina: no células malignas biopsia: piel con reacción cicatricial y presencia de material acelar compatible con cemento. No se observa malignidad a ningún nivel.

**Comentarios y conclusiones.** Juicio clínico: granuloma de cuerpo extraño.

## CC 737

### ANGIOLEIOMIOMA DE UNA ARTERIA DIGITAL DE LA MANO

Cruchaga Celada, A.; Sáez de Ugarte Sobrón, O.; Gutiérrez Sánchez, I.; Astobiza Bretones, I.; Gorostiaga Ortiz de Mendivil, A.V. y Molina Martos, M.  
*Unidad de Cirugía de la mano. Servicio COT. Hospital de Galdakao-Usánsolo (Vizcaya).*

**Introducción y objetivos.** Los angioleiomiomas son tumores que provienen del músculo liso de los vasos sanguíneos. Aparecen habitualmente como tumores solitarios, en el tejido celular subcutáneo. Alrededor del 10% pueden afectar a la mano o los dedos. En el estudio RMN el tumor aparece como una lesión de márgenes bien definidos, isointensa con el músculo en T1, con aumento de captación en T2 y STIR y que tras la administración de gadolinio muestra un importante realce.

**Material y método.** Presentamos el caso de un hombre de 56 años, que consulta por una tumoración que presenta desde hace años en la mano, y que ha empezado a dolerle. En la RMN plantean como posible diagnóstico hemangioma. Tras la realización de una Angio-RMN se comprueba que se trata de una lesión de tipo vascular, en relación con la arteria digital de la primera comisura, y plantean la posibilidad de un aneurisma de la arteria digital. Se procede a la resección del segmento arterial y a la reconstrucción vascular mediante una sutura termino-terminal.

**Resultados.** La sintomatología dolorosa desaparece. El informe de Anatomía patológica corresponde a un leiomioma vascular.

**Comentarios y conclusiones.** Los angioleiomiomas deben considerarse dentro del diagnóstico diferencial de los tumores de la mano. La RMN permite orientar el diagnóstico y definir su relación con el sistema vascular. La resección simple de la lesión es el tratamiento de elección. En el caso de encontrarse afectadas arterias de importancia, debe preverse la posible necesidad de reconstrucción vascular durante la resección quirúrgica.

## CC 738

### PACIENTE CON TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES EN PATELA

Salvador Herrera, C.; Rubio Vivanco, I.; Oteo Maldonado, J.A. y Pastor García, S.  
*Hospital de Fuenlabrada. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Entre los tumores primarios de la rodilla, el tumor de células gigantes en la rotula tiene baja incidencia. El objetivo es su detección y diagnóstico diferencial.

**Material y método.** Varón de 40 años con dolor en cara anterior de rodilla de largo tiempo de evolución. No limitación de la movilidad. En radiografía y tac aparece en la patela lesión lítica con bordes lisos y trabeculaciones en el interior sin afectación articular.

**Resultados.** Se realiza curetaje y relleno con injerto sintético y medula ósea de meseta tibial y se manda muestra a anatomía patológica que confirma el diagnóstico. Postoperatorio sin complicaciones. Sin inmovilización y apoyo progresivo según tolerancia. Actualmente paciente asintomático, el hueso remodelado y sin evidencia de recurrencia.

**Comentarios y conclusiones.** Por su baja incidencia. Ante una clínica de dolor anterior en la rodilla, es importante pensar en su presencia. Su detección mediante pruebas de imagen (RX, TAC o RM) y su diagnóstico diferencial con condroblastoma y quiste aneurismático principalmente. El tratamiento quirúrgico mediante curetaje con injerto obtiene buenos resultados.

## CC 739

### A PROPÓSITO DE UN CASO DE GRAN MELANOMA MALIGNO EN DEDO PULGAR

Cortés Muriel, L.; Álvarez, P.; Ayerbe, F.; Gorostiaga, N. y Samaniego, F.  
*Servicio C.O.T. del Hospital San Eloy y Hospital Cruces, Barakaldo (Bizkaia).*

**Introducción y objetivos.** A propósito de un caso de melanoma maligno en dedo pulgar, diagnóstico y tratamiento.

**Material y método.** Una mujer de 87 años acude al Servicio de Urgencias por bultoma en pulgar derecho de 3 meses de evolución. Exploración: tumoración de partes blandas, agresivo con destrucción ungueal y cutánea, 3,5 x 2 x 3 cm, en dorso de primer dedo de mano derecha a nivel de F2. Radiografía: no afectación ósea. Se toma biopsia en urgencias y muestra para microbiología. Resultado AP: melanoma maligno. Resultado microbiología: *S. marcescens*, *S. aureus*, *E. faecalis* y *P. stuartii*. TAC de extensión: no metástasis. RMN: masa de partes blandas a nivel de F2. Edema óseo-hiperemia de F2. No alteración proximal. Es remitida al Servicio de Cirugía Plástica del Hospital de Cruces, realizándose amputación de F2 y parcial de F1 que incluye completamente la lesión. Permite sutura directa.

**Resultados.** Estudio rápido intraoperatorio de dos ganglios centinela: infiltración metastásica, obligando a linfadenectomía axilar completa. Resultado anatomopatológico de adenopatías no centinelas: no tumoral. Resultado anatomopatológico final: melanoma maligno acral infiltrante 4 x 3 cm (extensión) 2 cm (espesor). Se realiza estudio genético (RIL 2) por el Servicio de Dermatología.

**Comentarios y conclusiones.** A pesar de todas las campañas de concienciación social para la detección precoz de lesiones malignas, todavía seguimos viendo casos que nos sorprenden, nuestra paciente tardó 3 meses en realizar consulta médica por una gran lesión que estaba destruyendo el dedo pulgar de su mano derecha. Ante todo melanoma maligno debe explorarse siempre el ganglio centinela y premiar la curación frente a la funcionalidad y la estética.

## CC 740

### CALCINOSIS TUMORAL EN CADERA

Eugenio Díaz, J.I.; Galadí Fernández, M.L.; Gallo Padilla, D. y López Salinas, J.T.  
*Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.*

**Introducción y objetivos.** La calcinosis tumoral (CT) es una enfermedad pseudotumoral rara, de etiología desconocida, que afecta a tejidos blandos periarticulares. Se diagnostica en base a las imágenes radiográficas, TAC y RNM y su tratamiento es quirúrgico.

**Material y método.** se presenta el caso de una paciente de 64 años de edad con una tumoración en cadera izquierda de 2 años de evolución.



La paciente es remitida desde otro hospital por aumento del tamaño y supuración de la misma. Se realizó una tomografía axial computerizada que confirmó la existencia de una lesión cartilaginosa en cadera izquierda. Se realizó una escisión marginal de la masa calcificada.

**Resultados.** tras la intervención la paciente mejoró considerablemente, encontrándose en el momento actual totalmente asintomática.

**Comentarios y conclusiones.** La calcinosis tumoral es una enfermedad rara, en la que se produce un acúmulo de material cálcico en la vecindad de una articulación. También denominada Lipocalcino-granulomatosis, Calcinosis Masiva (Palmer), Endotelioma Calcificado y Granuloma calcáreo, su origen es desconocido, habiéndose publicado hasta ahora unos 150 casos de ésta enfermedad. En la literatura médica española, los dos primeros casos fueron publicados por Navarro y colaboradores, en 1972. Muy recientemente, Sanchis Alfonso y colaboradores han descrito dos nuevos casos, uno de ellos con la novedosa particularidad de estar asociado a polimiositis. En este poster se presenta un nuevo caso de calcinosis tumoral.

## CC 741

### OSTEOSARCOMA DE SACRO. A PROPOSITO DE UN CASO

Serrano Expósito, C.; Font, F.; Portabella, F.; Casanova, X. y Saborido, A.

*Hospital Universitari de Bellvitge.*

**Introducción y objetivos.** Se trata de un caso de una mujer de 24 años que presenta como antecedentes un neuroblastoma grado III a la edad de 3 años tratado mediante IQ + RT +QM.

**Material y método.** Presenta un dolor lumbar irradiado con clínica neurológica y refractario a tratamiento analgésico.

**Resultados.** Presentamos el caso exponiéndolo de manera cronológica tal y como llegamos al diagnóstico, tratamiento y evolución del mismo.

**Comentarios y conclusiones.** El objetivo del mismo sería reflejar el tratamiento de este tipo de tumores que sobretodo se producen en sacros radioinducidos y la complejidad del mismo haciendo hincapie en las complicaciones postoperatorias.

