

RESÚMENES

CARTELES CIENTÍFICOS

C.C: 01.¿CALCIFICACIÓN HETEROTÓPICA TIPO IV? EN CADERA PARALÍTICA PORTADORA DE P.T.C.

Pardo Collantes JM; Jiménez Arall E; Martín Flor I.

Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante.

E-MAIL: jmparcol@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: Mujer de 58 años con antecedentes de poliomielitis, intervenida hace 12 años por presentar coxartrosis secundaria a coxa valga y displasia acetabular, implantándose PTC. A los 4 años requirió recambio de cotilo requiriendo colocación de injerto de hueso para aumentar la superficie del techo del acetábulo.

Desde entonces la paciente estaba asintomática salvo por pequeñas molestias ocasionales. Durante su seguimiento en consultas, 5 años después de la intervención, desarrolló una imagen sugestiva de calcificación heterotópica localizada sobre el injerto, que fue aumentando de tamaño hasta el actual de 9,6 cm por 11,35 cm a la par que las molestias se hacían mas evidentes, hasta el momento actual, y dadas sus grandes dimensiones se decidió intervenir para realizar exéresis de la calcificación; además se observó imagen compatible con luxación de la prótesis y rotura de uno de los tornillos del injerto.

Durante la intervención se observó la salida de material negrozco de consistencia semisólida, sugestivo de metalosis, que se extrajo en su mayor parte ya que infiltraba partes blandas y se realizó recambio del cotilo por completo ya que se había producido un desgaste del polietileno y del acetábulo que portaba la paciente.

Se realizó lavado abundante y colocación de un cotilo cementado, así mismo se realizó estudio radiológico y anatomopatológico de la muestra que confirmó la naturaleza de la misma.

Actualmente la paciente se encuentra asintomática.

CONCLUSIÓN: La presencia de metalosis en los aflojamientos protésicos es bastante frecuente, sin embargo el gran tamaño de esta, su densidad y la rapidez en su evolución nos hizo pensar en una calcificación heterotópica debida tanto a las repetidas cirugías como a la naturaleza neurológica de la patología de la paciente, por ello es importante establecer un diagnostico diferencial en este tipo de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA.

- Heterotopic bone formation: clinical, laboratory, and imaging correlation Joseph A. Orzel and Thomas G. Rudd *The Journal of Nuclear Medicine* Vol. 26 No. 2 125-132
- Heterotopic ossification* Dia Shehab, MD¹, Abdelhamid H. Elgazzar, MD² and B. David Collier, MD² *Journal of Nuclear Medicine* Vol. 43 No. 3 346-353
- Renal calculosis and heterotopic calcifications following bone changes in the sequelae of acute anterior poliomyelitis. G DELLA CELLA, L RAINERO, A TERRAGNA, and P DURAND *Minerva Pediatr*, Aug 1960; 12: 955-7.
- Heterotopic ossification complicating critical illness NC Clements Jr and AE Camilli *Chest*, Vol 104, 1526-1528,
- Myositis ossificans following forcible manipulation of the leg. A rabbit model for the study of heterotopic bone formation JE Michelsson, G Granroth and LC Andersson *The Journal of Bone and Joint Surgery*, Vol 62, Issue 5 811-815
- Heterotopic Ossification *Frederick S. Kaplan, MD, David L. Glaser, MD, Nader Hebel, MD and Eileen M. Shore, PhD J Am Acad Orthop Surg*, Vol 12, No 2, March/April 2004, 116-125.
- On neurodystrophic calcifications and ossifications. AA SMIRNOVA and PD KHAZOV *Vestn Rentgenol Radiol*, May 1963; 38: 71-2.
- Myositis ossificans complicating anterior poliomyelitis Francis V. Costello and Austin Brown *J Bone Joint Surg Br*, Nov 1951; 33-B: 594 - 597.
- Ossification of the Posterior Aspect of the Elbow: Two Cases *J. Bone Joint Surg. Am.*, Oct 1960; 42: 1156 - 1164.
- Para osteo arthropathy--ectopic ossification of healing tendon about the rodent ankle joint: histologic and type V collagen changes Brown, HP Ehrlich, PM Newberne, and T Kiyozumi *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.*, Nov 1986; 183: 214 - 220.
- Pathological ossification in traumatic paraplegia A. G. Hardy and J. W. Dickson *J Bone Joint Surg Br*, Feb 1963; 45-B: 76 - 87.
- Atypical Myositis Ossificans J. T. H. JOHNSON *J. Bone Joint Surg. Am.*, Jan 1957; 39: 189 - 194.
- Osteosarcoma Arising from Heterotopic Ossification After an Electrical Burn. A Case Report ALBERT J. ABOULAFIA, FLEMING BROOKS, JOANNE PIRATZKY, and SHARON WEISS *J. Bone Joint Surg. Am.*, Apr 1999; 81: 564 - 70.
- Elevation of the Serum Alkaline Phosphatase Coincident with Ectopic-Bone Formation in Paraplegic Patients ROBERT FURMAN, JOHN J. NICHOLAS, and LEO JIVOFF *J. Bone Joint Surg. Am.*, Sep 1970; 52: 1131 - 1137.
- Unusual Bilateral Para-Articular Ossification of the Elbows: Report of a Case C. L. Jeannopoulos and Edward O. Leventen *J. Bone Joint Surg. Am.*, Sep 1961; 43: 876 - 88

C.C. 02. EPIFISIOLISIS LUXACIÓN CENTRAL DE CABEZA FEMORAL (FEMUR PROXIMAL)Ramón López K; Recalde Espinosa E.
Servicio COT. Hospital de Sagunto. Valencia.

RESUMEN. Paciente varón de 17 años que presenta epifisiólisis luxación central de fémur proximal (PIPkin IV, Brumback V), tratado quirúrgicamente mediante reducción abierta y fijación interna con resultados satisfactorios a 10 meses de seguimiento.

INTRODUCCIÓN. La revisión del presente caso debe su interés a la infrecuencia dentro de este grupo de fracturas, situación que hace que su manejo sea complejo y planteándose un amplio espectro de opciones terapéuticas.

MÉTODO. Paciente varón 17 años sufre accidente de tráfico (colisión frontal moto-coche), presentando las siguientes lesiones:

1 Fractura-luxación cadera Izq (Pipkin IV, Brumback V) (epifisiólisis subcapital fémur proximal, columna posterior)

2 Subluxación sacro- ilíaca izquierda

3 Herida articular rodilla izquierda.

4 Fractura de tercio medio diáfisis cúbito izquierdo.

5 TCE leve.

RESULTADOS.

Primer tiempo: Como tratamiento de urgencia , se realizo Friedrich y lavado profuso de herida articular de rodilla izquierda, colocación de tracción transesquelética supracondílea fémur izquierdo siguiendo técnica reglada. Inmovilización con férula braquial en MSI.

Segundo Tiempo: Se procede a realizar reducción abierta y fijación interna de fractura-luxación central acetabular fémur izquierdo utilizando abordaje ilioinguinal ampliado siguiendo estos pasos:

1 Extracción de cabeza femoral a través de pelvis menor.

2 Reducción de fractura de cótilo . Osteosíntesis con tornillo canulado y arandela de 70 mm.

3 Osteosíntesis de cabeza femoral mediante tornillo canulado de 35 mm de forma retrógrada a través de la fovea.

4 Reconstrucción capsular posterior con arpon metálico.

Tercer Tiempo: Tras estancia de 72 horas en la UCI y estabilización postquirúrgica del paciente se procede a reducción abierta y fijación interna de fractura diáfisaria de cúbito izquierdo con placa DCP de 7 orificios con tornillo de 3.5.

CONCLUSIONES. Trata de una fractura de columna posterior. Nuestros resultados un año tras la cirugía muestran, como hallazgos radiológicos consolidación de la fractura y correcta angulación en distintas proyecciones, así como ausencia de zonas de necrosis en la cabeza femoral, aunque si la presencia de coxartrosis secundaria postraumática. Como hallazgo esperado por el tipo de abordaje quirúrgico, aparece una calcificación heterotópica. Funcionalmente el paciente se encuentra actualmente sin dolor, deambulando con ayuda de bastones; presenta Flexión 80º, ABD 50º , RI 30º, RE 45º. Practica deporte 3 veces a la semana y no precisa toma de analgésicos de forma habitual.

Tras realizar una revisión de la literatura actual, se concluye en que no existe ningún caso de características similares al expuesto, así, lo que si se encuentran son casos similares en adultos. Con estas premisas, concluimos en que la evolución de nuestro paciente, ha sido la esperada, aunque no comparable, y salvando las diferencias, ya que en el adulto generalmente se opta por cirugía en dos tiempos reglados (1º tiempo osteosíntesis del acetabulo asociado a Girdlestone y 2º tiempo colocación de PTC).

En nuestro servicio se optó por este tratamiento aún preveviendo las consecuencias por los siguientes motivos:

1 Edad de paciente

2 Intento de conservar una articulación lo mas indemne posible, para realizar en un segundo tiempo una PTC si estuviera indicado.

BIBLIOGRAFIA:

*Rockwood & Green: Fracturas de acetabulo 36: 1512-1545 ,2003

*Moya A, De la Torre M. Fractura central acetabular asociada a fractura ipsilateral del cuello femoral con migración intrapélvica de la cabeza femoral, Revista de ortopedia y traumatología 2001;3:228-230.

*Hidalgo M, Garcés J, Moleon M. Fractura-luxación central acetabular con migración intrapelvica de la cabeza femoral fracturada a nivel basicervical, Revista de ortopedia y traumatología 2006;3:217-219.

*Liebergall M, Lowe J. .The floating hip. Ipsilateral pelvic and femoral fractures. J bone joint surg Br. 1992;74B:93-100.

*Philip J . Lesiones asociadas que complican el tratamiento de las fracturas acetabulares. Orthopedic clinics of north America. 2002;1:75-95.

*Jonathan D, Lawrence W, . Lesiones de la articulación de la cadera en las colisiones frontales de vehiculos de motor: Perspectivas biomecánicas y practicas. Orthopedic Clinics of North America.2004;4: 567-579.

C.C. 03. OSTEOPOROSIS TRANSITORIA DE CADERA. A PROPOSITO DE UN CASO.

Lax R; Mesado A; Calvente A; Villacastín S.

Hospital General de Castellón .Jefe de Servicio: Dr. Díaz Almodovar

INTRODUCCIÓN: La osteoporosis transitoria de cadera (OTC), es una enfermedad infrecuente, de causa desconocida y de curso autolimitado. También se conoce con los términos de desmineralización ósea transitoria, síndrome de edema transitorio de la médula ósea, algodistrofia de cadera u osteoporosis regional migratoria cuando afecta a varias articulaciones. Se presenta con más frecuencia en varones de edad media y en mujeres durante el tercer trimestre del embarazo. En un 76% la articulación afectada es la cadera. El diagnóstico se establece con pruebas de imagen, radiografía y RMN.

CASO CLÍNICO: Varón de 45 años, deportista, que presenta dolor agudo en cadera derecha, de ritmo inflamatorio, de aparición espontánea, sin referir traumatismo previo. El dolor aumenta a la movilización y al apoyo de la extremidad. En un principio se diagnosticó de tendinitis trocánterica realizando infiltraciones con anestésico local, mejorando la clínica de dolor tan solo 1 semana. Se realiza radiografía de la cadera afectada no evidenciando osteopenia. En la RMN se observa un patrón de edema medular óseo a nivel de la zona de carga de cabeza y cuello femoral, sin alteraciones morfológicas de la cabeza femoral.

