

### CARTA

Sr. Director:

En el número 2 del volumen 47 de la Revista de Ortopedia y Traumatología, Molero et al publicaron un estudio sobre la utilización de la profilaxis tromboembólica venosa en la cirugía de cadera. En el apartado de resultados, los autores incluyeron a la sulodexida como un antiagregante plaquetario, cuando de acuerdo con la clasificación de la OMS, la sulodexida está incluida en el grupo B01AB de heparinas junto con la heparina y las heparinas de bajo peso molecular.

M.D. Benedicto

Departamento Médico Laboratorios Tedec-Meiji Farma, S.A.  
Alcalá de Henares. Madrid.

### RÉPLICA

Sr. Director:

Vaya por delante nuestro agradecimiento a los autores de la carta previamente mencionada, en la que se hace un comentario discrepante sobre un trabajo que hemos publicado recientemente en esta revista (2003;47:129-33). Sin embargo, la discrepancia es sólo aparente. Los autores, médicos farmacólogos clínicos con años de ejercicio, fuimos conscientes desde la obtención del dato que la sulodexida no es un antiagregante plaquetario. Si en los «resultados» apareció como tal, fue porque así la calificaron y utilizaron los médicos que la prescribieron en la indicación estudiada. Dicho resultado, que por rigor metodológico tuvimos que admitir a pesar de nuestro rechazo profesional, fue uno de los varios que conformaron el grupo que denominamos «profilaxis incorrecta» (así consta en la «discusión»).

J. A. Durán Quintana

Servicio de Farmacología Clínica.  
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

### CARTA

Sr. Director:

Hemos leído con mucho interés el excelente «Tema de Actualización»: *Fracturas petrocantéreas. Método e indicaciones terapéuticas* de J.M. Curto Gamallo, L.R. Ramos Pascua y J.A. Santos Sánchez (2003;47[2]). Quisiéramos efectuar dos comentarios al citado artículo.

En primer lugar creemos que la figura 2 que tiene como leyenda clavo-placa de McLaughlin corresponde en realidad a un clavo placa de ángulo fijo o monobloque<sup>1</sup>. En segundo lugar, con respecto al clavo endomedular tipo gamma se dice: «Las complicaciones postoperatorias de los clavos gamma incluyen: ...; dolor (6%-10% de los pacientes a los 6 meses de la intervención, en relación con un supuesto 'efecto punta' por un mecanismo de *stress shielding* debido al excesivo ajuste distal del clavo y a su rigidez...»

Creemos que el párrafo puede inducir a confusión ya que el *stress shielding* no es un mecanismo, sino el fenómeno de reabsorción que se observa en aquellas regiones óseas en las que se produce una disminución de la carga por aplicación de una férula más rígida (osteosíntesis o prótesis). Cuando se aplica una carga a un sistema mecánico que está formado por dos o más componentes con distintos módulos de elasticidad, el componente con el mayor módulo de elasticidad (acero o titanio) absorbe más carga, protegiendo al de menor módulo de elasticidad (hueso) que reacciona reabsorbiéndose porque ya no es necesario<sup>2,3</sup>. Wolff, en 1892, ya observó que la arquitectura del hueso se adaptaba a la función; cuando colocamos un implante que le releva de la función, reacciona reabsorbiéndose. Por el contrario, el aumento de la carga que ocasionalmente tiene lugar en el extremo distal del implante produce dolor y un aumento de la osteogénesis que es denominado efecto punta.

J. Creus-Puig y J.M. Muñoz-Vives

Servicio de COT. Hospital Universitari de Girona. Girona.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Paaschburg Nielsen B, Jernes R, Rasmussen LB, Ebling A. Trochanteric fractures treated by the McLaughlin nail and plate. *Injury* 1985;16:333-6.
2. Tarr RR, Wiss DA. The mechanics and biology of intramedullary fracture fixation. *Clin Orthop* 1986;212:10-7.
3. Lazo Zbikowski J, Lazo-Zbikowski Taracena JM. Osteosíntesis estáticas y dinámicas. *Rev Ortop Traumatol* 1999;43:167-74.

### RÉPLICA

Sr. Director:

Agradecemos los comentarios al trabajo publicado, que denotan una minuciosa y acertada lectura. Con respecto a la primera apreciación es evidente que la figura 2 corresponde a un clavo monobloque y no a un clavo-placa articulado de McLaughlin, y que hubo un error en la selección de las fotografías por nuestra parte. Con respecto al comentario sobre el *stress shielding*, si bien la acepción de «mecanismo»

debiera mejor sustituirse por la de «fenómeno», nos parece que el significado de la frase en el contexto del tema es lo verdaderamente importante. En este sentido, el *stress shielding* que se produce en un implante encerrojado estático en el fémur, como puede ser un clavo gamma, puede ser causa de dolor<sup>1</sup>.