## CC 742

### HEMIPLECTOMÍA INTERNA Y RECONSTRUCCIÓN CON ALOINJERTO EN CONDROSARCOMA ILÍACO

Herrera Mera, P.; Pérez Aguilar, D.\*; Sánchez Del Campo Arriola, I.\*; Galeote Rivas, A.\* y López Martín, J.A.\*\*

\*Hospital Ramón y Cajal, \*\*Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Introducción y objetivos.** Los sarcomas primarios de la pelvis representan el problema más desafiante en cirugía con conservación de la extremidad. El condrosarcoma es el más frecuente. La hemipelvectomía externa se reserva para casos complejos con invasión vascular, del nervio ciático o vejiga. La hemipelvectomía interna con reconstrucción posterior con aloinjerto es útil en pacientes jóvenes con buenos resultados funcionales, aunque se asocia a alto riesgo de complicaciones.

**Material y método.** Caso clínico. Paciente de 40 años diagnosticado de condrosarcoma ilíaco izquierdo. Presentaba una lesión en ilíaco izquierdo con masa de partes blandas endopélvica. Fue tratado mediante quimioterapia durante un año, con desaparición de la masa endopélvica, motivo por el que se deriva para tratamiento quirúrgico. En el momento de la cirugía presentaba una masa exopélvica en pala iliaca izquierda. Fue tratado mediante hemipelvectomía interna (zonas I-IV), radioterapia intraoperatoria y reconstrucción con aloinjerto intercalar. Como curiosidad, presentaba gran fibrosis en el área de la masa endopélvica previa, que dificultó la disección vascular.

**Resultados.** No hubo complicaciones con la herida quirúrgica. Se drenó colección serohemática en fosa pélvica mediante TAC, descartándose infección del injerto. Las complicaciones fueron parálisis del nervio peroneo. y trombosis de la vena femoral. Se obtuvo margen de resección adecuado. Presenta dolor leve actualmente y continúa en tratamiento radioterápico.

**Comentarios y conclusiones.** La reconstrucción pélvica tras hemipelvectomía interna se asocia con un alto porcentaje de complicaciones y se reserva para pacientes con un sarcoma primario óseo. La reconstrucción con aloinjerto restituye la anatomía y permite buenos resultados funcionales, sobre todo en pacientes jóvenes.

## CC 743

### TUMORACIÓN EN RODILLA DE CONSISTENCIA PÉTREA EN PACIENTE JOVEN

Zurrón Lobato, M.; Bartolomé García, S.; Ortega Briones, A.;

Zorzo Godes, C.; Aragón, J.C. y Jañez Moral, F.

*Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Los condromas de partes blandas son tumores benignos poco frecuentes. Se da principalmente en pacientes entre 30 y 60 años sin prevalencia de sexo.

**Material y método.** Presentamos el caso de varón de 16 años que acude a nuestras consultas por tumoración dolorosa en cara lateral de rodilla derecha, de meses de evolución y crecimiento rápido en los últimos meses. En el control radiológico se evidenció lesión calcificada de gran tamaño en cara lateral de rodilla, y el estudio de RMN descartó afectación intraarticular.

**Resultados.** Se realiza intervención quirúrgica mediante abordaje lateral, y a nivel del tendón del bíceps se visualiza cápsula de la lesión con contenido mucoso escaso en su interior y gran masa pétreo nacarada de 5 cm. Se precede a exéresis de la lesión y toma de muestras para anatomía patológica. El estudio anatomopatológico describe existencia de fragmentos de sinovial hiperémica y formaciones de cartilago hialino concordante con condromatosis sinovial. Tras dos años de seguimiento el paciente permanece asintomático y no se ha producido recidiva.

**Comentarios y conclusiones.** La condromatosis sinovial es una enfermedad proliferativa sinovial monoarticular que afecta articulaciones, bolsas serosas o vainas tendinosas. Es más frecuente en la rodilla y en la cadera y puede afectarse casi cualquier articulación, bolsa serosa o vaina tendinosa. La recidiva tras cirugía no es infrecuente, y se han descrito casos raros de transformación maligna hacia condrosarcoma.

## CC 744

### RESECCIÓN DE HUESO ILÍACO Y RECONSTRUCCIÓN MEDIANTE ALOINJERTO ESTRUCTURADO Y PRÓTESIS TUMORAL COMO TRATAMIENTO DE SINOVITIS VELLONODULAR DIFUSA (SVNPD) DE CADERA

Abad Zamora, J.M.; Liñán Padilla, A.; Mellado Castellero, J.M.

y Sebastián Garrido. E.

*Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla.*

**Introducción y objetivos.** La sinovitis vellonodular es un proceso proliferativo del tejido sinovial de causa desconocida. Es infrecuente en la cadera donde suele presentarse en su forma difusa.

**Material y método.** Paciente de 30 años con dolor en la cadera derecha de 15 meses de evolución e imposibilidad para la deambulación. En la radiología convencional se aprecia intensa osteolisis en cuello, cabeza femoral y acetábulo. Se completa el estudio con Tomografía, RMN y biopsia sugestiva de sinovitis vellonodular. Se decide tratamiento quirúrgico siendo necesaria la resección de toda la zona acetabular hasta tuberosidad isquiática y rama iliopubiana, así como 10 cm. de fémur proximal. La biopsia intraoperatoria confirma el diagnóstico e informa de márgenes de resección libres. Se realiza reconstrucción del defecto tallando un aloinjerto de condilo femoral que se fija mediante una placa posterior desde tuberosidad isquiática hasta hueso ilíaco y dos tornillos a la rama iliopubiana. Se coloca malla antiprotusiva y sobre ella prótesis tumoral cementada.

**Resultados.** Actualmente la paciente presenta clínica de ciático poplíteo externo en recuperación y movilidad completa de la cadera tras 3 meses de descarga, comenzando con la carga parcial asistida.

**Comentarios y conclusiones.** La SVNPD es una patología muy agresiva que tiende a comportarse localmente como un tumor maligno. Es necesario su diagnóstico diferencial con algunos de ellos, especialmente el condrosarcoma. En su tratamiento pueden ser necesarias cirugías muy agresivas o radioterapia postoperatoria debido a su alto porcentaje de recidiva.

## CC 745

### TRATAMIENTO RADICAL DE METÁSTASIS TUMORAL HUMERO PROXIMAL

Parra Sánchez, G.; Lara Rubio, A.; Martín López, C.M.; Cortinas, A.;

Vila y Rico, J.; Sain-Ezquerro, J.A. y Llanos Alcazar, L.F.

*HU 12 de Octubre. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** En este poster se presenta la prótesis tumoral como opción válida en el tratamiento de metastasis oseas, una

opcion terapéutica cada vez más relevante desde las evoluciones en el tratamiento farmacológico de estos tumores y la mejora de su pronóstico.

## CC 746

### TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES DE LA VAINA TENDINOSA DE LOS DEDOS

Valcárcel Díaz, A.; Puertas García-Sadoval, P.; García Paños, J.P.; López Martínez, J.J.; Cano Gea, R. y Calatayud Mora, J.A.  
*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

**Introducción y objetivos.** El tumor de células gigantes de la vaina tendinosa es un tumor benigno que suele afectar a la vainas tendinosas de los dedos de los adultos. Aparece como masa indolora que crece y puede ir comprimiendo estructuras vecinas. La progresión de esta tumoración si no es tratada puede llegar a producir una sinovitis reactiva que cuando afecta o invade las regiones articulares provoca lesiones cartilaginosas por la inflamación.

**Material y método.** Paciente varón de 65 años de edad, sin antecedentes de interés, que presenta gran tumoración de partes blandas en región volar de muñeca y mano izquierda que provoca parestesias en territorio del nervio mediano y rigidez de articulaciones MTF e IF. En Ecografía y RMN se evidencia tumor sinovial que engloba N. Mediano y tendones flexores de los dedos con 2 vientres (separados por ligamento transversal del cuerpo).

**Resultados.** Se decide tratamiento quirúrgico realizándose la resección de tumoración sinovial que envuelve tendones flexores de los dedos y nervio mediano. La evolución es satisfactoria recuperando la movilidad de las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas y desaparición de las parestesias. La anatomía patológica informó de tumor de células gigantes de la vaina sinovial.

**Comentarios y conclusiones.** El tratamiento del tumor de células gigantes de la vaina es la extirpación marginal que en las lesiones grandes como en este caso es difícil de realizar desde el punto de vista técnico. El objetivo es la resección lo más completa posible especialmente las regiones que como en el caso presentado producían una compresión extrínseca del nervio mediano y cubital.

## CC 747

### FIBROHISTIOCITOMA MALIGNO DE MUSLO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Salgado Martínez, D.I. y Arriagada Vera, J.  
*Universidad Diego Portales. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Medicina. Hospital Dipreca.*

**Introducción y objetivos.** El Fibrohistiocitoma maligno es el sarcoma de partes blandas más frecuente en la vida adulta. Se presenta como una masa de gran tamaño que genera un efecto compresivo en estructuras circundantes y ubicándose de preferencia en extremidades inferiores. Objetivos: presentar un caso destacando la forma de presentación y la evolución.

**Material y método.** Masculino 30 años. Consulta por cuadro de 3 meses de evolución caracterizado por dolor en muslo derecho asociado a aumento de volumen progresivo, sin antecedente traumático conocido. Ecografía de partes blandas con zona hipoecogénica sugerente de hematoma. Es derivado a nuestro centro para estudio y manejo.