Se establece el diagnóstico de OTC iniciando tratamiento para el dolor, reposo deportivo y risendronato semanal. A los dos meses de evolución, presenta importante mejoría clínica, y disminución del edema medular óseo en la RMN.

DISCUSIÓN: La osteoporosis transitoria de cadera es una enfermedad infrecuente de causa desconocida. Las teorías etiopatogénicas más aceptadas son la de fase precoz de la osteonecrosis, microtrauma óseo continuo y la de distrofia simpático-refleja. Se caracteriza por tener un curso autolimitado (máxima duración entre 6 y 12 meses), pudiendo acortar el curso clínico, utilizando bifosfonatos. Se debe realizar diagnóstico diferencial con otras entidades como: la osteonecrosis, el edema postraumático o fractura de estrés y el edema óseo reactivo por patología degenerativa, inflamatoria, infecciosa, tumoral o distrofia simpático-refleja. Es importante hacer un seguimiento adecuado por la posibilidad de que se trate de una forma inicial o reversible de osteonecrosis.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1 R. Niimi et al. Changes in bone mineral density in transient osteoporosis of the hip. *JBJS(Br)*.2006;88-B:1438-40.
- 2 Curtiss Ph, Kincaid W. Transitory demineralization of the hip in pregnancy: a report of three cases, *JBJS (Am)* 1959; 41-A: 1327-33.
- 3 Fingerth RJ. Successful operative treatment of a displaced subcapital fracture of the hip in transient osteoporosis of pregnancy: a case report and review of the literature. *JBJS(Am)* 1995;77-A:127-31.
- 4 Montagna GL, Malesci D, Tirri R, Valentini G. Successful risedronate therapy in transient osteoporosis of the hip. *Clin Rheumatol* 2005; 24:67-9.
- 5 H. Hidalgo, C. Avalos, D. Escalante. Osteoporosis transitoria(síndrome de edema medular transitorio) presentación de caso clínico. *Revista peruana de radiología*. 1999. Vol.3 n°8.

C.C. 04 ARTRITIS GLENO-HUMERAL EN ADULTO JOVEN. Caso clínico.

García Laguarta J; Sangüesa M^ªJ; Nebot; Darder Prats A; Villanueva García E.

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

INTRODUCCIÓN. La artritis séptica de hombro en adultos es poco frecuente, representando aproximadamente un 3% de todas las artritis sépticas. Con frecuencia se diagnostica tardíamente con lo que se compromete el resultado final.

CASO CLÍNICO. Varón de 15 años de edad sin antecedentes de interés que consultó por intenso dolor e impotencia funcional en hombro izquierdo apreciándose a la exploración tumefacción y aumento de la temperatura local. Una semana antes había realizado un esfuerzo levantando peso y unos días después tuvo fiebre de 38º de dos días de evolución y molestias en el oído izquierdo. En el estudio de Urgencias la radiología simple era normal, en la analítica se observaron 12.800 leucocitos y la ecografía mostraba derrame articular. Ante la sospecha de posible artritis séptica se ingresó para estudio y tratamiento. Las imágenes de RMN eran compatibles con artritis gleno-humeral con extensa colección intraarticular. La punción articular permitió aislar *Streptococo Betahemolítico*. Se realizó una artroscopia de irrigación-limpieza y se mantuvo el tratamiento con antibioticoterapia específica durante 6 semanas. La curación fue completa, sin secuelas.

DISCUSIÓN. Ante una monoartritis debe considerarse la posibilidad de artritis infecciosa, debiendo ser agresivos para su posible diagnóstico dada la importancia del diagnóstico precoz. El diagnóstico de sospecha en base a las manifestaciones clínicas, la información mediante técnicas de imagen y el examen del líquido sinovial, se confirmará con el diagnóstico definitivo al localizar el microorganismo en el líquido articular o tejido sinovial. Un tratamiento precoz con limpieza-drenaje articular y antibioticoterapia adecuada en una artritis séptica de hombro por microorganismo no excesivamente virulento lleva a la curación del paciente sin secuelas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Carreño, L.; Lopez, F.J.: Revisiones y actualizaciones: Enfermedades del sistema inmune. Artritis séptica. *Medicine*. 2001; 8: 1819-25.
- 2.- Gelberman, R.H.; Menon, J.; Austerlitz, M.S.; et al: Pyogenic arthritis of the shoulder in adults. *J Bone Joint Surg Am*. 1980; 62:550-3.
- 3.- Jeon, I.H.; Choi, Ch.H.; Seo, J.S.; et al: arthroscopic management of septic arthritis of the shoulder joint. *J Bone Joint Surg Am*. 2006; 88: 1802-6.
- 4.- Leslie, B.M.; Harris, J.M.; Driscoll, D.: Septic arthritis of the shoulder in adults. *J Bone Joint Surg Am*. 1989, 71: 1516-22.

5.- Lossos, I.S.; Yossepowitch, O.; Kandel, L.; et al: Septic arthritis of the glenohumeral joint. A report of 11 cases and review of the literature. *Medicine*. 1998; 77: 177-187.

6.- Metha, P.; Schnall, S.B.; zalavras, Ch.G.: Septic arthritis of the shoulder, elbow and wrist. *Clin Orthop Relat Res*.2006; 451: 42-5.

7.- Sadat-Ali, M.: *J Bone Joint Surg Am*. 1991; 73: 154.

8.- Val del Amo, N.; Erausquin, C.; Blanco, R.; et al.: Estudio de 112 pacientes con artritis séptica por piógenos y hongos: cambios en el espectro clínico durante las dos últimas décadas. *Rev Clin Esp* . 1997; 197: 540-4.

C.C. 05 REPARACION MINIMAMENTE INVASIVA DE LA ROTURA AGUDA DISTAL DEL BICEPS BRAQUIAL

Soriano P; Martínez F; Jiménez E.

Servicio C.O.T. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa.Alicante.

OBJETIVOS: Las rupturas de la inserción distal del biceps es poco frecuente y representa el 5% de todas las lesiones del biceps. La rotura distal del biceps braquial puede causar debilidad muscular y pérdida de la movilidad, especialmente de la supinación del antebrazo. Por este motivo, se recomienda la reparación anatómica de la lesión. El objetivo de este trabajo es describir la técnica y los resultados clínicos de un caso con rotura aguda del tendón distal del biceps, tratado mediante un abordaje único anterior mínimamente invasivo y anclajes.

CASO CLINICO: Hombre de 37 años, trabajador manual que al realizar un sobreesfuerzo comenzó con dolor agudo en el codo derecho. A la exploración se apreció una debilidad para la flexión y supinación del antebrazo, una equimosis en la fosa antecubital anterior del codo y un gap a nivel del tendón del biceps. Se diagnosticó de rotura aguda del tendón distal biceps. Se intervino mediante incisión de 3-4 cm a nivel de la fosa antecubital del codo, se identificó el tendón bicapital y se expuso la tuberosidad bicapital, con flexión de 90° y supinación completa del antebrazo. Se labró un pequeño lecho y se colocaron 2 anclajes de 2,5 mm con una separación entre ellos de 1 cm. A continuación, se suturó el tendón con el codo en flexión de 60 grados una supinación completa y se reforzó con una sutura tipo Bunnell. Se inmovilizó el codo en 90° de flexión y supinación de 45 grados. A las 4 semanas comenzó la movilización pasiva ayudado por ortésis limitadora permitiendo una flexión completa y una extensión de -40° que se fue ampliando hasta extensión completa a las 6 semanas de la intervención. Se permiten los ejercicios contraresistencia a las 8 semanas. El paciente fue dado de alta a las 15 semanas de la intervención con un arco de movilidad idéntico del codo contralateral.

.DISCUSION

- La reparación de la rotura distal del biceps mediante miniabordaje anterior y utilización de anclajes ha sido efectivo para restablecer la movilidad y la fuerza muscular del codo lesionado.

-La sutura con anclajes ofrecen una fijación segura. Estudios recientes en cadáver muestran que la fijación con dos anclajes y refuerzo tipo Bunnell es biomecánicamente superior a la sutura transósea.

-La introducción de anclajes con sutura ha simplificado la reinserción de partes blandas al hueso permitiendo abordajes mas pequeños y cómodos, minimizando la disección de partes blandas peri-tuberositarias y disminuyendo los riesgos de complicaciones.

-En conclusión, esta técnica es un método efectivo de reparación de la rotura distal del biceps, que se realiza con un mínimo abordaje sin sacrificar la seguridad, ofrece una buena visualización de la tuberosidad y la cosmética es inmejorable.

BIBLIOGRAFIA

Hartman MW, Merten SM, Steinmann SP.: Mini-open 2-incision technique for repair of distal biceps tendon ruptures. *J Shoulder Elbow Surg*. 2007 May 8

Cheung EV, Lazarus M, Taranta :Immediate range of motion after distal biceps tendon repair. *J Shoulder Elbow Surg*. 2005 Sep-Oct;14(5):516-8.

McKee MD, Hirji R, Schemitsch EH, Wild LM, Waddell JP.: Patient-oriented functional outcome after repair of distal biceps tendon ruptures using a single-incision technique. *J Shoulder Elbow Surg*. 2005 May-Jun;14(3):302-6.

John CK, Field LD, Weiss KS, Savoie FH 3rd. Single-incision repair of acute distal biceps ruptures by use of suture anchors. *J Shoulder Elbow Surg*. 2007 Jan-Feb;16(1):78-83. Epub 2006 Sep 11.

Lemos SE, Ebramzadeh E, Kvitne RS. A new technique: in vitro suture anchor fixation has superior yield strength to bone tunnel fixation for distal biceps tendon repair. *Am J Sports Med* 2004; 32:406-10.

C.C. 06 DEDO EN BOUTONNIÈRE AGUDO POSTRAUMÁTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

De Anta Díaz B; José Luis Hernández Hurtado JL; Ubeda Erviti W

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa

E-mail: joseluis221176otmail.com.

RESUMEN La lesión cerrada traumática de la banda central del tendón extensor de un dedo de la mano es relativamente frecuente. Siendo muy rara la instauración inmediata de la deformidad en boutonniere, la cual aparece generalmente alrededor de los 10-21 días tras la lesión (4).

Presentamos un caso de rotura traumática de la banda central del tendón extensor del 4º dedo con deformidad en boutonniere de instauración inmediata. El tratamiento fue quirúrgico con sutura termino-terminal e inmovilización con una férula digital con el dedo en extensión.

PALABRAS CLAVE: boutonniere, tendón extensor, mano, lesión tendinosa.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1 Boyes JH: Bunnell's surgery of the hand. 4ª edición. JB Lippincott, Philadelphia. 1987. 469-470.
- 2 Carducci AT: Potentential boutonniere deformity. Its recognition and treatment. Orthop Rev , 10:121-123, 1981.
- 3 Crenshaw AH: Campbell Cirugía Ortopédica. Volumen 4. 8ª Edición, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1994, páginas 2885-2886.
- 4 Doyle JR: Extensor tendons acute injuries. En : Operative hand surgery. Volumen IV. 3ª edición. Churchill Livingstone Inc. New York. 1993.1941-1945.
- 5 Merle M: Mano traumática. Urgencias. Volumen II. Editorial Masson. Barcelona. 1993. 197-213
- 6 King T: Injuries of the dorsal extensor mechanism of the fingers. Med J Aus 2:213-217. 1970.
- 7 Kleinert HE, Verdan C: Report of the committee on tendon injuries. J Hand Surg 8: 784-789. 1983
- 8 McFarlane RM, Hampole MK: Treatment of extensor tendon injuries of the hand. Can J Surg 55ª: 884, 1973.
- 9 Masmjean E: Lesiones traumáticas de los tendones extensores de la mano. En: Enciclopedia Médico Quirúrgica. Volumen IV, Editions Scientefiques et Medicales Elsevier. Paris. 2000. 14-726.
- 10 Tubiana R: Surgical repair of the extensor apparatus of the fingers. Surg Clin North Am 48: 1015-1031. 1968.