J.M. Curto Gamallo

Hospital Clínico Universitario, Salamanca.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hardy DC, Drossos K. Slotted intramedullary hip screw nails reduce proximal mechanical unloading. *Clin Orthop* 2003; 406:176-84.

## CARTA

Sr. Director:

He leído con interés el editorial del número de septiembre del 2003 de su revista, titulado *Comunicar o escribir: ¿es ésta la cuestión?*<sup>1</sup>. En él el Dr. Cáceres reflexiona sobre el escaso porcentaje de las comunicaciones presentadas en los congresos de la SECOT que acaban siendo publicadas en una revista de la especialidad.

Creo que las razones sugeridas en el estudio de Sprague et al<sup>2</sup> no se aplican en nuestro medio. Una simple comparación entre los datos disponibles en EE.UU. y en España puede arrojar luz sobre el tema. En España un grupo de aproximadamente 3.500 miembros de la SECOT presentaron en el congreso de la SECOT de 2002 en Barcelona 334 comunicaciones orales<sup>2</sup> (95 comunicaciones por cada 1.000 traumatólogos) de las que se publicarán en torno al 5%<sup>1</sup> (17 publicaciones, 5 por cada 1.000 traumatólogos). En EE.UU. un grupo de aproximadamente 20.300 traumatólogos<sup>3</sup> presentaron en el congreso de 1996 de la AAOS 465 comunicaciones orales<sup>4</sup> (23 comunicaciones por cada 1.000 traumatólogos) de las que se publicaron 159 (8 publicaciones por cada 1.000 traumatólogos). Existe una gran disparidad en el primer cociente (95 comunicaciones frente a 23 por cada 1.000 traumatólogos), pero no es tan importante en el segundo (5 publicaciones frente a 8 por cada 1.000 traumatólogos).

Mi impresión es que no existe un déficit real de publicación de los resultados de los estudios realizados por los traumatólogos españoles, sino que el defecto se produce en la calidad de los trabajos que se aceptan para su presentación en los congresos de la SECOT. Si se redujese el número de comunicaciones orales aceptadas en un 70%-80%, por ejemplo a 70, probablemente el número de estudios que acaban publicándose sería el mismo (de unos 17, un 24% de los presentados) con una tasa de publicación mucho más

adecuada. Como valor añadido conseguiríamos hacer más accesible e interesante nuestro querido congreso de la SECOT, en el que cada vez es más difícil acercarse al contenido científico útil entre la maraña de comunicaciones simultáneas, exhibiciones farmacéuticas y eventos paralelos.

Entiendo que los comités organizadores del congreso se enfrentan a importantes tentaciones para no hacer una selección estricta. Por una parte se encuentran con la presión de organizar un congreso grande para soportar la comparación con los de años anteriores, y eso incluye aumentar el número de comunicaciones. Por otra parte, aceptar un gran número de comunicaciones es una manera fácil de asegurar una asistencia alta y un porcentaje de inscripciones elevado que sufrague los gastos del congreso (en Barcelona se presentaron entre carteles y comunicaciones 827 estudios con más de 2.000 autores, y hubo sólo unas 1.700 inscripciones).

Sin embargo, creo que es necesario y bueno un esfuerzo para aumentar la calidad de las presentaciones en el congreso de la SECOT. El éxito de un congreso no lo da la cantidad de sus presentaciones, sino la calidad de éstas, y los asistentes debemos pensar si es mejor ir al congreso a escuchar que a hablar.

M.A. Ruiz-Ibán

Servicio de COT. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cáceres, E. Comunicar o escribir: ¿es ésta la cuestión? *Rev Ortop Traumatol* 2003;47:305.
2. Cáceres E. Presentación. Libro de Resúmenes del 39 Congreso de la SECOT. Barcelona, 2002; p: 10-11.
3. Lee PP, Jackson CA, Relles DA. Demand-Based Assessment of Workforce Requirements for Orthopaedic Services. *J Bone Joint Surg Am* 1998;80A:313-26.
4. Sprague S, Bhandari M, Devereaux PJ, Swiontkowski MF, Tornetta P III, Cook DJ, et al. Barriers to Full-Text Publication Following Presentation of Abstracts at Annual Orthopaedic Meetings. *J Bone Joint Surg Am* 2003;85A:158-63.

## RÉPLICA

Sr. Director:

En primer lugar quisiera agradecer muy sinceramente el comentario de Miguel Ángel Ruiz Ibán del Hospital Ramón y Cajal de Madrid sobre mi editorial: *Comunicar o escribir: ¿es ésta la cuestión?*<sup>1</sup>, en el expuse que existe una situación muy diferente entre la tasa de publicación en forma de artículos originales o notas clínicas de las comunicaciones presentadas en nuestros congresos (alrededor del 5%) comparativamente a lo que se produce en otros congresos anuales internacionales de Ortopedia y Traumatología (alrededor del 45%).