**Resultados.** Cintigrama Óseo muestra reacción perióstica. RNM de Muslo evidencia lesión (15,0 x 11,0 x 11,0 cm) intramuscular del cuádriceps, sugerente de hematoma organizado con efecto de masa. Hematología descarta discrasia sanguínea. Se realiza drenaje y biopsia que es compatible con Fibrohistiocitoma Maligno de alto grado. El estudio de diseminación evidencia en Tac de tórax imágenes de metástasis pulmonares. Comité oncológico decide cirugía paliativa y radioterapia más quimioterapia posterior. Se realiza resección tumoral en bloque.

**Comentarios y conclusiones.** El Fibrohistiocitoma Maligno G III es una neoplasia de alta malignidad. La resección radical del tumor junto con quimioterapia pre y postquirúrgica asociado a radioterapia es el tratamiento de elección. Debe ser sospechada ante el hallazgo de una masa intramuscular, grande y profunda, en las extremidades de un adulto.

## CC 748

### MASA INDOLENTE DE CRECIMIENTO SILENTE EN CADERA

Luque Pérez, R.; Rizo De Álvaro, B.; Puente Lozano, A.; Muiña Rullán, R. y Cebrián Parra, J.L.  
*Hospital Clínicos San Carlos. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Presentamos caso clínico de la mujer de 56 años remitida a la Unidad de Ontología Musculoesquelética del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica que presenta un tumoración en cadera izquierda de 3 años de evolución con crecimiento progresivo, dolor moderado, sin traumatismo ni signos inflamatorios.

**Material y método.** Se le realizó una ecografía de partes blandas en la que se objetivó una tumoración bien circunscrita, ovoidea de 8,8 x 5 x 7,1 cm con varios quistes redondeados en su interior, que sugería quiste hidatídico intramuscular. Se realizó estudio de extensión que no evidenció patología.

**Resultados.** Así que con el diagnóstico de Hidatidosis Muscular Primaria se decide planificar una exéresis de tumoración en bloque tras comenzar tratamiento médico con Albendazol. Como déficit funcional presenta una Trendelenburg positivo. En el momento actual la paciente realiza sus actividades diarias sin limitación.

**Comentarios y conclusiones.** La hidatidosis muscular es una localización muy poco frecuente (1%-4%). La presentación habitual en nuestro medio es la hepática y la pulmonar. Es por esto que ante una masa silente con imágenes compatibles con hidatidosis lo indicado es completar el estudio en busca de lesiones en hígado y pulmón. Además de la cirugía radical de la lesión, con una amplia disección de los tejidos sanos tratando en todo momento de no llegar a ver las hidátides; forma parte fundamental del tratamiento la terapia antiparasitaria con albendazol o mebendazol. Siendo este tratamiento largo (2-3 meses) y con posible toxicidad hepática y medular. Cumpliendo todas estas premisas la hidatidosis muscular primaria puede resolverse sin posibilidad de recidiva.

## CC 749

### SARCOMA DE EWING DEL HUESO ILIACO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Arriagada Vera, J.<sup>1</sup>; Salgado Martínez, D.<sup>2</sup>; Vega Labbé, R.<sup>1</sup>; Gana Hervías, G.<sup>1</sup> y Belletti Barrera, J.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Traumatología y Ortopedia, equipo de tumores musculoesqueléticos, Hospital Dipreca y Clínica Indisa. <sup>2</sup>Interno Traumatología y Ortopedia. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Medicina. Universidad Diego Portales. <sup>3</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Dipreca. Chile.

**Introducción y objetivos.** El sarcoma de Ewing es un tumor de comportamiento maligno con aspecto histológico uniforme. La etiología es aún desconocida. Su incidencia anual es de 0,7 por cada millón de habitantes, afecta más a hombres y se presenta en la segunda década. Se localiza en la diáfisis o en la unión diáfisometafisiaria de los huesos largos o en la pelvis. Objetivos: Presentar un caso característico destacando el manejo y la evolución.

**Material y método.** Femenina, 25 años, con antecedentes de cesárea que evoluciona con dolor y aumento de volumen iliaco derecho. Consulta de Urgencia donde se realiza TAC de pelvis que evidencia tumor en ala iliaca derecha. Es derivada para evaluación y estudio.

**Resultados.** RNM con lesión ósea agresiva y masa de partes blandas 8,5 x 1,0 x 9,0 cm. del hueso iliaco derecho. Resultados de biopsia abierta evidencia Sarcoma de Ewing. Es presentada al comité oncológico se decide Quimioterapia pre y post operatoria asociada a Radioterapia. Se realiza resección ampliada de ala iliaca con biopsia rápida para el manejo de bordes y diferida para necrosis tumoral.

**Comentarios y conclusiones.** Reingresa cursando neutropenia febril por lo cual se difieren ciclos de quimioterapia. Actualmente, continúa recibiendo ciclos de quimioterapia bien tolerada. No ha presentado compromiso funcional secundario a la cirugía ni evidencias de recidiva local. Conclusiones: A través del buen diagnóstico y un tratamiento sistemático y agresivo (Cirugía, Radio y Quimioterapia) se ha logrado una buena supervivencia con buena calidad de vida, lográndose incluso curación en algunos pacientes.

## CC 750

### CONDROSARCOMA GIGANTE DE PELVIS. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Arriagada Vera, J.<sup>1</sup>; Salgado Martínez, D.<sup>2</sup>; Vega Labbé, R.<sup>1</sup>; Gana Hervías, G.<sup>1</sup> y Belletti Barrena, J.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Traumatología y Ortopedia, equipo de tumores musculoesqueléticos, Hospital Dipreca y Clínica Indisa. <sup>2</sup>Interno Traumatología y Ortopedia. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Medicina. Universidad Diego Portales. <sup>3</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Dipreca. Chile.

**Introducción y objetivos.** El Condrosarcoma es un tumor maligno de células productoras de cartilago. Es el segundo tumor óseo maligno en orden de frecuencia, y corresponde al 20% de todos los tumores óseos. Son lentos para metastaziar y pueden crecer hasta inmensas proporciones. Objetivos: Presentar un caso destacando el manejo y evolución.

**Material y método.** Femenina, 73 años. Consulta derivada de otro centro por coxalgia derecha de 1 mes de evolución asociado a aumento de volumen en zona inguino-crural derecha de evolución progresiva, baja de peso y alteración a la marcha. Presenta retención urinaria que es manejada mediante cistostomía, pero con tránsito intestinal conservado.

**Resultados.** Radiografía de pelvis evidencia en relación a la rama iliopubiana e isquiopubiana derecha lesión de contornos espiculados con compromiso de partes blandas adyacentes. Cintigrama óseo sin zonas de captación. RNM de pelvis evidencia masa tumoral (15,7 x 12,5 x 14,3 cm) con aspecto nodular y tabicaciones hipointensas, disecando los músculos de la región obturatriz, ocupando el agujero obturador y con efecto de masa desplazando vejiga, uretra y vagina. A nivel del muslo disecciona los músculos aductores, sin adenopatías regionales. La biopsia evidencia Condrosarcoma de bajo grado. Se solicitan evaluaciones por Urología y Coloproctología para programar manejo quirúrgico conjunto del caso.

**Comentarios y conclusiones.** Familiares rehúsan alternativas de tratamiento y solicitan manejo conservador con controles ambulatorios. Conclusión: La resección quirúrgica agresiva del Condrosarcoma pélvico, resulta en supervivencia a largo plazo en la mayoría de pacientes. Existe una alta correlación entre el grado del tumor y la sobrevida a largo plazo.

## CC 751

### HEMANGIOPERICITOMA MALIGNO DE HOMBRO. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Arriagada Vera, J.<sup>1</sup>; Salgado Martínez, D.<sup>2</sup>; Vega Labbé, R.<sup>1</sup>; Gana Hervías, G.<sup>1</sup> y Belletti Barrena, J.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Traumatología y Ortopedia, equipo de tumores musculoesqueléticos, Hospital Dipreca y Clínica Indisa. <sup>2</sup>Interno Traumatología y Ortopedia. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Medicina. Universidad Diego Portales. <sup>3</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Dipreca. Chile.

**Introducción y objetivos.** El Hemangiopericitoma es una neoplasia maligna de origen vascular que se origina en las células del pericitoma que rodea al capilar. Son tumores poco frecuentes con evolución impredecible que se diseminan por vía hematogena o linfática con un 50% de metástasis. Objetivos: presentar un caso de localización infrecuente con énfasis en el manejo y evolución.

**Material y método.** Femenina, 69 años, antecedentes de valvulopatía mitro-aórtica e HTA. Presenta cuadro de 6 meses de evolución de omalgia izquierda asociado a limitación funcional y aumento de volumen progresivo. RNM de hombro con masa de partes blandas adyacente a la articulación glenohumeral (6 x 4cm). Es derivada a nuestro centro para evaluación y manejo.