C.C. 07. LUXACIÓN AXIAL-RADIAL PERITRAPECIO-PERITRAPEZOIDE. A PROPÓSITO DE UN CASO.Ballester Ramos M, Hoashi J, Margarit Martín X, Salvador Herrera C, Verdoy M.
Hospital General Castelló. Servicio de COT.
martaballester@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: La luxación de la columna radial carpo-metacarpiana es infrecuente. Resulta de traumatismos severos con hiperextensión carpiana junto compresión sagital.

MATERIAL Y MÉTODO: Varón de 24 años que tras accidente de tráfico presenta gran tumefacción y hematoma en carpo con dolor y crepitación. La radiografía muestra alteración del segundo arco de Gilula con pérdida de congruencia de la articulación escafo-trapecio-trapezoide, aumento del espacio entre segundo y tercer metacarpianos. En la TC se aprecia avulsiones óseas correspondientes a los ligamentos escafo-trapecio-trapezoide y trapecioide-hueso grande. Se diagnostica de LUXACIÓN AXIAL-RADIAL PERITRAPECIO-PERITRAPEZOIDE. Reducción cerrada bajo control escópico y fijación con agujas de Kirschner. Inmovilización con férula.

RESULTADOS: Tras cuatro semanas y evolución radiológica aceptable, retirada de agujas e inicio de rehabilitación dirigida. En controles posteriores se aprecia pérdida progresiva de reducción a pesar de clínica favorable.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: Muchas radiografías no satisfactorias presentan buenos resultados clínicos en fases iniciales. La afectación del ligamento escafo-trapecio-trapezoide puede conllevar una inestabilidad escafoidea secundaria que se trataría con una artrodesis intercarpiana.

BIBLIOGRAFÍA

- 1-Green, Hotchkiss, Pederson, Wolfe. Green's operative Hand Surgery. Vol I. 5ª ed.
- 2-Trumble T. Fracturas y luxaciones del carpo. Ars Medica 2002.
- 3-Garcia-Elias M, Dobyns JH, Cooney Wp, Linscheid RL. Traumatic axial dislocations of the carpus. J Hand Surgery (Am). 1989 May; 14(3):446-57.
- 4-Tabib w, Banallec L, Banallec Y, Lamelin JC. Traumatic axial separation of the radial mid carpal joint. Case report and review of the literature. Chir Main. 2001 Oct;20(5):391-6.

C.C. 08. BIOCOMPATIBILIDAD DE LOS SUSTITUTIVOS ÓSEOS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Trigueros Rentero MA: Sanz Reig J; Plazaola Gutiérrez J; Lizaur Utrilla A.
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital General Elda. Elda (Alicante)
Correo electrónico: ma_tri_re@hotmail.com

INTRODUCCIÓN. Los sustitutivos óseos se han indicado para rellenar los defectos óseos y mantener la estabilidad del hueso. La complicación más frecuente es la reacción inflamatoria estéril. La extrusión a partes blandas del sustitutivo óseo sin asociación de reacción alérgica acompañante es una complicación raramente descrita en la literatura.

CASO CLÍNICO. Se presenta el caso de un varón de 14 años, sin antecedentes de interés, que presentó una fractura patológica diafisaria de radio sobre quiste óseo. Se indicó tratamiento ortopédico de la fractura y cirugía diferida del quiste óseo, mediante legrado abierto por mini-incisión e injerto sintético de sulfato de calcio líquido. En el estudio radiológico postoperatorio se observó la extrusión a partes blandas del sustitutivo óseo. La evolución fue satisfactoria con reabsorción del sustitutivo óseo a las 8 semanas tras la cirugía. No presentó ningún tipo de reacción inflamatoria local ni general.

CONCLUSIÓN. La indicación de los sustitutivos óseos debe basarse en la valoración individual de la relación riesgo-beneficio. En este caso se observa la biocompatibilidad y la naturaleza biodegradable del sulfato de calcio, mediante la reabsorción sin inflamación aséptica, local o general.

BIBLIOGRAFÍA.

- Lee JH , Khoury JG, Bell JE, Buckwalter JA: Adverse reactions to OsteoSet bone graft substitute, the incidence in a consecutive series. Iowa orthop J 2002;22 35-8.
Robinson D, Alk D, Sandbank J, Farber R, Halperin N : Inflammatory reactions associated with a calcium sulphate bone substitute. Ann Transplant 1999;4 (3-4):91-7

C.C. 09. “ABUELITO TE HAN DEJADO EL PIE RECTO” VERSUS LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA ANAMNESIS EN TRAUMA.

Mariano Barres M; Balfagón A; Baeza J.
Unidad de Traumatología.
Hospital Universitario La Fe de Valencia.

CASO CLÍNICO.: Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 67 años, que ingresa por urgencias tras caída casual, con el diagnóstico de fractura de tobillo infrasin-desmal. Sin antecedentes personales importantes. Nuestra sorpresa es la gran cavidad que queda en el maléolo peroneo que nos obliga a utilizar un injerto de hueso liofilizado.

Se trata mediante osteosíntesis : placa en tercio de tubo en peroné, y dos tornillos de compresión en maléolo tibial. Se mantuvo en descarga 8 semanas. En los controles evolutivos se aprecia una movilización de la fractura.

En este momento se le explica al paciente la situación y que hay que volver a intervenir. El paciente comenta que es una lastima, porque su nieto le había dicho “Abuelito por qué te han dejado el pie recto”. A lo que se le pregunto, ¿Cómo tenía usted el pie antes?. El paciente responde: pues doblado. El médico le pregunta : Pero tiene algún antecedente traumático, ¿le dolía?. El paciente comenta que no, que poco a poco se le fue doblando hacia dentro; que desgastaba mucho los zapatos por la parte interna.

Al revisar las radiografías apreciamos que parece que el paciente tenga un pie plano (radiografía de Urgencias).

Ante la clínica se sospecha de un pie plano del adulto, secundario a una rotura del tendón tibial posterior. Durante la segunda intervención , se aprecia la rotura de la placa de tercio de tubo y una falta de integración del injerto. En esta ocasión se interviene mediante nueva placa de tercio de tubo en peroné, placa de trébol en tibia, e injerto de cresta y BMP.

El aspecto clínico postoperatorio demuestra una buena alineación del pie en comparación con el preoperatorio. El paciente muestra otra vez el pie en la misma situación, pero sin dolor, ya durante 3 años.

CONCLUSIONES:

- La rotura espontanea del tendón tibial posterior produce un pie plano del adulto de desarrollo progresivo.
- La ausencia de dolor, pudiera deberse a algún tipo de Neuropatía tipo Charcot, aunque en este caso debería tener más destrucción ósea

BIBLIOGRAFÍA:

www.mdmercy.com/footandankle/index.html

C.C. 10. OSTEOCONDRIITIS DE TOBILLO. MOSAICOPLASTIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Rodríguez Collell J; José Talavera J; Vidal Catalá J.
Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy.

INTRODUCCION: La osteocondritis disecante del astrágalo ha recibido distintos nombres: Fractura osteocondral, lesión osteocondral. La lesión consiste en un defecto del cartilago articular y del hueso subcondral subyacente de la cúpula astragalina. La etiología puede ser primaria: por insuficiencia vascular, alteraciones endocrinas o anomalías genéticas o secundaria: por motivos mecánicos como esguinces de tobillo, fracturas, inestabilidad crónica, mala alineación de miembros inferiores, osteonecrosis en buzos. El defecto osteocondral se localiza típicamente en la zona posteromedial o anterolateral de la cúpula astragalina. Las lesiones posteromediales no suelen tener un antecedente traumático, dan menos síntomas, degeneran con poca frecuencia en artrosis, y pueden curar espontáneamente, por el contrario las lesiones anterolaterales suelen ser sintomáticas y con frecuencia son secundarias a traumatismos. La edad de presentación es variable, entre 10 y 70 años, aunque la mayoría aparece en adultos jóvenes.

La clasificación mas aceptada y que se mantiene vigente es la Berndt y Harty de 1959: Tipo I. Area de compresión en el hueso subcondral. Tipo II. Fragmento osteocondral parcialmente desprendido. Tipo III. Fragmento osteocondral totalmente desprendido pero no desplazado en su crater. Tipo IV. Cuerpo libre articular. Sin embargo existen nuevas clasificaciones que facilitan la indicación terapéutica como la de Giannini et al que divide las lesiones en: a) Agudas: Tipo I <1cm desbridamiento, Tipo II >1cm fijación; b) Crónicas: Tipo 0 superficie intacta, perforaciones retrogradas; Tipo I <1'5cm , microfracturas; Tipo II >1'5cm , reemplazo de cartilago hialino con mosaicoplastia o injerto de condrocitos autólogos; Tipo III >1'5cm y profundidad >5mm , mosaicoplastia o injerto de condrocitos autólogos en dos tiempos (1º injerto óseo, 2º trasplante de condrocitos); Tipo IV injerto masivo estructural autólogo de rodilla o aloinjerto fresco o congelado de astrágalo.

El diagnóstico de la lesión se realiza con radiografías AP en flexión plantar, neutra y dorsal, y P y oblicua con 10º de rotación interna. El TAC es útil para determinar la localización y extensión de la lesión y la RM que nos distingue entre lesiones II y III de Berndt y Harty al determinar si existe líquido interpuesto entre el fragmento y su crater¹.

OBJETIVOS: Mostrar la técnica quirúrgica. Hacer una revisión bibliográfica sobre el tema.

PRESENTACION DEL CASO: Paciente mujer de 54 años de edad que presenta dolor de larga evolución en la zona anteromedial del tobillo dch. El dolor es intenso, constante y aumenta con la actividad. No existe antecedente traumático. En estudio Rx y de RM se descubre una lesión osteocondral de 8x15 mm medial en la cúpula astragalina. Al no mejorar la clínica con tratamiento conservador decidimos intervenir a la paciente realizando una mosaicoplastia para reparar el defecto cartilaginoso.

CONCLUSIONES: Existen distintas posibilidades terapéuticas en las osteocondritis disecante de tobillo según su estadio. Siempre se debe tratar previamente el factor asociado desencadenante si existe, como la mala alineación de miembros inferiores, la inestabilidad crónica de tobillo o un pie cavo responsable de esguinces de repetición. En las lesiones crónicas >1cm se utilizan actualmente dos técnicas la mosaicoplastia y el trasplante autólogo de condrocitos. Ambas técnicas intentan recuperar la superficie dañada con cartilago hialino. La mosaicoplastia tiene inconvenientes como la necesidad de realizar una osteotomía del maleolo medial para alcanzar la superficie del astrágalo de manera perpendicular en las lesiones posteromediales (las lesiones anterolaterales se alcanzan bien a través de una artrotomía sin necesidad de realizar osteotomía del maleolo lateral), el relleno de fibrocartilago en el espacio existente entre los cilindros osteocartilagosos y las secuelas que puede dejar en la zona dadora de la rodilla. Sus ventajas son la realización en un solo tiempo a diferencia del trasplante de condrocitos y el ser un proceso también más económico. No existe un acuerdo sobre el tamaño ni el número de injertos cilíndricos que se deben utilizar. Varios injertos pequeños son preferibles a uno grande para minimizar el daño en la zona dadora y para mejorar la congruencia articular en la zona reparada, pero técnicamente es más difícil conseguir un buen ajuste entre ellos además de generar mayor zona de espacio entre los cilindros que se rellena de fibrocartilago con malas propiedades mecánicas.

