

Comunicaciones orales presentadas al XXXVI Congreso SOTOCV 2008.

Oral presentations to XXXVI SOTOCV Congress 2008.

C.O. 1. REPARACIÓN ARTROSCÓPICA EN DOBLE FILA CON LA TÉCNICA DE LA SUTURA EN PUENTE EN LAS ROTURAS DEL MANGUITO ROTADOR

E. Sánchez Alepuz

Servicio de COT de Unión de Mutuas. Valencia-Castellón

Resumen. La rotura del manguito rotador es la causa más frecuente de dolor e impotencia funcional del hombro a partir de los 60 años. Son muchas las técnicas descritas para su tratamiento, desde reparaciones con cirugía abierta a nuevas técnicas de sutura artroscópica. En el presente trabajo se analizan 50 pacientes que han sido intervenidos de rotura de manguito mediante la sutura artroscópica en doble hilera, con configuraciones en cuadrado, en "M" o en "W". Se describe la técnica quirúrgica artroscópica con una fila medial con anclajes biodegradables roscados con hilos que requieren anudamiento y la fila lateral con anclajes que no requieren anudamiento entre los cabos ("Sutura en Puente").

Se analizan los resultados según los criterios de la escala de Constant, tanto antes como después de la cirugía, obteniendo buenos resultados en el 90% de los casos.

C.O. 2. UTILIZACIÓN DE LA PRÓTESIS TOTAL INVERTIDA DE HOMBRO EN DIFERENTES ETIOLOGÍAS

N. Franco Ferrando, J.E. Aroca Navarro, A. Pina Medina, E. Puchol

Hospital Universitario La Fe (Unidad De Hombro)

Introducción. La prótesis total invertida es una buena alternativa a las prótesis totales standards para el tratamiento de determinados patologías complejas del hombro.

Objetivos. Evaluar los resultados de esta prótesis en pacientes con diferentes etiologías.

Metodología. 30 pacientes (24 mujeres, 6 hombres) fueron intervenidos procediendo a la colocación de una prótesis total invertida de hombro. La edad media fue de 67,6 años. Los pacientes fueron evaluados clínica y radiológicamente, comparando los resultados en función de la etiología (Artropatía MR, Revisión Prótesis, Fractura, Otros).

Resultado. El seguimiento fue de 15,4 meses (5-29). El alivio del dolor fue significativo, mejoraron la elevación, abducción y test de Constant, manteniéndose limitadas las rotaciones. El 86,6% estaban satisfechos. Los pacientes con artropatía del manguito rotador obtuvieron mejores resultados mientras que fueron peores en la cirugía de revisión de hemiartroplastia. 3 pacientes presentaron una luxación de la prótesis. No se observaron casos de aflojamiento o infección.

Conclusiones. Con la prótesis invertida de hombro se pueden obtener buenos resultados si su indicación es adecuada. Ciertas particularidades, como el manejo de las tuberosidades, deben tenerse presentes en su utilización en la revisión de una hemiartroplastia u osteosíntesis, para mejorar los resultados obtenidos.

C.O. 3. ESTUDIO CLÍNICO Y TRATAMIENTO ARTROSCÓPICO DE LA INESTABILIDAD DE LA PORCIÓN LARGA DEL BICEPS.

E. Sánchez Alepuz

Servicio de COT de Unión de Mutuas. Valencia-Castellón

Resumen. En el presente trabajo se analizan los criterios clínicos y diagnósticos de la inestabilidad de la porción larga del bíceps (PLB) y se presentan las diferentes técnicas de reparación artroscópica en función del tipo de lesión causante de la inestabilidad, siguiendo la clasificación de William F. Bennet, estableciendo un algoritmo de manejo artroscópico de este tipo de patología que frecuentemente pasa desapercibida fundamentalmente en paciente deportistas y jóvenes.