**Resultados.** Ecotomografía informa a nivel subescapular profundo masa de 3 x 4 x 5 cm. Con presencia de vasos en su interior. AngioRNM con lesión ósea de aspecto tumoral que compromete glenoides, cuerpo escapular, coracoides y se extiende como masa de partes blandas vascularizada dependiente de la arteria supraescapular hacia la región subescapular. Con compromiso secundario en húmero proximal y clavícula distal. Se realiza biopsia abierta que evidencia Hemangiopericitoma. Cirugía vascular realiza embolización. Se realiza resección de masa de forma parcial por compromiso hemodinámico. La biopsia rápida y diferida confirma el diagnóstico. Comentarios: Es presentada en comité oncológico decidiéndose radioterapia post operatoria con buena respuesta, sin registro de metástasis a distancia. Presentando escasa movilidad de la articulación.

**Comentarios y conclusiones.** El Hemangiopericitoma es un tumor maligno de comportamiento agresivo. El tratamiento de elección es la resección amplia de la masa tumoral asociado con radioterapia y en los casos diseminados quimioterapia.

## CC 752

### DISEMINACIÓN ÓSEA MÚLTIPLE DE ADENOCARCINOMA DE DUODENO. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Arriagada Vera, J.<sup>1</sup>; Salgado Martínez, D.<sup>2</sup>; Vega Labbé, R.<sup>1</sup>; Gana Hervías, G.<sup>1</sup> y Belletti Barrena, J.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Traumatología y Ortopedia, equipo de tumores musculoesqueléticos, Hospital Dipreca y Clínica Indisa. <sup>2</sup>Interno Traumatología y Ortopedia. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Medicina. Universidad Diego Portales. <sup>3</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Dipreca. Chile.

**Introducción y objetivos.** El Adenocarcinoma de Duodeno representa el 35% de los cánceres de intestino delgado. Es diagnosticado en una etapa avanzada, pero con una sobrevida a 5 años de un 50%. Las metástasis más reportadas son en ganglios, hígado y pulmones, pero a nivel óseo son infrecuentes y las localizaciones múltiples son excepcionales. Objetivos: dar a conocer un caso destacando la presentación y evolución.

**Material y método.** Femenina, 70 años, consulta por dolor lumbar irradiado a pierna izquierda de 5 meses de evolución con mala respuesta al tratamiento médico. Destaca antecedente de Adenocarcinoma Ampular operado en otro centro hace 1 año.

**Resultados.** RNM de columna con múltiples focos metastásicos que afectan pelvis ósea y los cuerpos vertebrales desde D9 hasta S3. Radiografías de pelvis y cadera con irregularidad del contorno óseo del trocánter menor izquierdo. Cintigrama Óseo con aumento de actividad osteoblástica polifocal del esqueleto, con compromiso especialmente del tercio proximal de fémur sin evidencias de osteólisis. La biopsia por punción demostró una infiltración de Adenocarcinoma tubular poco diferenciado con presencia de células en anillo de sello con marcada reacción fibroblástica local. Estudio de diseminación con RNM de abdomen y pelvis con 3 nódulos hepáticos. Es presentada al comité oncológico y se decide manejo paliativo con radioterapia en focos vertebrales y femoral izquierdo.

**Comentarios y conclusiones.** Paciente abandona tratamiento con radioterapia y no asiste a controles. Conclusiones: El Adenocarcinoma de duodeno presenta infrecuentemente metástasis óseas. Ante la presencia de síntomas musculo-esqueléticos en pacientes con cirugías abdominopelvianas previas deben ser sospechadas.

## CC 753

### TUMORACIÓN PLANTAR EN EL ANTEPIÉ

García Virto, V.

**Introducción y objetivos.** El objetivo es mostrar nuestra experiencia en el manejo de una tumoración plantar.

**Material y método.** Varón de 62 años que acude a consulta por presentar una tumoración en región plantar de antepié derecho de larga evolución, que le impide calzarse. A la exploración presenta tumoración plantar de 5 x 3 cm a nivel de primer y segundo metatarsiano, móvil, de consistencia elástica e indolora. En la RMN se comprueba la existencia de una masa sólida a nivel de articulación metatarsofalángica de primer dedo que crece en el primer espacio intermetatarsiano, con bordes bien definidos y sin infiltración local. Se plantea un diagnóstico diferencial entre fibromatosis plantar, neuroma y, menos probable, fibrohistiocitoma maligno. Se realiza exeresis completa, observándose una masa lobulada, encapsulada, de coloración blanquecina.

**Resultados.** En el estudio de Anatomía Patológica se pone de manifiesto una masa de 6 x 3 cm que en el estudio histológico se presenta como una lesión hipocelular, con células de morfología fusiforme o estrellada, inmersas en un estroma fibroso, siendo todo ello compatible con un fibroma colagenoso o fibroblastoma desmoplásico. El paciente evolucionó de forma favorable, desapareciendo las molestias que presentaba al calzarse y sin existir signos de recidiva.

**Comentarios y conclusiones.** El fibroblastoma desmoplásico es un raro tumor benigno de las partes blandas, indoloro y de crecimiento lento, que puede presentarse en cualquier localización. Aparece con más frecuencia en varones de edad media, realizándose un diagnóstico dife-

rencial con lesiones de partes blandas benignas y de baja malignidad. El tratamiento se basa en la extirpación completa, no habiéndose descrito recidivas.

## CC 754

### TUMOR EN CARA ANTERIOR DE MUSLO EN PACIENTE PORTADOR DE PRÓTESIS TOTAL DE CADERA

Valcárcel Díaz, A.; Puertas García-Sandoval, P.; Cano Gea, R.; García Paños, J.P.; Martínez Victorio, P. y Calatayud Mora, J.A.  
*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

**Introducción y objetivos.** Las masas tumorales de partes blandas son sugestivas de malignidad cuando aumentan de tamaño progresivamente dando lugar a una clínica de dolor por compresión de las estructuras anatómicas circundantes. El manejo de estos pacientes debe comenzar con una correcta anamnesis y exploración física seguido de las exploraciones complementarias donde la RM es la más importante. Presentamos una caso que clínicamente debuta como un cuadro tumoral por sus características pero que finalmente fue un hematoma encapsulado.

**Material y método.** Varón de 72 años con antecedente de recambio de PTC 9 años antes, presenta tumoración blanda en cara anterior de muslo derecho. En RMN se informa de masa compatible con gran hematoma en compartimento anterior localizado entre vasto intermedio y lateral; pero no se descarta proceso tumoral en correlación con la clínica. Dado el gran volumen, edad y ausencia de antecedente traumático se decide realizar biopsia para descartar un posible origen tumoral. El resultado de la biopsia es inespecífico sin sugerir malignidad.

**Resultados.** Debido a la clínica se decide realizar un tratamiento quirúrgico. Se interviene quirúrgicamente mediante abordaje lateral de muslo encontrando gran hematoma encapsulado entre vasto intermedio y lateral. Al año de la intervención no se observa recidiva del mismo.

**Comentarios y conclusiones.** Es importante descartar el origen tumoral mediante biopsia a pesar de datos de imagen sugestivos de benignidad en pacientes con masas en partes blandas no filiadas. La RM es de suma utilidad pero el diagnóstico definitivo es el anatomopatológico.

## CC 755

### BALÓN DE CIFOPLASTIA COMO PROCEDIMIENTO PRIMARIO O ADYUVANTE DE TRATAMIENTO DE HEMANGIOMAS VERTEBRALES SINTOMÁTICOS

Castrillo Amores, M.A.; Areta Jiménez, F.J.; Álvarez-Sala Walther, F.; Orejas Monfort, E.; Bernácer López, J.L. y Tamburri Bariain, R.  
*Hospital Gómez-Ulla. Madrid. Hospital del Sureste. Madrid. Hospital Ruber Internacional. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Los hemangiomas vertebrales son generalmente asintomáticos y descubiertos de forma casual en estudios de imagen. Sólo un porcentaje pequeño presenta dolor y clínica neurológica, y precisa tratamiento. Objetivos: Valoración del tratamiento de hemangiomas vertebrales sintomáticos mediante balón de cifoplastia.

**Material y método.** Se realiza una revisión de los pacientes tratados quirúrgicamente en el Hospital Gómez-Ulla y Ruber Internacional entre los años 2001 y 2008, haciendo un estudio retrospectivo de aquellos intervenidos por hemangiomas vertebrales sintomáticos.