BIBLIOGRAFÍA :

- 1) Schenck, Goodnight. Current concept review-osteocondritis dissecans. JBJS Am. 1996;78:439-56.
- 2) Giannini, Buda. Surgical treatment of osteochondral lesions of the talus in young active patients. JBJS Am. 2005;87:28-41.
- 3) Anderson, Crichton. Osteochondral fractures of the dome of the talus. JBJS Am. 1989;71:1143-1152.
- 4) Berndt, Harty. Transchondral fractures (osteochondritis dissecans) of the talus. JBJS Am. 1959;41:988-1020.
- 5) Scranton, Frey, Feder. Outcome of osteochondral autograft transplantation for type-V cystic osteochondral lesions of the talus. JBJS Br 2006;88-B:614-19.
- 6) Whiteside, Jakob. Impact loading of articular cartilage during transplantation of osteochondral autograft. JBJS Br. 2005;87-B:1285-91.
- 7) Handogly, Füles. Autologous osteochondral mosaicplasty for the treatment of full thickness of weight bearing joints: ten years of experimental and clinical experience. JBJS Am. 2003;85:25-32.
- 8) Kumai, Takakura. Arthroscopic Drilling for the treatment of osteochondral lesions of the talus. JBJS Br. 81-A. 1999.
- 9) Handogly, Ráthonyi. Autologous osteochondral mosaicplasty. Surgical Technique. JBJS Am. 2004;86:65-72.
- 10) Bueche. Osteochondritis dissecans of the dome of the talus. Computed tomography scanning in the diagnosis and follow-up. JBJS Am. 1989;71:632.
- 11) Knutsen, Engebretsen. Autologous chondrocyte implantation compared with microfracture in the knee. A randomized trial. JBJS Am. 2004;86:455-464.
- 12) Baums, Heidrich. Autologous Chondrocyte transplantation for treating cartilage defects of the talus. JBJS Am. 2006;88:303-308.
- 13) Brittberg, Peterson. Articular cartilage engineering with autologous chondrocyte transplantation: a review of recent developments. JBJS Am. 2003;85: 109-115.

C.C. 11. OSTEOCONDROITIS DEL SESAMOIDEO LATERAL DE LA ARTICULACIÓN METATARSO-FALÁNGICA DEL HALLUX. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Rodríguez-Vellando E; Martínez Garrido, I; Colado, J; Franco, N.
Unidad de Pie. Servicio de C.O.T. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

RESUMEN: La osteocondritis de los sesamoideos es una afección poco frecuente que puede afectar tanto al sesamoideo medial como al lateral. Presentamos un caso de osteocondritis del sesamoideo externo, con clínica de dolor de un año de evolución, en una mujer de 37 años, que se resolvió satisfactoriamente con la escisión quirúrgica del mismo. Comparamos el tratamiento realizado con otros publicados, realizando una revisión de la literatura con respecto a sus causas, los métodos diagnósticos y los tratamientos empleados.

CASO CLÍNICO: Paciente mujer de 27 años que consulta por episodios repetidos de dolor bajo la articulación metatarso-falángica del hallux, de un año de evolución. El dolor empeoraba con la marcha prolongada. La paciente no refería ningún antecedente traumático y había sido previamente tratada con AINES, corticoides intraarticulares y plantillas, notando apenas una mejoría parcial transitoria.

En el momento de ser explorada por nosotros en la consulta, se aprecia un dolor localizado en sesamoideo lateral y en ángulo dorsal y externo de la articulación metatarso-falángica del hallux. Presenta una movilidad completa del hallux, con flexión dorsal de 60° y flexión plantar de 45°, ambas levemente dolorosas.

La exploración radiográfica muestra un sesamoideo lateral fragmentado. El sesamoideo medial adyacente y los sesamoideos contralaterales eran de características normales. Las pruebas de laboratorio fueron negativas. El rastreo óseo mostró captación únicamente en el sesamoideo lateral sintomático. El estudio de RMN confirmó las sospechas de osteonecrosis del sesamoideo lateral. Se plantea inicialmente tratamiento ortopédico con plantillas de descarga. Tras fracaso del tratamiento conservador, se propone cirugía de escisión del sesamoideo lateral. Por vía dorsal, a través del primer espacio interdigital, se procede a la extirpación del sesamoideo lateral y posterior inserción del tendón conjunto del flexor corto y el adductor a la cápsula lateral metatarsofalángica del hallux. Macroscópicamente, el sesamoideo mostraba un aspecto fragmentado e irregular, típico de la osteonecrosis, que posteriormente nos confirmó el estudio microscópico de anatomía patológica. Con una mejoría evidente de la clínica con remisión completa de todos los síntomas, la paciente fue dada de alta definitiva tras un año de seguimiento postquirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Mc Bride AM, Jr. Anderson RB. Sesamoid foot disorders in the athlete. *Clin Sports Med* 1988; 7: 51-60.
- 2 Helal B. The great toe sesamoid bone: the lost or the found. *Clin Orthop* 1981;157, 82-87.
- 3 Karasick D. Disorders of the hallux sesamoid complex. *Skeletal Radiol* 1998; 27: 411-418.
- 4 Ilfeld FW, Rosen V. Osteochondritis of the first metatarsal sesamoid. *Clin Orthop* 1972;85, 38-41
- 5 Pretterklieber M, Wanivenhaus A. The arterial supply of the sesamoid bones of the hallux: the course and source of the nutrient arteries as an anatomical basis for surgical approaches to the great toe. *Foot Ankle* 1992;13: 27-31.
- 6 Julsrud M. Osteonecrosis of the tibial and fibular sesamoids in an aerobic instructor. *J Foot Ankle Surg* 1997; 36: 31-35.
- 7 Kliman ME, Gross AE, Pritzker KP, et al. Osteochondritis of the hallux sesamoid bone. *Foot Ankle* 1983;3: 220- 223.
- 8 Fleischli J, Cheleuitte E. Avascular necrosis of the hallux sesamoids. *J Foot Ankle Surg* 1995;34: 358-365.
- 9 Jahss ML. The sesamoids of the hallux. *Clin Orthop* 181;157: 88-97.
- 10 Sobel M, Hashimoto J, Arnozky S, et al. The microvascular anatomy of the sesamoid complex; its clinical significance. *Foot Ankle* 1992;13: 359-363.
- 11 Wuelker N, Wirth CJ. The great toe sesamoids. *Foot Ankle Surg* 1996; 2: 167- 174.
- 12 Coughlin MJ, Mann RA. Sesamoids and accessory bones of the foot. In: *Surgery of the Foot and Ankle*. Vol. 1. St Louis, Missouri: Mosby, 1999, pp. 437-500.
- 13 Jahss MS. In *Disorders of the foot and ankle: medical and surgical management*. ed 2, Philadelphia, 1991, WB Saunders, pp 1062-1075.
- 14 Leventen M.D, Edward O. Sesamoid disorders and treatment and update. *Clin Orthop*, August 1991; 269: 236-240.
- 15 Karadaglis D, Grace D. Morphology of the hallux sesamoids. *Foot Ankle Surg* 2003; 9: 165- 167.
- 16 Salvi V, Tos L. L'osteochondrosi die sesamoidi. *Arch Orthop* 1962; 75: 1294-1304.
- 17 Mann RA, Coughlin MJ, Baxter D, et al. Sesamoidectomy of the great toe. *American Orthopaedic Foot and Ankle Society*, 15th annual meeting, Las Vegas, Jan 24, 1985.
- 18 Inge GAL, Ferguson AB. Surgery of the sesamoid bones of the great toe. *Arch Surg* 1933; 27: 466-488.

C.C. 12. OSTEOCONDritis DISSECANTE DE ASTRÁGALO ASOCIADA A UN QUISTE SUBCONDRA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Lax Pérez R; Villacastín Santamaría S; Abú-Ali Z; Mesado Solernou C.
Servicio de COT Hospital General de Castellón. Jefe de Servicio: Dr. J.L Díaz Almodóvar.

ABSTRACT. El objetivo del trabajo es presentar una infrecuente lesión asociativa entre osteocondritis y quiste óseo subcondral de astrágalo. En la revisión de la literatura actual, tan sólo hemos encontrado un artículo referente a dicha patología. El paciente fue tratado mediante cirugía abierta con curetaje y relleno con injerto heterólogo y posterior fijación del fragmento osteocondral. Se obtuvo un excelente resultado clínico y radiológico.

INTRODUCCIÓN. La osteocondritis de astrágalo es una patología infrecuente, y en raras ocasiones se asocia con una lesión quística. Aparece en pacientes jóvenes, siendo la causa más común la traumática. Se caracteriza por dolor que aumenta con la actividad, con o sin la presencia de sinovitis o disminución de la movilidad articular.

La clasificación más utilizada en las O.C de astrágalo es la de Berndt y Harty que distingue cuatro grados, pero no contempla la asociación con la presencia de quiste subcondral.

MATERIAL Y MÉTODO. Varón de 20 años, con dolor crónico en tobillo derecho sin traumatismo previo referido. A la exploración física presenta tumefacción, con flexo-extensión completa, aunque dolorosa y sin alteraciones vasculo-nerviosas distales. En la radiografía se observa una lesión en la cúpula interna del astrágalo, que corresponde a una O.C grado III de Berndt y Harty, con un quiste subcondral asociado (Figura 1 y 2). Se completó el estudio con la TAC (Figura 3 y 4) y RMN.

RESULTADO. En quirófano BAG e IP, se realiza abordaje medial con osteotomía del maleolo tibial, apertura de pequeña ventana ósea astragalina, curetaje y relleno mediante injerto óseo sintético (prosteon®) y proteína morfogenética.(Figura 5 y 6). A continuación se realiza fijación con dos tornillos de Herbert e inmovilización con férula posterior. A las 3 semanas se permite movilizaciones activas del tobillo y la carga a los 3 meses. A los 6 meses de la intervención, el paciente no refiere dolor y presenta un balance articular completo.

CONCLUSIONES. Hay diversas teorías en cuanto a la etiopatogenia de la asociación entre O.C de astrágalo y lesión quística subcondral. Algunos autores consideran los cambios degenerativos del cartilago como puerta de entrada del líquido sinovial en el interior del astrágalo, dando lugar a la posterior formación de quistes. Por otra parte, otros autores abogan por el origen traumático previo en estas lesiones.

Se han propuesto diversas técnicas quirúrgicas como tratamiento. La cirugía abierta con fijación del fragmento osteocondral y relleno del quiste subcondral, es una técnica válida para tratar esta patología infrecuente.

BIBLIOGRAFÍA.