C.O. 4. TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES EPÍFISIS DISTAL CÚBITO

D. Perea Tortosa, E. Mackenney Carrasco, A. Aguirre Pastor, L. Clavel Rojo, J. Hernández López, E. Rebate Nebot.

Hospital General Universitario de Elche

Introducción. El tumor de células gigantes (TCG) es un tumor benigno de comportamiento agresivo. Se presenta entre los 20 y 40 años y afecta principalmente a epífisis de huesos largos. La localización en cubito distal es rara (<1%). El diagnóstico suele realizarse a través de

la clínica y características radiológicas. El tratamiento es controvertido. El curetaje simple tiene una alta tasa de recidiva. Los adyuvantes locales como el nitrógeno líquido, fenol o haz de argón no están libres de efectos adversos. El relleno de la cavidad puede realizarse con autoinjerto, aloinjerto, sustituto óseo o cemento. La resección en bloque se reserva cuando aparece gran afectación de partes blandas.

Objetivos y metodología. Presentamos un caso de TCG de cubito distal, se describe el tratamiento realizado y los resultados durante 3 años de seguimiento, y revisamos la bibliografía.

Resultados y Conclusiones. El curetaje con motor de alta velocidad es la etapa fundamental del tratamiento del TCG sin gran afectación de partes blandas. El uso de adyuvantes no ha demostrado su eficacia. No hay estudios comparativos significativos entre las distintas opciones de relleno. Ante una primera recidiva plantear nuevo curetaje.

C.O. 5. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA POBLACIÓN AFECTA DE SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO INTERVENIDA QUIRÚRGICAMENTE EN LA UNIDAD DE MANO (UMA) DEL HOSPITAL DE ELCHE.

*J. Talavera Gosálbez, **E. Mackenney Carrasco, *** D. Marhuenda Amorós, ***M.J. Prieto Castelló

*Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy, ** UMA, Hospital General de Elche, ***Departamento de Patología y Cirugía Universidad Miguel Hernández de Elche

Introducción. La unidad de mano (UMA) del hospital general de Elche atiende los casos del área en la que se ubica y sirve de referencia a las otras áreas en casos más complejos o necesitados de una atención especial.

Objetivos. Presentar un análisis descriptivo de un número de casos atendidos en la unidad, haciendo mención especial a factores tanto clínicos como sociodemográficos.

Metodología. Se procedió a contactar con Servicio de Documentación clínica del Hospital de Elche que confeccionó una lista de pacientes con el diagnóstico principal de Síndrome del Túnel Carpiano como diagnóstico principal y apertura del Ligamento Anular Anterior del Carpo como tratamiento principal. Se confeccionó un cuestionario donde se recogían las variables de nuestro estudio y se procedió al pase de la encuesta vía telefónica.

Resultados. Hemos obtenido datos de nuestra muestra referido a valores epidemiológicos y también de tipo más clínico como el tiempo de espera entre el diagnóstico y la intervención quirúrgica, índice de recidivas, tipo de las mismas etc.

Conclusiones. Nuestro estudio describe a una población afecta de la patología y hace un seguimiento de su evolución, describiendo recidivas, factores sociales asociados y nivel de satisfacción en la asistencia recibida.

C.O. 6. MICROCIROUGÍA. UN ANTES Y UN DESPUÉS EN LA CIRUGÍA DE MANO

N. Franco Ferrando, R. Domingo Fernández, J. Guiral
Hospital Universitario La Fe de Valencia.

Introducción. Tras el nacimiento de la Microcirugía existe un antes y un después en la cirugía de mano. La sutura microquirúrgica ha permitido el reimplante de dedos tan importantes como el pulgar, siendo capaz de transformar una mano catastrófica en una mano útil.

Objetivos. Describir la importancia de las técnicas de disección y de sutura vasculonerviosa que se desarrollan en el laboratorio experimental para el aprendizaje de la microcirugía.

Metodología. Se describe el tipo de animal de experimentación, los microscopios, el instrumental, el tipo y diámetro de suturas así como el nudo y la técnica de sutura arterial, venosa o nerviosa.

Resultados. Para obtener buenos resultados con la utilización de estas técnicas es necesaria la realización de ejercicios de dificultad creciente que deberán ser repetidos hasta conseguir la perfección de la técnica. Ser metódicos, metódicos y constantes son las claves del éxito para su aprendizaje.

Conclusiones. Las técnicas microquirúrgicas deberán ser conocidas a nivel básico por todos los residentes de cirugía ortopédica y traumatología que tuvieran a su disposición un laboratorio experimental con el objetivo de permitir la posibilidad de reparar las lesiones nerviosas y vasculares a las que se enfrentará durante su actividad.