**Resultados.** Se revisaron 9 pacientes, 6 mujeres y 3 varones, con hemangiomas vertebrales sintomáticos tratados con 11 balones de cifoplastia, 8 torácicos: T8, T9, T10, T11, T12, y T12, y 3 lumbares: L2, L3 y L4. Sólo uno de los balones lumbares fue por hemangioma, el resto fueron fracturas aplastamiento concomitantes. El seguimiento medio fue de 35 meses (entre 1 y 69 meses). En todos los casos se realizó un abordaje bipedicular vertebral. En uno de los casos se realizó laminectomía descompresiva por invasión del canal medular por la tumoración. Las indicaciones quirúrgicas fueron el dolor valorado por EVA y la incapacidad valorada por la escala de Oswestry; sintomatología compresiva medular (un caso con nivel T8; ASIA D). En 7 casos se presentaron características de hemangiomas agresivos. No existieron complicaciones en la técnica quirúrgica en ninguno de los casos. En todos los casos hubo remisión de la sintomatología y no han existido recidivas hasta el momento actual.

**Comentarios y conclusiones.** El balón de cifoplastia es un tratamiento eficaz en los hemangiomas vertebrales, incluso en sus formas agresivas, como tratamiento único o adyuvante de otros tales como laminectomía descompresiva.

## CC 756

### HEMANGIOMA SINOVIAL DE LA RODILLA

Abellan Guillen, J.F.\*; Cubillo, A.\*\*; Villa, A.\*\*; López Valverde, S.\*\*; Sánchez Alegre, M.L.\*\*\* y González López, J.L.\*\*  
*\*Hospital Morales Meseguer. \*\*Hospital Gregorio Marañón. Departamento de Traumatología y Ortopedia Infantil. \*\*\*Hospital Gregorio Marañón. Servicio de Radiodiagnóstico.*

**Introducción y objetivos.** El hemangioma sinovial es una lesión articular benigna y poco frecuente. Puede provocar episodios de inflamación y dolor en adultos jóvenes. Las pruebas de laboratorio, de imagen y los hallazgos clínicos son poco específicos. Conocer esta patología es fundamental para poder llegar al diagnóstico y realizar un tratamiento adecuado.

**Material y método.** Presentamos un niño de 13 años, con episodios intermitentes de inflamación de rodilla durante los últimos dos años. La radiografía simple mostró una masa de partes blandas. La ecografía informó de masa hipocogénica con marcada vascularización. La resonancia magnética mostró una masa suprapatelar polilobulada, hipointensa en T1 y altamente hiperintensa en T2, con realce con el contraste. Con el diagnóstico de sospecha de hemangioma sinovial se propuso tratamiento quirúrgico.

**Resultados.** Se realizó artrotomía de rodilla, resecao una masa polilobulada, rojo-marrónácea. El estudio histológico confirmó el diagnóstico. Al año de seguimiento, el paciente se encuentra asintomático y sin recidivar.

**Comentarios y conclusiones.** El hemangioma sinovial de la rodilla es una lesión poco frecuente, sin patrón clínico característico. El modo más frecuente de presentación es como episodios de inflamación articular sin antecedente traumático. El diagnóstico diferencial: sinovitis villonuclear pigmentada, otras artropatías (artritis crónica juvenil, artropatía hemofílica) y el lipoma arborescens. La RM es la técnica de elección para el diagnóstico, proporciona información sobre la localización y la extensión, guiando la cirugía. Aquellas lesiones pediculadas y bien circunscritas pueden researse mediante artroscopia. Cuando son difusas y mal delimitadas, como en nuestro caso, la artrotomía con resección amplia es el tratamiento recomendado.

## CC 757

### SERIE DE OSTEOCONDROMAS PÉLVICOS

Castán Bellido, L.; Malo Finestra, L.; Velázquez Acón, C.; García Gutiérrez, C.; Seral García, B. y Seral Iñigo, F.  
*HCU Lozano Blesa.*

**Introducción y objetivos.** Es el tumor óseo más frecuente. 41% de los tumores óseos benignos. Suele aparecer en torno a las zonas fisarias de rodilla y humero proximal.

**Material y método.** Presentamos una serie de 16 osteocondromas. Comprendidos en edades entre los 10 y 20 años (7 mujeres y 9 hombres). Entre los que destacamos un caso de condromatosis y 4 casos de localización pélvica (cresta iliaca, dos trocater menor, trocater mayor, rama isquiopubiana). Estando el resto ubicados en torno a la rodilla.

**Resultados.** Clínicamente se manifestaron mediante clínica dolorosa o síntomas compresivos, por lo que fue necesaria su intervención quirúrgica. En ningún caso derivaron hacia la malignidad; siendo su tratamiento quirúrgico el definitivo.

**Comentarios y conclusiones.** Los osteocondromas representan una patología benigna de buen pronóstico bastante frecuente. A destacar las localizaciones axiales debido a la peculiaridad clínica con la que se manifiesta esta patología, y la magnificación de su tratamiento; que por otra parte acontece en pacientes de corta edad.

## CC 758

### SINOVITIS VILLONODULAR PIGMENTADA EN LA INFANCIA.

#### A PROPÓSITO DE UN CASO

Corbacho Sánchez, V.; Pérez Sánchez, A.; Ramos Pérez, M.; Aguilar López, A.; Moreno Maroñas, J.M. y Uceda Carrascosa, M.P.  
*Hospital Sas Jerez de La Frontera.*

**Introducción y objetivos.** La Sinovitis Villonodular Pigmentada es un proceso proliferativo, habitualmente monoarticular, que se encuentra con mayor frecuencia en la rodilla. Suele tener un comienzo insidioso, con inflamación, rigidez y molestias.

**Material y método.** Paciente mujer de 7 años de edad, de raza marroquí, sin antecedentes personales de interés. Acudió a la consulta refiriendo molestias inconstantes en su rodilla derecha con un aumento del volumen progresivo en dicha rodilla de dos años de evolución. No refirió antecedente traumático previo. Se realizó un estudio de radiografía simple de rodilla derecha que resultaron normales. En una RM posterior se observó una tumoración inespecífica en cara anterior de la rodilla. Se decidió realizar una biopsia abierta y enviar la muestra al servicio de Anatomía Patológica, donde se emitió el diagnóstico definitivo de Sinovitis Villonodular Pigmentada.

**Resultados.** Se decidió un tratamiento quirúrgico agresivo con una resección amplia de la tumoración. Nuevamente se envió el material obtenido al servicio de anatomía patológica, donde se corroboró el diagnóstico previamente emitido. Actualmente y tras un año de seguimiento, no se han descrito recurrencias. La mejoría clínica de la paciente ha sido excelente.

**Comentarios y conclusiones.** La sinovitis villonodular pigmentada además de ser una patología poco frecuente, lo habitual es diagnosticarla en la tercera década de la vida, a diferencia de nuestra paciente que solo tenía 7 años en el momento del diagnóstico. Y aunque la resección ha sido amplia, en un tercio de los casos suele recurrir.

## CC 759

### METÁSTASIS DE CARCINOMA DE MAMA EN PACIENTE DE 28 AÑOS. REFLEXIONES SOBRE UN CASO CLÍNICO

López Martínez, J.J.; Rodríguez Martínez, R.; Valcárcel Díaz, A.; García Paños, J.P.; Cano Gea, R. y Puertas García-Sandoval, P.  
*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

**Introducción y objetivos.** El cáncer de mama en pacientes jóvenes muestra una frecuencia en ascenso ante la precisión de las pruebas diagnósticas de hoy día, con una mayor concienciación social acerca de su diagnóstico precoz. Sin embargo, se siguen observando casos donde el diagnóstico se hace tardío y la enfermedad ya está evolucionada.

**Material y método.** Paciente 28 años, con mastectomía total + QT+RT en 2006 por carcinoma de mama Birads V, con buen estado general y buenos controles, en tratamiento con Tamoxifeno. En 2008 sufre accidente laboral con caída sobre cóccix y lumbalgia. Las pruebas complementarias muestran fractura aplastamiento de L2, con desplazamiento intratecal de muro posterior en RMN. En Noviembre 2008 acude a urgencias con lumbociatalgia aguda, con EMG que informa de lesión radicular L2, gammagrafía con único foco de captación en L2 y TAC que informa de fractura aplastamiento de L2, sin más hallazgos patológicos a distancia. Se realiza artrodesis T12-L4 y toma de biopsia. En espera de la misma se realiza PET, que informa de múltiples focos patológicos de captación.

**Resultados.** El informe de la biopsia fue positivo para metástasis de carcinoma mamario.

**Comentarios y conclusiones.** Esto nos muestra que, aunque diagnosticar precozmente una metástasis es difícil, hay que tener actitud de sospecha siempre ante pacientes con antecedentes oncológicos, sobre todo en aquellos con alta carga genética y a edades tempranas.

## CC 760

### ENCONDROMA VERSUS CONDROSARCOMA DE BAJO GRADO

López Martínez, J.J.; Rodríguez Martínez, R.; Fernández Sánchez, R.; Valcárcel Díaz, A.; Cano Gea, R. y Puertas García-Sandoval, P.  
*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

**Introducción y objetivos.** El diagnóstico definitivo de la patología tumoral es anatomopatológico, primero mediante la realización de una biopsia y posteriormente con la confirmación de la pieza resecada. En el caso concreto de los condrosarcomas de bajo grado y encondroma, el diagnóstico por biopsia es difícil y confuso. Es la visión global del paciente lo que nos orientará hacia el manejo más adecuado del paciente, tras la correspondiente exploración física y pruebas complementarias.