1. HA Yuan, RB Cady and C DeRosa. **Report of three cases Osteochondritis dissecans of the talus associated with subchondral cysts.** *J. Bone Joint Surg. Am.* 61:1249-1251, 1979.
2. Albert L. Berndt and Michael Harty. **Transchondral Fractures (Osteochondritis Dissecans) of the Talus.** *J. Bone Joint Surg. Am.* 86:1336-, 2004.
3. Robert C; Schenck, JR. and Jon Marc Goodnight. **Current Concept Review - Osteochondritis Dissecans.** *J. Bone Joint Surg. Am.* 78:439-56, 1996.
4. Busquet R., Teixidor J. Lesiones osteocondrales del astrágalo. Técnicas quirúrgicas por cirugía abierta. *Revista del pie y tobillo.* 2005. XIX.nº2:102-106.

C.C. 13. OSTEOTOMÍA DE APERTURA DE LA BASE DEL PRIMER METATARSIANO CON SISTEMA DE PLACA DE BAJO PERFIL DE ARTREX . NUESTRA EXPERIENCIA A PROPÓSITO DE 7 CASOS.

Masmano M; González S; Pereda J.L.

Servicio C.O.T. Hospital General de Requena. Valencia.

INTRODUCCIÓN: Durante mucho tiempo se han efectuado osteotomías de la base del primer metatarsiano para corregir hallux valgus con deformidades con ángulos intermetatarsianos de moderado a severos. Se han descrito una multitud de procedimientos: osteotomías arciforme, cuña de base de cierre, en chevron... En contraste la osteotomía de base de apertura ha sido poco utilizada, por ser técnicamente más exigentes, requiriendo un tiempo de curación más prolongado, a causa de la utilización de injertos que actúan de soporte de la osteotomía, y pueden conducir a una rigidez de la articulación metatarso-falángica.

Artrex ha desarrollado un sistema de placa-tornillos de bajo perfil, que permite una corrección más precisa y estable en una osteotomía de apertura de la base del primer metatarsiano, evitando la necesidad del empleo de injerto óseo para estabilizar la osteotomía. El sistema Artrex se compone de placas de bajo perfil (0.5mm), con espaciadores de 2 a 7 mm, en incrementos de 0,5 mm. Tornillos autorroscantes de 2,3 mm de diámetro, con una longitud de 10 a 30 mm.

MATERIAL Y MÉTODO: Hemos intervenido siete hallux valgus, en cinco pacientes, utilizando el sistema de placa de bajo perfil de Artrex. La edad media de los pacientes ha sido de 52 años. La indicación de osteotomía de cuña abierta es un primer meta corto, con ángulo intermetatarsiano de 15 grados o más.

Previo a la osteotomía se ha practicado la técnica de McBride. Se rellena la apertura de la osteotomía con hueso de la exostosis junto con sustituto óseo (Grafton). Si durante la intervención comprobamos una cierta rigidez en la articulación metatarso-falángica, practicamos una osteotomía de la primera falange (Akin), utilizando para su osteosíntesis un tornillo de Bold.

Inicia la marcha con apoyo de talón (Tobipie). Se mantiene en descarga durante 6 semanas, una vez comprobada la consolidación radiográfica, se autoriza la carga, y se inicia la rehabilitación.

DISCUSIÓN: La osteotomía de cuña de apertura fue descrita por Trethowan en 1923. Beronio describió el uso de la exostosis del hallux como injerto para la osteotomía de cuña de apertura. Sollitto, et al, describieron una osteotomía con cuña de base de apertura con implante en el primer metatarsiano.

La fijación de la osteotomía de base de apertura del primer metatarsiano ha variado con el tiempo, por el desarrollo de nuevos dispositivos. Trethowan dejaba intacto el cortex lateral y rellenaba la cuña común injerto adecuado no precisando fijación adicional. Otros autores han estado de acuerdo en que no era necesaria fijación interna. Variadas formas de fijación interna han sido utilizadas: tornillos, grapas, cerclajes metálicos, placas, y agujas cruzadas.

La osteotomía de apertura ha tenido sus críticas: el tamaño del injerto óseo ha de tener el tamaño exacto para una corrección apropiada del metatarsiano. La incorporación del injerto resulta en un tiempo prolongado de curación. Varios autores han señalado una rápida recurrencia en más de la mitad de los pacientes, pues el alargamiento aumentaba la tensión de las partes blandas de la articulación metatarso-falángica, provocando una precoz recurrencia del hallux valgus.

Con el desarrollo por Artrex del sistema de placa de bajo perfil, muchas de las dificultades nombradas anteriormente han sido corregidas. El espaciador de la placa actúa como pilar de soporte de la cuña, con el ancho deseado, eliminando la necesidad del injerto óseo que actuó como andamio para el crecimiento de nuevo hueso.

RESUMEN: El sistema de osteosíntesis de Artrex con placa ha renovado el interés del uso de la osteotomía de cuña de apertura como opción de la corrección quirúrgica del hallux valgus. Muchas de las dificultades de esta técnica han sido corregidas con este nuevo diseño. La técnica es sencilla, ofreciendo una adecuada fijación de la osteotomía, asegurando una corrección permanente.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1) Coughlin M.J.; Grimes S Proximal metatarsal osteotomy and distal soft tissue reconstruction as treatment for hallux valgus deformity. *Keio J Med.* 2005; 54(2):60-5
- 2) Cooper MT; Berlet GC; Shumas PS; Lee TH Proximal opening-wedge osteotomy of the first metatarsus for correction of hallux valgus. *Surg Technol Int.* 2007; 16:215-9
- 3) Earll M; Wayne J; Caldwell P; Adelaar. Comparison of two proximal osteotomies for the treatment of hallux valgus. *R. Foot Ankle Int.* 1998; 19(7):425-9 Trethowan J. "Hallux valgus." In: Choyce CC ed, *A System of Surgery.* New York, P.B. Hoeber, p. 1046, 1923.
- 4) Beronio JP. : One approach to a viable method of obtaining cancellous bone for grafting. *JFS Vol. 22,* page 240, 1983
- 5) Sollitto RJ, Hart TJ, Sergi AR.: Opening Base Wedge Osteotomy with First Metatarsophalangeal Joint Implantation Arthroplasty-A Retrospective Study. *JFS Vol. 30(2),* page 165, 1991.
- 6) Limbird TJ, DaSilva RM, Green NE. : Osteotomy of the First Metatarsal Base for Metatarsus Primus Varus. *Foot & Ankle.* Vol. 9(4), page 158, Feb. 1989.
- 7) Amarnek DL, Juda EJ.: Opening Base Wedge Osteotomy of the First Metatarsal Utilizing Rigid External Fixation. *JFS Vol. 25(4),* page 321, 1986.
- 8) Scranton PE, Zuckerman JD.: Bunion surgery in adolescents: results of surgical treatment. *J. Pediatr. Orthopaed.* Vol. 4, page 39, 1984
- 9) Mothershed RA.: Osteotomies of the First Metatarsal Base. In: Banks AS, Downey MS, Martin DE, Miller SJ, ed. *McGlamry's Comprehensive Textbook of Foot and Ankle Surgery.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, page 539, 2001
- 10) Trethowan J. "Hallux valgus." In: Choyce CC ed, *A System of Surgery.* New York, P.B. Hoeber, p. 1046, 1923.
- 11) Amarnek DL, Juda EJ.: Opening Base Wedge Osteotomy of the First Metatarsal Utilizing Rigid External Fixation. *JFS Vol. 25(4),* page 321, 1986.
- 12) Scranton PE, Zuckerman JD.: Bunion surgery in adolescents: results of surgical treatment. *J. Pediatr. Orthopaed.* Vol. 4, page 39, 1984
- 13) Mothershed RA.: Osteotomies of the First Metatarsal Base. In: Banks AS, Downey MS, Martin DE, Miller SJ, ed. *McGlamry's Comprehensive Textbook of Foot and Ankle Surgery.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, page 539, 2001

C.C. 14. QUILOTORAX COMO COMPLICACIÓN TRAS CORRECCION QUIRÚRGICA DE CIFOSIS SINTOMÁTICA

Rodríguez-Vellando E; Bas Hermida, T; Colado Domínguez J; Horna Castiñeiras L; N. Franco Ferrando.
Unidad de Raquis. Servicio de C.O.T. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

INTRODUCCIÓN: El quilotorax es la salida del líquido linfático a la cavidad torácica. El origen es una lesión del conducto torácico, la cisterna o los troncos linfáticos retroperitoneales.

OBJETIVO: Analizar el diagnóstico y tratamiento de este tipo de complicación asociada a la cirugía de columna.

MÉTODO: Paciente de 30 años afecto de una cifosis sintomática. Se interviene quirúrgicamente. La vía anterior se realiza a través de toracotomía derecha con discectomía más artrodesis anterior no instrumentada T5-T10 y abordaje posterior con osteotomías en V posteriores e instrumentación T2-L3. El postoperatorio cursa satisfactoriamente.

En el control radiográfico postquirúrgico se aprecia pulmón expandido y un drenaje con débito de 100cc, por lo que retiramos el tubo torácico.

Inicia dieta normal, pero presenta un cuadro de dolor torácico y dificultad respiratoria. En un nuevo control apreciamos un derrame pleural, que drenamos, observándose un líquido cremoso.

Mediante cirugía toracoscópica se sutura el conducto torácico, pero 24 horas después inicia dieta normal y reaparece el líquido de aspecto cremoso. Se colocan dos tubos torácicos y se propone dieta absoluta y aporte nutricional parenteral.

Tras dos semanas mejorando se inicia aporte de Triglicéridos de cadena media. Al cesar el débito comienza dieta normal y se retiran los tubos. La evolución posterior es satisfactoria.

DISCUSIÓN

El quilotorax en cirugía de columna es una complicación rara, pero que condiciona la evolución posterior. Su temprana detección es importante para un buen pronóstico. El tratamiento es conservador y va encaminado a mantener una buena nutrición y minimizar la formación de quilo.

C.C. 15. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ESCOLIOSIS CONGÉNITA POR HEMIVÉRTEBRA AISLADA.

Franco Ferrando NN; Domingo Fernández R; Fallone Lapi JC; Bas Hermida T; Bas Hermida P.
Hospital Universitario La Fe (Valencia)
e-mail: nufranke@comv.es

INTRODUCCIÓN: La escoliosis congénita tiene diferentes grados de progresión dependiendo del tipo de malformación, localización y edad del paciente. Las hemivértebras aisladas son capaces de producir gran desequilibrio en el tronco por ello es necesario un tratamiento quirúrgico precoz para evitar una corrección más extensa en el futuro.

OBJETIVOS: Presentamos los resultados obtenidos en 3 pacientes con escoliosis congénita utilizando la misma técnica quirúrgica.

METODOLOGÍA: Tres pacientes menores de 5 años diagnosticados de escoliosis congénita por hemivertebra aislada fueron intervenidos procediendo a la resección de la hemivertebra por doble vía y posterior artrodesis utilizando tornillos pediculares.

RESULTADOS: Se obtuvo un grado de corrección satisfactorio tanto desde el punto de vista radiológico como estético. No se produjeron complicaciones durante la cirugía ni en su evolución.

CONCLUSIONES: El éxito de esta cirugía depende de la realización de un tratamiento correcto en el momento oportuno. En niños muy pequeños puede ser suficiente la implantación de ganchos o cables para evitar el riesgo de lesión neurológica, aunque estos implantes son menos fiables que los tornillos pediculares. Utilizamos tornillos pediculares por sus ventajas intentando disminuir los riesgos inherentes a esta cirugía mediante una técnica precisa, aparatos de escopia de calidad y monitorización neurológica constante.