C.O. 7. REPERCUSIÓN CLÍNICA DE LA UTILIZACIÓN DEL FLEXOR CARPI RADIALIS EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA RIZARTROSIS.

C. Bermell González, L. Aguilera Fernández, E. Salcedo Maiques, J. Ribes Iborra
Hospital Universitario la Ribera

Introducción. La rizartrrosis es una patología frecuente para la que existe una gran variedad de tratamientos quirúrgicos. Uno de los más utilizados es la artroplastia de resección-suspensión mediante el tendón del Flexor Carpi Radialis (FCR), bien sea en su totalidad o como hemitendón. Hasta la actualidad no ha sido bien estudiada la repercusión clínica que puede conllevar el sacrificio de este tendón.

Objetivos. Comparar la repercusión que tiene, sobre la fuerza y la movilidad de la mano, respetar el FCR, utilizarlo como hemitendón o de forma completa.

Metodología. Se ha analizado la fuerza, movilidad, resultado clínico y radiológico de un total de 32 casos de rizartriosis intervenidos mediante trapeziectomía simple, trapeziectomía + plastia con hemitendón del FCR y trapeziectomía + plastia con tendón completo del FCR. Se ha diseñado un dispositivo especial para cuantificar la fuerza de flexión de la muñeca en estos pacientes.

Resultados. La movilidad del pulgar, al igual que la fuerza de empuñadura, ha quedado más limitada en la trapeziectomía simple, no observándose diferencias con la distinta utilización del FCR. No se ha constatado mayor pérdida en la fuerza de flexión de muñeca con la utilización completa del FCR, respecto a las otras técnicas.

Conclusión. La utilización del FCR completo no tiene mayor repercusión clínica que la utilización del FCR como hemitendón.

C.O. 8. ESTUDIO DE LA ANATOMÍA DE LA APONEUROSIS DE LA MANO EN SU LOCALIZACIÓN RADIAL.

E. Mackenney, F. Sánchez Del Campo, E. Rebate, A. Aguirre. Unidad de Referencia de Mano. Hospital General Universitario de Elche

Objetivo. Determinar las características anatómicas de las estructuras aponeuróticas de la mano en su localización radial, tenar, de primera comisura y palmar del pulgar. Determinar si existe una estructura si existe una estructura anatómica similar a la aponeurosis palmaris que pueda dar origen a un cordón aponeurótico.

Material y Métodos. Estudio de disección anatómica en veinte manos de cadáveres adultos y en doce manos de fetos, con disección microquirúrgica con magnificación y utilización de la técnica de McGrouther.

Resultados. La aponeurosis radial lateral y la tenar constituyen una estructura fibrosa continua que recubre la musculatura tenar. Es una aponeurosis de contención con refuerzos aponeuróticos por su cara interna, recubriendo componentes arteriales y configurando tabiques de inserción y tabiques intermusculares. La aponeurosis prima comisura es un fino conjunto de fibras aponeuróticas entremezcladas, con una orientación oblicua y con mayor densidad en la región metacarpofalángica.

Conclusiones. El estudio permite definir una unidad aponeurótica radio-teno-primocomisural, configurada en una lámina continua con áreas de mayor entidad y otras mas finas, con diferenciaciones en superficie y en su cara interna; lo que difiere de la descripción clásica de De Frenne.

C.O. 9. PULGARIZACIÓN EN NIÑOS CON APLASIA CONGÉNITA DE PULGAR

P. Gutiérrez Carbonell; A. Lajarín Ortuño; A. Iborra Hospital General Universitario de Alicante

Introducción. La aplasia del pulgar representa una deformidad congénita rara de la mano (8%- 11% de todas las deficiencias congénitas) y se asocia en casi la mitad de niños con otras deficiencias concomitantes, como aplasia del radio (1/3 de casos), hipoplasia de pectoral mayor, síndrome de bandas amnióticas,... Su aparición es esporádica no hereditaria. En la clasificación mas aceptada (Blauth, 1967) correspondería al tipo V. El único tratamiento posible es la pulgarización del dedo índice. La edad adecuada para practicar la cirugía es entre 5 meses y 2-3 años de edad, siendo preferible siempre dentro del primer año de vida.