**Material y método.** Presentamos dos casos clínicos, el primero de una mujer de 39 años, con una imagen (hallazgo) en la región metafisaria del húmero indolora durante los dos últimos años que desde hace 4 meses se hace dolorosa a la palpación por la noche y en reposo, descartándose mediante RMN una posible afección del supraespinoso (hombro doloroso descartado). La imagen fue catalogada como encondroma. El

segundo caso es un varón que refiere bultoma a nivel de la cara externa del muslo con limitación dolorosa al realizar movimientos de flexión de cadera y tronco en los últimos meses. Tras realizar las exploraciones complementarias se aprecia una imagen de aspecto cartilaginosa de gran tamaño. En ambos casos se realizó una biopsia, siendo informada igual para ambos, condrosarcoma de bajo grado.

**Resultados.** Tras la resección quirúrgica, los resultados difirieron del informe anatomopatológico, siendo el primer caso un encondroma y el segundo un condrosarcoma de bajo grado.

**Comentarios y conclusiones.** Es la visión global del paciente lo que nos orientará hacia el manejo más adecuado del paciente, tras la correspondiente exploración física y pruebas complementarias.

## CC 761

### TUMORACIÓN EN PIERNA DE POCO TIEMPO DE EVOLUCIÓN

Calvo Calvo, S.; Díez Berrio, M.L.; Vivanco Jódar, T.; López Goenaga, J.; García De La Blanca, J.C. y Mayo Santander, F.J.  
*Hospital 12 de Octubre. Madrid.*

**Introducción y objetivos.** El schwannoma maligno es un tumor sarcomatoso poco frecuente y muy agresivo. Se localiza con más frecuencia en extremidades.

**Material y método.** Varón de 66 años remitido a consultas de traumatología por un bulto en la cara medial de la pantorrilla de 5 meses de evolución. Aporta una PAAF "negativa para células malignas" y una RNM que sugiere tumor de estirpe sarcomatosa. El paciente sólo refiere dolor. A la exploración se palpa un bulto duro, no rodadero, sin signos de infiltración ni afectación distal. Se biopsia y se hace un estudio de extensión. La inmunohistoquímica y la anatomía patológica es compatible con "tumor de las vainas nerviosas periféricas", el body-TAC y los marcadores tumorales son normales y la gammagrafía ósea muestra captación positiva en partes blandas en la pantorrilla y reacción osteoblástica en peroné. Se procede a la cirugía a los 39 días desde la primera consulta. La tumoración no puede separarse del nervio tibial posterior al no haber plano de clivaje, se secciona el nervio 3 cm por encima de la tumoración y se liga el paquete vascular del tibial posterior.

**Resultados.** La anatomía patológica de la pieza quirúrgica confirma el diagnóstico y además añade que el tumor respeta márgenes quirúrgicos. Es de alto grado por el número de mitosis que presenta.

**Comentarios y conclusiones.** Hay que pensar en los sarcomas ante la presencia de una tumoración indolora en extremidades, debido a la importancia del diagnóstico precoz. La cirugía con márgenes amplios puede ser curativa.

## CC 762

### MIXOMA INTRAMUSCULAR EN EL ERECTOR TRUNCI

Álvarez Almarza, S.; Meana Moris, A.R.; García González, P.; Moro Barrero, L.A.\*; Fuente Martín, E.\*\* y Maestro Fernández, A.\*\*\*  
*S. Radiodiagnóstico. \*S. Traumatología. \*\*S. Anatomía Patológica. Hospital de Cabueñes. Gijón. \*\*\*FREMAP Gijón.*

**Introducción y objetivos.** Infrecuente presentación de mixoma, o tumor de células estrelladas indiferenciadas en el seno de un estroma mixoide.

**Material y método.** Se presenta el caso de un paciente de 68 años con un "bultoma" en región paraespinal desde hace 5 meses. Ecografía: masa por debajo del trapecio, bordes bien definidos y ecogenicidad heterogénea. Ante sospecha de posible tumoración de tejidos blandos se realiza RM complementaria: masa en musculatura erectora izquierda de columna dorsal, ligeramente hipointensa en T1 y muy hiperintensa en T2 que tras la administración de cte iv muestra realce periférico y algún foco de captación irregular en porción inferior, hallazgos sospechosos de tumoración de tejidos blandos tipo mixoma intramuscular, siendo necesario descartar otras posibilidades como liposarcoma mixoide, por lo que se extirpa. Macroscópicamente: masa bien encapsulada y material blanquecino de aspecto mucoide. Microscópicamente: celularidad pequeña, estrellada, sin mitosis, escasamente vascularizado, estroma mixoide, sin características malignas. Estos hallazgos confirman el diagnóstico de mixoma intramuscular.

**Resultados.** El mixoma intramuscular es una lesión mesenquimal benigna rara ligeramente más frecuente en mujeres de edad media. Se localiza más comúnmente en muslo y no recidiva tras extirpación. Es

tumor hipocelular sin atipia y característica ausencia de componente vascular, compuesto por matriz mucoide. TC: típicamente valores de atenuación intermedios, aunque existen casos con valores similares a grasa. RM: masa bien definida, hipointensa en T1, hiperintensa en T2. Tras administrar cte: realce intenso y heterogéneo. Importante detectar pequeño borde similar a grasa (atrofia músculo circundante). Se han descrito casos en RM como masas complejas con áreas indistinguibles de grasa, que dificulta diagnóstico diferencial con liposarcoma mixoide, aunque éste presenta típicamente realce intenso y alta señal de los focos de grasa en T1.

**Comentarios y conclusiones.** El mixoma intramuscular contiene matriz mucoide sin atipia celular y característica ausencia de componente vascular. Presenta características intrínsecas similares al quiste (hipoecogénico en ecografía, hipodenso en TC, e hipointenso en T1 y muy hiperintenso en T2 en RM), hallazgos que ayudan al diagnóstico diferencial con tumores de peor pronóstico (liposarcoma mixoide). Nivel de evidencia. Nivel 4. Caso estudio control.

## CC 763

### QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO ASTRAGALINO

Yebra Pareja, J.C.; Holgado Macho, I.A.; Salmerón Élez, G.; Najem Rizk, A.N. y Escudero Bayon, N.  
*Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.*

**Introducción y objetivos.** Presentamos el caso de un quiste óseo aneurismático (QOA) en una localización infrecuente como es el astrágalo en una paciente de 22 años, diagnosticado y tratado recientemente en nuestro centro, proponiendo injerto autólogo de hueso esponjoso, tras curetaje de la zona afectada.

**Material y método.** Revisión de un caso clínico.

**Resultados.** Tras estudio con ayuda de pruebas complementarias (radiografía simple, RNM), se detecta imagen quística en porción antero-medial del cuerpo del astrágalo derecho. Se realiza biopsia diagnóstica, que confirma la sospecha de quiste óseo aneurismático. En un segundo tiempo se realiza escisión y curetaje de tumoración quística, utilizando injerto autólogo de hueso esponjoso de cresta iliaca.

**Comentarios y conclusiones.** Siendo el quiste óseo aneurismático una tumoración de presentación típica sobre diáfisis de huesos largos, y afectando principalmente en la segunda década de la vida sin especial predilección por el género, encontramos localización atípica sobre el cuerpo astragalino (según la literatura el quiste óseo aneurismático se presenta en el 3% referidos al pie, sin concretar en el astrágalo)

## CC 764

### ALOINJERTO OSTEOARTICULAR DE HÚMERO DISTAL. EVOLUCIÓN A 19 AÑOS

Combalía, A.; Casanova Mora, L.; Fernández-Valencia, J.A.; Segur, J.M. y Peidro, L.  
*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Instituto de Especialidades Médico Quirúrgicas (ICEMEQ), Hospital Clinic Universitario de Barcelona.*

**Objetivo.** El uso de aloinjertos osteoarticulares en cirugía ortopédica está muy extendido. Existe un limitado conocimiento sobre el comportamiento a largo plazo de estos aloinjertos, en particular en aquellos casos de implantación de injertos óseos masivos.

**Material y método.** Paciente con una metástasis única de carcinoma de mama a nivel del húmero distal izquierdo a la cual se le realizó una resección amplia de la lesión siendo sustituida por un aloinjerto estructural de segmento inferior de húmero en 1990.

**Resultados.** Diecinueve años tras la intervención, la paciente, libre de enfermedad, mantiene una aceptable función articular. La radiología muestra cambios degenerativos articulares avanzados. No ha ocurrido ninguna fractura. La articulación permanece estable y sin dolor, permitiendo a la paciente realizar sus actividades básicas a diario.