C.C. 16. USO DE PRÓTESIS TUMORALES EN PACIENTES SÉPTICOS CON GRANDES DEFECTOS ÓSEOS

García-Rellán, J. E., Baixauli García, I., Marcos, P., Mut, T., Cervelló, S.
Hospital Universitario La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La infección del material protésico implantable es una de las complicaciones más temidas por el cirujano ortopeda. En el tratamiento quirúrgico de estas infecciones puede ser necesaria la extracción del implante, junto con una resección importante del tejido infectado. En ocasiones se requiere extirpar gran componente óseo, suponiendo un reto para el cirujano volver a colocar una nueva prótesis en un lecho con un mínimo *stock* óseo.

MATERIAL Y METODO: Se presentan dos casos clínicos de infecciones crónicas, uno de una prótesis total de rodilla y otro de una prótesis total de cadera, en los cuales fue necesario el implante de prótesis de revisión tumoral, dado el importante defecto óseo que se requirió para extirpar el tejido afecto por la infección después de múltiples intervenciones.

RESULTADOS: El recambio protésico en dos tiempos ha sido el tratamiento optado en estos dos casos, implantándose finalmente una prótesis de revisión tumoral que permitiese salvar el importante defecto óseo.

CONCLUSIONES: Dado el creciente número de pacientes que requieren implantes protésicos articulares, es evidente el aumento de la prevalencia de infecciones de éstos. Dentro del arsenal terapéutico para el tratamiento de las infecciones protésicas tenemos las prótesis tumorales, muy útiles sobre todo en pacientes que han requerido una importante resección ósea, donde el *stock* óseo remanente es insuficiente para la colocación de una prótesis convencional.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

- 1) Bargar, W.L.; Cracchiolo, A.; and Amstutz, H.C.: Results with the constrained total knee prosthesis in treating severely disabled patients with failed total knee replacements. *J. Bone and Joint Surg.*, 62A: 504-512, 1980.
- 2) Chao, E.Y.S.; and Sim, F.H.: Modular prosthetic system for segmental bone and joint replacement after tumor resection. *Orthop.*, 8: 641-651, 1985.
- 3) Horowitz, S.M.; Lane, J.M., Otis, J.C., and Healey, J.H.: Prosthetic arthroplasty of the knee after resection of a sarcoma in the proximal end of the tibia. A report of sixteen cases. *J. Bone and Joint Surg.*, 73A: 286-293, 1991.
- 4) Karpinski, M.R.K.; and Grimer, R.J.: Hinged knee replacement in revision arthroplasty. *Clin. Orthop.*, 220: 185-191, 1987.
- 5) Kneisl, J.S.; Finn, H.A.; and Simon, M.A.: Mobile knee reconstruction after resection of malignant tumors of the distal femur. *Orthop. Clin. N. Am.*, Vol. 22: 105-119, 1991.
- 6) Sim, F.H.; and Chao, E.Y.S.: Prosthetic replacement of the knee and a large segment of the femur or tibia. *J. Bone and Joint Surg.*, 61A: 887-892, 1979.

C.C. 17. FRACTURA CERVICAL, BILATERAL Y SIMULTÁNEA DEL FÉMUR, EN ADOLESCENTE CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL .

Sserna Berná R; Hernández Mira F.

Servicio C.O.T. Hospital General de Elda. Alicante

INTRODUCCIÓN: Las fracturas proximales del fémur son muy infrecuentes en los niños, representando menos del 1% de todas las fracturas pediátricas. Los pacientes con parálisis cerebral infantil (PCI), representan un grupo especialmente vulnerable a presentar fracturas. Muchas etiologías que disminuyen la densidad mineral ósea han sido consideradas como factores de riesgo, como la mala nutrición, tratamientos anticonvulsivantes, largos periodos de inmovilización tras una cirugía, y controles no ambulatorios de los pacientes. El diagnóstico de la fractura resulta a veces difícil y tardío por el déficit de comunicación, pues en ciertas ocasiones no se evidencia un traumatismo previo claro. Asimismo, los métodos convencionales de tratamiento no son siempre aplicables en éstos pacientes.

CASO CLÍNICO: Paciente mujer de 15 años de edad afecta de parálisis cerebral congénita causada por citomegalovirus, retraso psicomotor secundario, epilepsia en tratamiento con antiepilépticos durante 3 años, escoliosis toraco-lumbar, tetraparesia espástica, estrabismo paralítico ocular más atrofia óptica y nistagmus. En Febrero de 2004 acudió a urgencias tras referir la familia que presentaba dolor e impotencia funcional para la bipedestación, sin un claro antecedente traumático previo. Posteriormente fue confirmada la caída en el Centro para pacientes con PCI, donde acudía.

En el examen físico y radiológico se evidenció una fractura subcapital desplazada en valgo de cadera derecha y una fractura subcapital sin desplazar de cadera izquierda.

La paciente deambulaba previamente con andador de manera independiente, por lo que se decidió intervenir quirúrgicamente ambas caderas. Se realizó una reducción cerrada de ambas caderas bajo control de escopia y osteosíntesis con dos tornillos canulados de rosca distal. La estancia hospitalaria posquirúrgica fue de 4 días. El postoperatorio transcurrió sin incidencias, manteniéndose la descarga durante un mes, comenzado posteriormente una carga progresiva con su andador habitual, consolidando en posición correcta a los dos meses. Al año se observó una deambulación con ayuda de andador y sin molestias. Radiológicamente no se evidenció un desplazamiento secundario en ambas caderas, ni un fracaso del material de osteosíntesis, y tampoco signos de necrosis avascular cefálica femoral.

DISCUSIÓN: Los pacientes con PCI son propensos a padecer fracturas. Pocos estudios demuestran la influencia de factores de riesgo sobre la aparición de fracturas en pacientes con PCI. Existe un acuerdo general en que pacientes no controlados ambulatoriamente con cuadriplejía, tienen mayor prevalencia de presentar una densidad mineral ósea baja y por tanto mayor incidencia de fracturas. La implicación de los factores nutricionales y la terapia anticonvulsivante es más polémica.

Los pacientes con PCI, pueden presentar fracturas por traumatismos de alta energía, siendo estas fracturas de características similares a los niños sanos, presentándose con más frecuencia en pacientes hemipléjicos y dipléjicos. Por otro lado, se pueden producir por traumatismos de baja energía. Aproximadamente el 90% de todos los pacientes con PCI superviven hasta la edad adulta. Las fracturas femorales pueden reducir su calidad de vida y requerir cuidados durante largos periodos. El objetivo del tratamiento es devolver al niño, al nivel de funcionalidad anterior a la fractura. Si el paciente tiene capacidad para caminar deben emplearse los métodos convencionales de tratamiento de las fracturas.

Las complicaciones ocurren en el 17% de los pacientes y en el 10% de las fracturas, siendo las fracturas del fémur proximal las que presentan complicaciones con más frecuencia. La complicación más común es la refractura, seguida de la mala alineación, osteonecrosis, retraso en la consolidación, infección postoperatoria y complicaciones médicas.

En nuestro caso, la paciente presentaba un traumatismo previo asociado a una osteopenia radiológica y a un tratamiento previo con anticonvulsivantes de tres años de evolución. La deambulacion previa a la caída era autónoma con ayuda de andador, siendo satisfactorio el resultado quirúrgico, sin complicaciones y retomando a la paciente al estado previo a las lesiones.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Dormans J, Flynn J. Fracturas patológicas asociadas a tumores y trastornos específicos del sistema músculo-esquelético. En: Rockwood K.A, James H, Jamer R, editores. Rockwood and Wilkins "Fracturas en niños. 5ª edición. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins", 2001: p.219-221.
 - 2 Dale R, Hughes L. Fracturas y luxaciones traumáticas de la cadera . En: Rockwood K.A, James H, Jamer R, editores. Rockwood and Wilkins "Fracturas en niños. 5ª edición. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins", 2001: p.913-940.
 - 3 Presedo A, Dabney K, Miller F. Fractures in patients with cerebral palsy. J Pediatr Orthop 2007;27:147-153.
 - 4 Leet I, Mesfin A, Pichard C, Launay F. Fractures in children with cerebral palsy. J Pediatr Orthop 2006;26:624-627.
 - Wade M, Jacofsky D, Stans A, Shaughnessy W. Femoral neck fractures in pediatric patients. Clin Orthop Relat Res. 2007 Jan;454:169-73.
 - 5 Brunner R, Doderlein L. Pathological fractures in patients with cerebral palsy. J Pediatr Orthop B. 1996;5(4):232-8.
 - 6 Gollapudi K, Feeley BT, Otsuka NY. Advanced skeletal maturity in ambulatory cerebral palsy patients. J Pediatr Orthop. 2007 Apr-May;27(3):295-8.
 - 7 Henderson RC, Lin PP, Greene WB. Bone-mineral density in children and adolescents who have spastic cerebral palsy. J Bone Joint Surg Am. 1995 Nov;77(11):1671-81.
-

C.C. 18. FRACTURA DE STRESS MESETA TIBIAL INTERNA BILATERAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Martín, L; Mesado, A; Mesado, C.
Servicio C.O.T., Hospital General de Castellón.

OBJETIVOS: Las fracturas por sobrecarga son de producción lenta, teniendo como causa los microtraumatismos. Representan un desequilibrio entre la carga y la resistencia ósea por lo que también se han llamado fracturas por cansancio. Es más frecuente en hombres. Su localización es diversa, siendo la más frecuente en los metatarsianos medios, siguiendo tibia, peroné y diáfisis del fémur. Suelen ser fracturas únicas.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente varón de 48 años con molestias en ambas rodillas, localizado en cara anterointerna de tibia de un mes de evolución. A los 4-5 días de haber realizado una larga caminata.

A la exploración el paciente presenta dolor selectivo a nivel de la pata de ganso de ambas rodillas. No presenta signos inflamatorios. Maniobras meniscales negativas. Las radiografías de ambas rodillas: sin hallazgos patológicos. Se diagnostica de tendinopatía de la pata de ganso bilateral pautándose AINES durante 10-15 días. A pesar del tratamiento, el paciente sigue con molestias. En la RMN se visualiza fractura del platillo tibial interno de ambas tibias. La telemetría de ambos miembros inferiores descarta la presencia de un genu varo bilateral. El metabolismo del calcio y paratiroides, es normal. Se le coloca ortesis de protección.

RESULTADOS: Al mes el paciente sigue refiriendo ligeras molestias. Tras radiografía de control se aprecia esclerosis en ambos trazos de fractura. Sin signos de consolidación radiológica. Se mantiene la ortesis.

Al mes esta asintomático y el control radiológico muestra consolidación completa.

DISCUSIÓN:

1. Las fracturas de stress localizadas en la meseta tibial son extremadamente infrecuentes.
2. En estadios iniciales la exploración radiológica suele ser normal.
3. Debe hacerse diagnóstico diferencial entre una periostitis tibial interna, tendinopatía de la pata de ganso y descartar lesión meniscal interna.
4. El diagnóstico de certeza en fase inicial del proceso, se realiza mediante RMN, gammagrafía y TAC.
5. Como tratamiento no es necesario inmovilizar al paciente con escayola, siendo suficiente una ortesis y descarga durante las primeras semanas.
6. Cuando se producen en zonas poco vascularizadas hay riesgo de retardo de consolidación o de necrosis avascular precisando cirugía.

C.C. 19. FRACTURA DOBLE EN MIEMBRO SUPERIOR EN UN NIÑA.

Franco Ferrando N; Pellicer V; Morales Vargas I; Fernández Sabaté E.
Hospital Universitario La Fe (Valencia)
e-mail: nufanfe@comv.es

INTRODUCCIÓN: Las fracturas del extremo distal del húmero en la edad pediátrica son lesiones frecuentes. La mayoría son consecutivas a un traumatismo indirecto por ello deben descartarse fracturas asociadas del antebrazo y de la muñeca, aunque estas son poco frecuentes.

OBJETIVOS: Presentamos el caso de una fractura doble en miembro superior en una niña debido a la complejidad del manejo y su rareza

METODOLOGÍA: Paciente de 11 años de edad que tras caída presenta una fractura supracondílea desplazada de húmero asociada a una fractura doble de antebrazo ipsilateral, ambas cerradas y sin lesión vasculonerviosa. Fue intervenida de urgencia procediendo a la reducción y osteosíntesis de ambas fracturas con agujas de Kirschner y posterior inmovilización con férula.

RESULTADOS: La consolidación de ambas fracturas ha sido satisfactoria, con mínima angulación y rango articular completo.

CONCLUSIONES: El manejo de las fracturas asociadas es complejo, por ello debemos estudiarlas detenidamente y decidir la secuencia y el tipo de tratamiento. Esta complejidad se incrementa en los niños, donde el material de osteosíntesis es limitado. El tratamiento de las fracturas dobles de la extremidad superior debe iniciarse por la fractura más importante desde el punto de vista vasculonervioso, en este caso, la fractura supracondílea.

C.C. 20. FRACTURA DE S2: A PROPOSITO DE UN CASO.

Rupérez Caballero, H; Garibo Ferrer, F.; Valls Iserte, J.
Instituto de Traumatología de Unión de Mutuas. Castellón.
Jefe de Servicio : Eduardo Sánchez Alepuz

INTRODUCCIÓN: El sacro forma parte de la columna vertebral y el anillo pélvico. Sus lesiones pueden ocasionar deformidad, dolor crónico o pérdida de la función de los territorios dependientes de las raíces afectadas.

Las lesiones de sacro pueden originarse, desde fracturas por insuficiencia en pacientes osteoporóticos, hasta fracturas complejas por traumatismos de alta energía (accidente de tráfico).

La primera clasificación de estas fracturas la hizo Bonnin (1945), pero fue Denis (1988) quien planteó la clasificación anatómica simplificada, correlacionando la zona de la fractura con la incidencia de lesión neurológica. Según Denis, éstas fracturas a menudo no eran diagnosticadas ni tratadas, debido a la dificultad de objetivar la lesión en las radiografías simples, debiendo utilizar el TAC como método radiológico de diagnóstico.

Según Phelan et al., existen discrepancias acerca de si realizar tratamiento conservador o quirúrgico en las fracturas de sacro con lesiones neurológicas.

Nosotros, presentamos un caso de una fractura de S2 con afectación radicular severa, ante un traumatismo de baja intensidad en un paciente joven. Relacionamos la fractura según la clasificación de Denis y valoramos 6 meses después el resultado funcional y neurológico del tratamiento quirúrgico.

C.C. 21. MEGAPRÓTESIS ADAPTADA A RODILLA CATASTRÓFICA EN PACIENTE JOVEN

Sanjuan Cerveró R; Sánchez Mateo R; Rodrigo Pérez JL; Montaner Alonso D.
Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

INTRODUCCIÓN: Paciente politraumatizado que acude al Servicio de Urgencias donde se establecen los siguientes diagnósticos:

- Luxación postero-superior femoro-acetabular sin afectación ósea.
- Sección extensores 4º y 5º del pie derecho
- Fractura abierta grado III-B de Gustilo de la rodilla con una Fractura tipo AO 33-C3.2 en femur distal con pérdida de gran parte del cóndilo medial y Fractura AO 41-C2.2 con pérdida de sustancia a nivel del tendón cuadriceps

OBJETIVOS: Constatar el uso de megaprotesis en casos seleccionados de rodillas catastróficas de pacientes jóvenes como medida excepcional de tratamiento.

MÉTODO: Se realiza una actuación de urgencia inmediata mediante una reducción de la luxación femoro-acetabular, osteotaxis fémur-tibia con tutor Hoffman II con doble barra, limpieza con 4 l. de suero fisiológico, cepillado de la herida, Friederich y desbridamiento de las partes necróticas de la herida. Se objetiva la pérdida completa del cóndilo femoral lateral. Se cierra piel manteniendo 2 drenajes tipo redón en subcutáneo tras intento de sutura primaria del tendón cuadriceps y se instaura antibioterapia intravenosa con Metronidazol, Penicilina G y Gentamicina.

Tras ver la buena evolución de la herida y de las partes blandas, se programa 6 meses después cirugía de reconstrucción articular mediante megaprótesis Link a medida.

Durante la cirugía se realizan los siguientes procesos: Suplementación del defecto condilar mediante injerto de banco, colocación de la prótesis a medida y cuadricepsplastia V-Y reconstruyendo el aparato extensor.

Posteriormente se mantiene al paciente con una férula inguino-pédica durante 2 semanas, realizando curas cada 4-5 días y posteriormente se sustituye por ortesis de ligamentos durante dos meses iniciándose en este momento el protocolo de fisioterapia asistida.

RESULTADOS: A los 6 meses de la cirugía el paciente ha evolucionado satisfactoriamente con ausencia de infección en la rodilla, buena aceptación de la megaprótesis, curación de las partes blandas y un rango articular de 0-45° con progresiva adaptación a sus actividades básicas de la vida diaria.

CONCLUSIONES: Las megapotesis de rodilla realizadas a medida se han reservado para casos de cirugía tumoral tratando de evitar la amputación de un miembro. En traumatismos graves donde se busque la reconstrucción ósea y de las partes blandas y donde las reconstrucción articular sea prácticamente imposible, la colocación de este tipo de prótesis puede ser una alternativa de tratamiento.

La gran conminución, la pérdida del cóndilo medial, la posibilidad de infección temprana y la atricción de los componentes ligamentosos, no hacian recomendable un tratamiento clásico mediante osteosíntesis en un primer tiempo, por lo que ante una cirugía diferida se optó por un método alternativo capaz de reconstruir la zona de movilidad de la articulación y dotar a la misma de una estabilidad intrínseca.

Hasta ahora este método terapéutico se había reservado para casos límite en pacientes ancianos como alternativa a la amputación del miembro afecto, colocando prótesis constreñidas o megaprótesis en algún caso. No hay descritos en la literatura de habla inglesa describiendo la misma situación en pacientes jóvenes.

Una vez desaparecido el riesgo de infección, la evolución a esperar es la misma que la de los pacientes a los que se les haya colgado este tipo de implante.por otro motivo (principalmente cirugía tumoral).

BIBLIOGRAFÍA:

- 1-. Appleton P, Moran M, Houshian S, Robinson CM. Distal femoral fractures treated by hinged total knee replacement in elderly patients. J Bone Joint Surg 2006; 88-B; 1065-1070.
- 2-. Davila J, Malkani A, Paise JM. Supracondylar distal femoral nonunions treated with a megaprosthesis: A report of two cases.
- 3-. Anderson SP,Mattheus LS, KAufer H. Treatment of juxtaarticular nonunion fractures at the knee with long-stem total knee arthroplasty. Clin Orthop Rel Res 1990; 260; 104-109.
- 4-. Nau T, Pfliegerl E, Erhart J, Vecsei V. Primary total knee arthroplasty for periarticular fractures. J Arthropl 2003; 18; 968-971

C.C. 22. ROTURA DE CLAVO ENDOMEDULAR TIPO KÜNSTCHER EN FRACTURA DIAFISARIA DE FEMUR

Llamas Merino I; Trigueros Rentero MA; Sanz Reig J.
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital General de Elda. Elda. Alicante.

INTRODUCCIÓN: El enclavado endomedular es el tratamiento de elección en las fracturas diafisarias de fémur con resultados satisfactorios en el 99% y baja incidencia de complicaciones. La rotura del clavo endomedular es infrecuente, si bien ha cobrado mayor importancia con el desarrollo de los clavos en cerrojo. Se presenta el caso de una paciente con fractura diafisaria de fémur tratada mediante enclavado endomedular tipo Küntscher en cerrojo no bloqueado con rotura del clavo tras consolidación de la fractura.

CASO CLÍNICO: Paciente mujer de 15 años de edad con fractura diafisaria transversa tipo II de Winquist de fémur izquierdo por accidente de tráfico. No Rams, no enfermedades previas, 158 cm de altura, 63 Kgr de peso, IMC 25.3. Fue intervenida estabilizando la fractura mediante enclavado endomedular tipo Küntscher en cerrojo no bloqueado de 38 cm de longitud y 11 mm de diámetro con fresado hasta 11 mm. Perioperatorio sin complicaciones. Alta hospitalaria a los 3 días de la cirugía. Inicio de carga parcial progresiva con muletas en postoperatorio inmediato. Los controles ambulatorios mostraron una evolución satisfactoria con ausencia de sintomatología dolorosa, movilidad de cadera y rodilla completa, fuerza muscular 5/5 en miembro inferior, marcha independiente, no disimetría ni alteraciones angulares de miembros inferiores, y consolidación radiológica de la fractura.

A los 21 meses de la cirugía la paciente acudió a consultas por presentar dolor en trocánter mayor y discapacidad a nivel de la cadera, hasta entonces ausente. En el control radiológico se observó rotura del clavo endomedular a nivel del orificio de bloqueo proximal estático que abarcaba la hemicircunferencia externa quedando con integridad la parte interna. La paciente fue intervenida para la extracción del clavo endomedular pero durante el procedimiento quirúrgico se produjo la rotura completa del clavo quedando

el resto del clavo intramedularmente. Actualmente, tras 6 meses desde la segunda intervención la paciente se encuentra asintomática y sin ningún tipo de secuelas.

DISCUSIÓN: La unión de la zona hendida con la cilíndrica del clavo es donde con mayor frecuencia se producen las roturas, por acúmulo de sobrecarga tanto torsionales como laterales, incluso con la fractura ya consolidada pudiendo deberse a tensiones anormales sobre el clavo en los movimientos fisiológicos del fémur intacto. Otra zona de debilidad referida en los clavos en cerrojo es el orificio más proximal de los dos cerrojos distales, sobre todo en clavos con diámetros pequeños y en casos con abrasión del clavo por dificultad técnica en su colocación.

Los factores que aumentan el riesgo de rotura del clavo son un punto de entrada incorrecto del clavo, el sobrepeso del paciente, la colocación de un clavo con el mismo diámetro fresado en el canal medular que pudiera fragilizar el clavo por introducción a mayor presión, el tamaño del clavo dado que el orificio de cerrojo es constante y el menor diámetro del clavo conlleva una menor fragilidad, y la localización distal de la fractura.