**Conclusiones.** La complejidad de la reconstrucción articular con aloinjerto, tras una resección tumoral, comporta mayores riesgos que otras posibles soluciones. No está exenta de complicaciones (Infecciones, fracturas etc.). El caso presentado muestra la evolución clínica y radiológica con 19 años de seguimiento.

## CC 765

### ALOINJERTO ARTICULAR COMPLETO DE HOMBRO (ESCÁPULA-CLAVÍCULA-HÚMERO). RESULTADO A LOS 12 AÑOS

Combalía, A.; Casanova Mora, L.; Segur, J.M.; Peidro, L.;

García, S. y Suso, S.

*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Instituto de Especialidades Médico Quirúrgicas (ICEMEQ), Hospital Clinic Universitario de Barcelona.*

**Objetivo.** La implantación de un injerto masivo que incluya una articulación completa es, aún hoy, excepcional. El seguimiento a largo plazo de este tipo de reconstrucciones es muy poco conocido por su rareza y también por el pronóstico de la enfermedad de base.

**Material y método.** Paciente que con 35 años fue diagnosticado de un condrosarcoma estadio IIB de escápula izquierda con invasión de la articulación gleno-humeral. Se realizó en 1997 una cirugía con intención curativa con resección tumoral en bloque tipo IV de Malawer y reconstrucción articular con aloinjerto osteoarticular gleno-humeral y coracoclavicular completo, que incluyó: epifisis proximal de húmero, escápula completa y tercio distal de clavícula con sus ligamentos.

**Resultados.** El paciente no presentó recidiva local del condrosarcoma. A los 4 años de la intervención se le diagnosticó una metástasis pulmonar por la que fue nuevamente intervenido y la lesión fue resecada en su totalidad. A los 12 años de seguimiento, el paciente está libre de enfermedad. La radiología muestra una reabsorción total de la epifisis proximal del húmero, mientras que la clavícula y la escápula, si bien muestran signos focales de reabsorción, mantienen una estructura y relaciones anatómicas normales. La abducción y antepulsión es nula pero mantiene las rotaciones y no presenta dolor. El paciente se muestra satisfecho con el resultado obtenido.

**Conclusiones.** En la cirugía oncológica del aparato locomotor tiene más importancia, sin duda, la correcta resección de la lesión, de lo que va a depender el pronóstico vital del paciente. Sin embargo, hoy día, con los medios disponibles, una correcta resección tumoral no tiene porque estar enfrentado con una correcta reconstrucción osteoarticular que permita conservar la extremidad. El paciente que presentamos, pese a tener una pobre función articular en el hombro intervenido, mantiene una extremidad útil a los 12 años de la intervención.

## CC 766

### OSTEOMA OSTEOIDE EN EL ESCAFOIDES CARPIANO

Reverte Vinaixa, M.

*Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Introducción y objetivos.** El osteoma osteoide es un tumor osteoblástico benigno que afecta principalmente a los huesos largos. En la muñeca es una lesión infrecuente, con gran polimorfismo clínico y síntomas inespecíficos. Junto con la dificultad de interpretar algunas pruebas diagnósticas hace que sea difícil llegar a su diagnóstico.

**Material y método.** Se presenta el caso de un paciente de 24 años con dolor en la muñeca derecha de dos años de evolución, tumefacción y disminución de la movilidad sin antecedente traumático. Inicialmente, fue orientado como una sinovitis secundaria a una enfermedad inflamatoria o infecciosa. Incluso se realizó una biopsia sinovial, informada como una sinovitis crónica reactiva. Al llegar a nuestro centro, presentaba una franca disminución de la movilidad, dolor constante que aumentaba con la actividad y los cambios de temperatura. Se revaloraron las pruebas complementarias, con las imágenes de la RMN, la TAC y la clínica se sospechó la presencia de un osteoma osteoide en el escafoide. Se realizó la exéresis del nido en bloque con autoinjerto de radio distal. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de osteoma osteoide.

**Resultados.** El paciente actualmente tiene una leve limitación de la flexión palmar, está sin dolor y se ha incorporado a su actividad habitual.

**Comentarios y conclusiones.** Los pacientes con dolor de muñeca de tiempo de evolución y sin antecedente traumático previo, habría que incluir el osteoma osteoide en el diagnóstico diferencial. En la muñeca, como en la mano, puede presentar una clínica diferente a la de las localizaciones clásicas y, las exploraciones complementarias pueden no ser definitivas en el diagnóstico.

## CC 767

### MIOSITIS OSIFICANTE EN HOMBRO

Miranda Sanroma, E.\*; Majó Buigas, J.\*\*; Gebellí Jové, J.T.\*; Bel Llop, M.\*; Jarra Antacle, M.\* y Recasens Robert, J.\*

\*Hospital de Sant Pau i Santa Tecla (Tarragona), \*\*Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona).

**Introducción y objetivos.** La miositis osificante postraumática (MOP) es un proceso proliferativo benigno en el que se forma hueso de un tejido no óseo (metaplasia). La MOP ocurre generalmente como complicación de lesiones musculares con hematoma. No es infrecuente que el estudio de la lesión plantee problemas en el diagnóstico diferencial, pues dichas lesiones pueden ser confundidas con tumores óseos.

**Material y método.** Varón de 34 años de edad, que tras realizar un esfuerzo físico presenta dolor severo y tumoración en el hombro derecho. RX: sin alteraciones significativas. Laboratorio: PCR de 25, resto anodino. Ecografía: Tumoración a nivel de supraespinoso. RMN: Tumoración en supraespinoso e infraespinoso mal delimitada sin alteración de las fascias. **Resultados.** Se realiza una punción dirigida por ecografía obteniendo muestra suficiente que Anatomía Patológica define como: compatible con miositis osificante. Previo contacto con la unidad de Cirugía Ortopédica del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona supervisó nuevamente las fibrillas, confirmando nuestro diagnóstico. Se inmoviliza la extremidad afectada. Se administra analgesia y antiinflamatorios por vía parenteral inicialmente y posteriormente por vía oral. Se remite el enfermo a RHB. A los tres meses de la lesión se objetiva una zona calcificada bien delimitada radiográficamente. Actualmente la tumoración ha disminuido de tamaño y de densidad, así como el dolor, a la espera de revaloración para decidir exéresis, o no, de la lesión.

**Comentarios y conclusiones.** En pacientes jóvenes que presenten masas de aparición súbita, la MOP es una entidad poco frecuente que debemos incluir en el diagnóstico diferencial.

## CC 768

### A PROPÓSITO DE UN CASO DE DISPLASIA FIBROSA FEMORAL

Cortés Muriel, L.; Rodríguez, A.; Álvarez, P.; Monzón, J.A. y Gutiérrez, D. Servicio C.O.T. del Hospital San Eloy, Barakaldo (Bizkaia).

**Introducción y objetivos.** A propósito de un caso de displasia fibrosa femoral.

**Material y método.** Un varón de 74 años consulta por dolor en muslo derecho al iniciar la deambulación. A la exploración no presenta limitación de movilidad, no se palpan masas ni existe dolor a la palpación. La radiografía revela una lesión lítica en tercio proximal de fémur derecho. TAC: lesión lítica de 7 x 1,8 cm, intramedular que no adelgaza la cortical, pequeñas calcificaciones en su interior, podría tratarse de displasia fibrosa pero sin poder descartar condrosarcoma u osteosarcoma. La RMN da como posible diagnóstico displasia fibrosa. Se realiza biopsia, resultado anatomopatológico: displasia fibrosa.

**Resultados.** Al poco tiempo de la biopsia desaparece el dolor y sigue permaneciendo asintomático.

**Comentarios y conclusiones.** La displasia fibrosa es una enfermedad ósea crónica que destruye y reemplaza el hueso normal con tejido óseo fibroso. Puede ser mono o poliostótico, la localización más frecuente es femoral diafisaria. Se desconoce la causa, aunque se sospecha que se debe a irregularidades químicas en una proteína ósea específica. La sintomatología que puede producir es: dolor, deformidades, fracturas patológicas, compresión del nervio óptico en las lesiones de base craneal, síntomas radiculares o medulares... La degeneración maligna es rara y debe sospecharse ante dolor continuo o cambios radiológicos rápidos. Se debe confirmar el diagnóstico mediante biopsia para descartar lesión maligna. Precisa tratamiento cuando: dolor: curetaje se asocia a alta tasa de recidiva, se aconseja injerto o enclavado intramedular, fracturas y grandes deformidades, descompresión neurológica vertebral, tratamiento de malignizaciones.

## CC 769

### FRACTURA PATOLÓGICA ITERATIVA EN ENFERMEDAD DE PAGET

Fernández González, T.; Zabala Llerandi, J.; Arias Martín, F.; Vázquez Vecilla, I.; Virseda García, L. y Ramos Río, A. Hospital de León. León.