En nuestro caso el punto de entrada demasiado medial, la colocación de un clavo del mismo diámetro fresado en el canal medular se argumentan como las principales causas de la sobrecarga tanto durante la consolidación de la fractura como una vez ya consolidada, lo cual asociado a un clavo de diámetro pequeño llevaron a la rotura del clavo por fatiga del material.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.A Jover Carrillo, A Pons Soriano. Enclavados endomedulares. Aspectos generales. En: L Cano Luis. Enclavados endomedulares. Monografías SECOT 7. Ed Masson. Barcelona. 2005. pp.19-29.
- 2.WM Ricci. Fémur: traumatismos. En: AR Vaccaro. OKU 8. Barcelona. 2006. pp.45-8.
- 3.J Albareda Albareda, A Latorre Sahun, F Seral Iñigo. Rotura a dos niveles de clavo centromedular en cerrojo femoral. Presentación de un caso. Rev Ortop Traumatol 1995;39:179-82.
- 4.J Escalera, LF Llanos, E Caicoya, J Sanz, JM Cano, A Coello. Rotura del clavo intramedular en la osteosíntesis de fracturas diafisarias femorales. Biomecánica 1992;1:49-51.
- 5.JL Franklin, RA Winquist, SK Bernirschke, ST Hansen. Broken intramedullary nails. J Bone Joint Surg 1988;70A:1463-71.
- 6.KW Zimmerman, HW Klases. Mechanical failure of intramedullary nails after fracture union. J Bone Joint Surg 1983;63B:274-75.

C.C. 23. FRACTURA SUBCAPITAL DE FÉMUR EN LA ENFERMEDAD DE STIFF-MAN: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Hoashi JS, Ballester-Ramos M, Salvador-Herrera C, Sánchez-Baeza MC, Mesado-Vives A, Picazo-Gabaldón B. Hospital General de Castellón. Jefe de Servicio: Dr. José Luis Díaz Almodóvar

e-mail: jane.hoashi@gmail.com

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Stiff-man es una enfermedad neurológica rara, caracterizado por la rigidez involuntaria de los músculos axiales y extremidades acompañada de espasmos musculares dolorosos. Aunque de etiología desconocida, se especula un origen autoinmune. Hay pocos casos descritos en la literatura de fracturas de cadera en estos pacientes. El tratamiento quirúrgico tiene dificultades añadidas por la extrema rigidez articular.

MATERIAL Y MÉTODO: Mujer de 67 años con enfermedad de Stiff-man, obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitas tipo 2, dislipemia, pancitopenia, y artrodesis de rodilla derecha. Sufre caída casual, produciéndose una fractura subcapital de fémur izquierdo Garden II. Previo a la caída, la paciente se trasladaba en silla de ruedas, con períodos de bipedestación con muletas. Bajo anestesia general, se realiza una artroplastia parcial bipolar cementada por vía posterior. Las dificultades quirúrgicas encontradas fueron el correcto posicionamiento de la prótesis y la reducción de la misma.

RESULTADO: La paciente recupera favorablemente. En el seguimiento postoperatorio, no refiere dolor y se posibilita el apoyo sobre el miembro inferior izquierdo. La flexión de cadera izquierda es de 25°, logrando un estado similar previo a la fractura.

CONCLUSIÓN: Existe escasa literatura en cuanto las fracturas de cadera en los enfermos con el síndrome del Stiff-man. Pese las dificultades encontradas intraoperatoriamente, la colocación de la prótesis parcial bipolar proporcionó un tratamiento resolutivo para nuestra paciente.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1 Rowland, LP. Neurología de Merritt. 10ª edición. McGraw-Hill-Interamericana de España S.A.U. 2002. p. 790-2.
- 2 Manto MU, Laute MA, Aguera M, Rogemond V, Pandolfo M, Honnorat J. Effects of anti-glutamic acid decarboxylase antibodies associated with neurological diseases. Ann Neurol 2007 Jun 28;61(6):544-551.
- 3 Lockman J, Burns TM. Stiff-person syndrome. Curr Treat Options Neurol 2007 May;9(3):234-40.
- 4 D'Elia L, Binazzi R, Vaccari V. A case of successive fractures of the femoral neck in the "stiff-man" syndrome. Chir Organi Mov. 1986 Jan-Mar;71(1):51-3.

C.C. 24. HEMANGIOPERICITOMA DE ALTO GRADO: TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR

Moreno Vadillo, M; Zarzuela Sánchez, V; Balaguer Andrés, J; Alfonso Porcar, M; Crespo González, D.
Hospital General Universitario de Valencia. Jefe de Servicio: Bru Pomer, A.

INTRODUCCION: El hemangiopericitoma es un tumor poco frecuente que se origina en los pericitos de Zimmerman. Afecta principalmente a los tejidos blandos de muslo y la pelvis, siendo la localización ósea extremadamente rara. Se trata de un tumor invasor con capacidad para producir recidivas locales e incluso metástasis a distancia, a veces años después de tratado el tumor primario.

CASO CLINICO: Presentamos el caso de una paciente de 63 años con tumoración región recto anterior de años de evolución con crecimiento lento y progresivo en los últimos meses, provocando dolor en el miembro afecto.

En la RMN se encuentra lesión localizada en recto anterior de 11.5 x 7 x 7cm sin afección ósea.

Se lleva a cabo biopsia incisional cuyo resultado anatomopatológico diagnostica como hemangiopericitoma. El estudio de extensión es negativo. Se realiza arteriografía y embolización selectiva de la arteria circunfleja externa y a las 48 horas cirugía oncológica. Por tratarse de un hemangiopericitoma de alto grado el tratamiento se complementa con radioterapia adyuvante.

RESULTADOS: Al año de finalizar la radioterapia la paciente se encuentra asintomática, sin signos de recidiva local ni adenopatías inguinales.

CONCLUSIONES: Se trata de un tumor maligno poco frecuente que se comporta con agresividad local, pudiendo llegar a producir metástasis a distancia. Su origen de estirpe vascular hace que tenga gran tendencia al sangrado por lo que la embolización prequirúrgica es de utilidad para reducir el tamaño tumoral y disminuir el riesgo quirúrgico. La radioterapia es útil para el tratamiento adyuvante en tumores de alto grado, en casos de restos tumorales o para el tratamiento en lugares de difícil acceso.

C.C. 25. NEURILEMOMA CIÁTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Balaguer Andrés, J; Zarzuela Sánchez, V.; Moreno Vadillo, M.; Martínez Vellosillo, D.; Bertó Martí, X.
Hospital General Universitario de Valencia. Jefe de Servicio Bru Pomer, A.

INTRODUCCION: El neurilemoma es un tumor benigno poco frecuente de origen nervioso y localización preferente en nervios periféricos. A pesar de tratarse de una tumoración benigna y habitualmente asintomática es importante un estudio completo tanto de imagen (basada fundamentalmente en la RMN) como anatomopatológico para confirmar la benignidad de la lesión.

CASO CLÍNICO: Presentamos el caso de una paciente de 58 años en la cual se diagnosticó una tumoración región posterior muslo. Como antecedentes personales destaca neoplasia de mama que requirió mastectomía radical. La RMN muestra lesión nodular bien delimitada entre porciones corta y larga del biceps femoral con marcado aumento de señal en T2 y STIR y áreas necróticas centrales, por lo que se plantea diagnóstico diferencial con otras tumoraciones. Se realizó EMG que mostró axonotmesis parcial del n. ciático.

RESULTADOS: Se practicó biopsia incisional objetivándose fibroma mixoide sin atipias y de escasa celularidad (tipo B de Antoni) los marcadores inmunohistoquímicos neurales (S-100) son negativos; se lleva a cabo exéresis completa conservando la integridad del nervio.

Al año la paciente se encuentra sin dolor, con función motora y sensitiva conservada excepto leve área de hipoestesia selectiva en región plantar pie.

CONCLUSIONES: A pesar de tratarse de un tumor poco frecuente, habitualmente indoloro y de lento crecimiento es importante un correcto diagnóstico y una técnica quirúrgica cuidadosa -debido a la proximidad a estructuras nerviosas- y conservadora debido a la estirpe benigna del tumor, con el fin de preservar la integridad tanto sensitiva como motora de la extremidad afectada.

C.C.26. OSTEOLASTOMA VERTEBRAL EN NIÑA DE 3 AÑOS

Franco Ferrando N; Colado J; Flores R; Bas Hermida T; Bas Hermida P.
Hospital Universitario La Fe (Valencia)
e-mail: nufanfe@comv.es

INTRODUCCIÓN: El osteoblastoma es un tumor benigno formador de hueso poco frecuente cuya edad de aparición se encuentra entre los 10 y los 30 años. Es característica su presencia en la columna vertebral donde puede provocar escoliosis dolorosa o clínica neurológica por compresión.

OBJETIVOS: Presentar el caso de un osteoblastoma vertebral en una niña de 3 años por la rareza de aparición a esta edad que añade dificultad a su tratamiento ya de por sí complejo.

METODOLOGÍA: Niña de 3 años de edad con lumbalgia de meses de evolución no asociada a traumatismo ni déficit neurológico. La radiología simple era normal y el TAC evidenció una lesión lítica bien delimitada y expansiva en el arco posterior de L4 compatible con el diagnóstico de Osteoblastoma.

Tras la resección de la tumoración se procedió a la colocación de osteosíntesis de sostén.

RESULTADOS: Actualmente la niña se encuentra asintomática y sin evidencia de recurrencia en los controles.

CONCLUSIONES: La exéresis del osteoblastoma debe ser completa para evitar recidivas posteriores pero el riesgo de desestabilización mecánica y lesión neurológica obliga a ser meticolosos en la cirugía, utilizar la monitorización neurológica y osteosíntesis de sostén para evitar complicaciones, más aun en una edad tan temprana.

C.C.27. ENFERMEDAD DE PAGET MONOSTÓTICO DE CALCÁNEO: A PROPÓSITO DE UN CASO Fernández Gabarda R; Ballesta Montalba M**; Sangüesa Nebot M*J*.

* Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

** Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN: La incidencia de enfermedad de Paget en el pie es poco frecuente, 33% de los casos en la forma poliostótica y únicamente un 3% de los casos de Paget monostótico.

CASO CLÍNICO: Mujer de 62 años, sin antecedentes de interés, que consultó por dolor en retropié de cuatro meses de evolución que aumentaba con la marcha, no apreciándose en la exploración ni deformidad ni signos inflamatorios, y siendo la movilidad completa y no dolorosa. La analítica mostraba niveles altos de fosfatasas alcalinas y de hidroxiprolinuria. La radiografía simple mostraba una densidad ósea aumentada en el calcáneo, con aumento irregular de las trabéculas y pérdida del patrón trabecular normal en el interior del hueso; no había aumento del tamaño ni deformidad del hueso. Las imágenes de TAC confirmaban los hallazgos descritos; y la gammagrafía ósea mostraba un foco intenso de captación aislada a nivel de calcáneo derecho. Se diagnosticó Paget monostótico de calcáneo. La paciente rehusó la confirmación diagnóstica con biopsia, iniciándose tratamiento con Calcitonina. A la tercera semana habían desaparecido los síntomas clínicos, y las cifras de fosfatasas alcalinas e hidroxiprolinuria descendido hasta cifras prácticamente normales.

DISCUSIÓN: La enfermedad de Paget es una enfermedad relativamente frecuente de etiología aún discutida. El diagnóstico se hace habitualmente con técnicas radiográficas, estudio de laboratorio y considerando sus localizaciones típicas. Por ello es más difícil el diagnóstico cuando se da en localizaciones atípicas (como el caso descrito) donde requiere el diagnóstico diferencial con metástasis osteogénicas, displasia fibrosa y osteomielitis crónica; ó si presenta alguna complicación. La calcitonina se demuestra efectiva en el tratamiento de esta patología.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1 Whyte M P. Paget's disease of bone. N Engl J Med 2006; 355: 593-600.
- 2 Rubin R P, Adler J J, Adler D P. Paget's disease of the calcaneus. J Am Pod Ass 1983; 73: 263-67.
- 3 Subbarao K. Dense calcaneus. Radiologic problem of the month. N Y St J Med 1980; 634..