**Introducción y objetivos.** La enfermedad de Paget es un trastorno no neoplásico que simula un tumor óseo. Produce reabsorción osteoclástica

(hueso reticular) seguida de regeneración osteoblástica (hueso primitivo). En el tratamiento de la enfermedad de paget son de elección los bifosfonatos.

**Material y método.** Presentamos el caso de una paciente de 78 años, intervenida quirúrgicamente en el 2006 de fractura subtrocantérea de fémur derecho mediante una placa de acero. Ingresa nuevamente en septiembre de 2008 por presentar nuevo trazo de fractura diafisaria, sin referir traumatismo previo, inmediatamente por debajo de la placa. Se procede a retirada de la placa previa y colocación de placa LCP-DCP (Synthes).

**Resultados.** Tras 6 meses de evolución la fractura ha consolidado. Durante este período se suspendió el tratamiento con bifosfonatos.

**Comentarios y conclusiones.** Las fracturas son complicaciones importantes y relativamente frecuentes de la enfermedad de Paget, especialmente de la forma osteolítica y en los huesos que soportan peso. La reparación de las fracturas es a menudo compleja, siendo comunes las uniones tardías y la pseudoartrosis. La alteración en la microarquitectura ósea, el empleo continuado de bifosfonatos, asociado a la rigidez de la placa de acero pueden haber sido factores predisponentes en la aparición de esta fractura de estrés. El empleo de placas de titanio, con un mayor módulo de elasticidad pueden disminuir la incidencia de nuevas fracturas.

## CC 770

### QUISTE SINOVIAL INTRANEURAL COMO CAUSA DE PARÁLISIS AGUDA DEL NERVO CIÁTICO POPLÍTEO EXTERNO

Rovira Martí, P.; Aldecoa Llauredó, J.; Viñas Gayà, J.; Boada Roig, F. y Giné Gomà, J.

Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona.

**Introducción y objetivos.** En el diagnóstico diferencial de parálisis no traumática del nervio CPE se incluyen los siguientes diagnósticos: schwannoma, neurofibroma, quiste sinovial intraneural, sarcoidosis, amiloidosis o patologías neurológicas hereditarias. La forma más frecuente de quiste intraneural es el que afecta al nervio peroneal. Este se originará en la articulación tibioperonea proximal y ascenderá por la rama articular del nervio.

**Material y método.** Paciente que presentó de forma aguda un dolor intenso en la rodilla y déficit de extensión del pie ipsilateral. Se practicó una electroneurografía, que evidenció una neuropatía muy severa del nervio CPE, y una resonancia magnética donde se visualizaban cambios inflamatorios del nervio. Bajo la sospecha clínica de parálisis del nervio ciático popliteo externo por quiste sinovial intraneural, se practicaron 2 nuevas RM hasta conseguir objetivar el ganglión intraneural. Se realizó una endoneurólisis del nervio CPE y drenaje del quiste sinovial.

**Resultados.** La evolución postoperatoria ha sido satisfactoria, con gran mejoría clínica y electroneurográfica.

**Comentarios y conclusiones.** Los gangliones intraneurales pueden ser difíciles de diagnosticar al aparecer y desaparecer espontáneamente. Su visualización mediante pruebas de imagen como la RM o la ecografía nos dará el diagnóstico. El tratamiento es quirúrgico y consiste en la descompresión urgente del nervio mediante la exéresis del quiste y la desconexión de su pedículo para evitar las recurrencias. Sólo un alto grado de sospecha clínica llevará a realizar un estudio por la imagen correcto y una cirugía urgente, imprescindibles para la curación del paciente.

## CC 771

### LESIONES ÓSEAS SUGESTIVAS DE MALIGNIDAD. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

Martín Magaña, L.; Iborra Lozano, A.; Aroca Cabezas, A.; Navarro Ortiz, R. y Alonso Díaz-Marta, M.

Hospital General Universitario de Alicante.

**Introducción y objetivos.** Exponer la importancia del diagnóstico diferencial en el caso de 2 pacientes que presentaron exploraciones propias de una enfermedad ósea maligna.

**Material y método.** Se describe el caso de 2 pacientes que consultaron en el mismo mes por clínica dolorosa de características leves y presentaron en las pruebas complementarias lesiones óseas osteolíticas sugestivas de malignidad. Asimismo, se expone el proceso diagnóstico diferencial.

**Resultados.** Tras el pertinente estudio clínico, analítico y de imagen, las lesiones se diagnosticaron como tumores pardos en el contexto de cuadros de hiperparatiroidismos primarios. Tras el tratamiento quirúrgico

correspondiente, ambos pacientes recuperaron la normalidad en los parámetros analíticos y lograron la remisión de la clínica.

**Comentarios y conclusiones.** El hiperparatiroidismo es una enfermedad endocrina que consiste en una secreción excesiva de hormona paratiroidea por las glándulas paratiroideas. En casos graves, puede presentarse una enfermedad ósea característica que se denomina tumor pardo, y que suele aparecer como imágenes de aspecto heterogéneo, osteolíticas, que pueden afectar a partes blandas y pueden invadir corticales, hipercaptantes o incluso con tabiques intralesionales. Debido a esta heterogeneidad, los tumores pardos pueden simular otras lesiones óseas malignas con las cuales se debe realizar un diagnóstico diferencial. Como conclusión, los tumores pardos son lesiones de naturaleza benigna que sugieren malignidad cuando se estudian con las pruebas de imagen, y que se deben tener en cuenta ante el hallazgo de una lesión sospechosa, ya que tienen un diagnóstico accesible, un pronóstico favorable y un tratamiento etiológico sencillo.

## CC 773

### FRACTURAS DE REPETICIÓN EN PACIENTE CON DISPLASIA FIBROSA

Laso Carbajal, A.; Alonso Álvarez, D.; Antón García, S.; López-Anglada Fernández, E. y De Riva García, A.  
*Hospital Universitario Central de Asturias.*

**Introducción y objetivos.** Se pretende hacer un estudio descriptivo de un caso, en paciente con fracturas repetitivas de huesos largos y evaluar tratamientos a lo largo de 30 años de evolución.

**Material y método.** Recogida a través de la historia clínica de la patología padecida y la documentación con estudios radiográficos. Además de descripción de las técnicas quirúrgicas realizadas y sus resultados. En este caso, el enclavado endomedular.

**Resultados.** La paciente se encuentra asintomática y con buena consolidación de las fracturas. Además, estable en cuanto a su patología de base.

**Comentarios y conclusiones.** Displasia fibrosa es el término acuñado por Lichtenstein y Jaffe para describir un trastorno que afecta fundamentalmente al hueso, pero a veces se acompaña de anormalidades extraesqueléticas. El método de tratamiento debe seleccionarse cuidadosamente según la severidad de afectación y los resultados radiográficos

y clínicos de cada paciente. El pronóstico total para un paciente que tiene displasia fibrosa depende de la severidad de la afectación que está relacionada con la implicación de huesos individuales y el número total de sitios de la lesión.

## CC 774

### SHWANOMA MÚLTIPLE DEL NERVIOS TIBIAL POSTERIOR

Pizzuti Dopazo, J.P.; Amorós Barcelo, P.; Ortega Placias, S.; Belloso García, E.; Díez, E. y Sanjuan Castillo, M.A.  
*Hospital Sant Jaume de Calella.*

**Introducción y objetivos.** Los shwanomas son los tumores más frecuentes de la vaina de los nervios periféricos. Constituye aproximadamente un 5% de las neoplasias benignas de los tejidos blandos. Compromete raíces espinales y simpáticas en cabeza y cuello, superficie flexora de extremidades superiores e inferiores (especialmente nervios cubital y peroneo), mediastino y retroperitoneo. No tiene predilección por sexo. Afecta a pacientes entre 20 y 40 años. Usualmente son solitarios, menores de 5 cm al momento del diagnóstico, de crecimiento lento, móviles a la palpación, generalmente asintomáticos, excepto cuando son de gran tamaño en que pueden presentarse con dolor. De morfología fusiforme y habitualmente excéntricos en relación al eje del nervio. Rara vez se asocian a neurofibromatosis. Histológicamente presentan áreas celulares (Antóni A) y áreas hipocelulares (Antóni B), con alto contenido mixoide, lo que se correlaciona con su aspecto imagenológico.

**Material y método.** Presentamos el caso de un paciente de 22 años con tumoración submaleolar interna móvil dolorosa desde hace un año. No presentaba signos de Tinel ni déficit neurológico. La RMN informa como quiste sinovial del tendón tibial posterior por lo que se programa la exéresis.

**Resultados.** En la intervención quirúrgica se evidencia tumoraciones múltiples del tibial posterior las que se resecan y envían a anatomía patológica y cultivo. La anatomía patológica informa como shwanoma múltiple del tibial posterior.

**Comentarios y conclusiones.** Luego de la resección el paciente se encuentra asintomático. Se presenta el caso para plantear los diagnósticos diferenciales ya que muchas veces son confundidos con cialgias y quistes sinoviales.