Material y Métodos. Técnica quirúrgica. Se describen 3 casos de pulgarización de índice en niños con aplasia congénita de pulgares, sin otras anomalías concomitantes. Se practicó la pulgarización en dos procedimientos quirúrgicos separados (3 meses entre ambos). Se utilizaron medios de magnificación óptica, en la cirugía.

Técnica quirúrgica: En cada pulgar: plastia cutánea volar y dorsal, disección de paquetes vasculo-nerviosos, exéresis de la diáfisis del II metacarpiano, preservando epífisis, reinserción de musculatura intrínseca (1º interóseo dorsal y lumbrical) y fijación de epífisis distal del II metacarpiano, colocada en hiperextensión, en el lado radial del carpo, mediante 2 agujas de Kirschner cruzadas.

Resultados. La viabilidad vascular de cada pulgar fue satisfactoria postoperatoriamente. A los 7- 10 meses de seguimiento, respectivamente, el niño utiliza, para las actividades de la vida diaria, propias de su edad, los pulgares.

Conclusiones. La pulgarización del índice en niños proporciona resultados satisfactorios, permitiendo la reconstrucción de una pinza digital útil.

C.O. 10. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS FRACTURAS DE EXTREMIDAD DISTAL DE RADIO MEDIANTE PLACAS VOLARES EN EL ÁMBITO LABORAL.

L. Gil Santos, C. Puig Abbs, J.R. Pérez Del Valle, A. García-Vivó Albors.

Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica Centro de Rehabilitación y Recuperación de Levante.

Introducción. Las fracturas de radio distal son uno de los motivos más frecuentes de consulta en la práctica clínica de un hospital de accidentes laborales.

En el presente estudio se evalúan los resultados de nuestros pacientes con fractura de EDR tratados de forma

quirúrgica en el ámbito laboral. Son analizados parámetros clínicos, radiológicos, las posibles complicaciones y el tiempo de reincorporación a la actividad laboral.

Objetivos. Se pretende informar sobre los criterios y pequeños detalles técnicos que creemos deben presidir el tratamiento este tipo de fracturas. Sistematizándolos con un enfoque práctico.

Material y métodos. Basándonos el trabajo que presentamos (en la reunión anual de la SECOT 2006) tras el análisis de los resultados en 59 pacientes con fractura de EDR tras accidente laboral, tratados todos ellos de forma quirúrgica con un seguimiento medio de 6-18 meses; y dado que, nuestra casuística se ha triplicado en estos años. Se reconsideran los parámetros estudiados en ese momento, el dolor, la movilidad de muñeca, el tiempo de baja laboral y las complicaciones. Así como, la congruencia articular de las articulaciones radiocarpiana y radiocubital distal.

Resultados. Los resultados se evaluaron en función de la movilidad y de las complicaciones, así como de su relación con el tipo de fractura, el tipo de osteosíntesis y el tiempo peroperatorio.

Radiográficamente se estudió los ángulos medios y la congruencia articular de las articulaciones radiocarpiana y radiocubital distal.

Los resultados, arrojaron los siguientes datos:

- El 92.7 % de los pacientes, se trataron con placa volar como osteosíntesis primaria.
- La mayor parte de los pacientes (34 casos / 62%) se intervinieron en las primeras 24 horas tras el ingreso. (40 casos / 73%) fue intervenido quirúrgicamente en los primeros 3 días tras el accidente Permaneciendo en su mayoría (35 casos / 64 %) ingresados un máximo de 3 días.
- La mayor parte de los pacientes, son jóvenes (67 % < 35 años) con traumatismos de alta energía y lesiones intraarticulares (91 %).
- 31 casos (56 %) están de alta laboral antes de los 120 días.
- El 60.5 % de casos que presentan una movilidad global al alta laboral mayor del 90 %.
- El 73 % de los pacientes, han sido alta laboral sin secuelas.

Conclusiones. La ausencia de dolor y la buena pronosupinación son los parámetros mejor valorados por los pacientes. La gran mayoría de las fracturas son de

alta energía, obteniendo excelentes resultados si son intervenidas en las primeras 24 horas e iniciando la rehabilitación de forma precoz. Desde el punto de vista radiográfico no solo es importante una adecuada congruencia radiocarpiana sino también de la articulación radiocubital distal para obtener una adecuada movilidad y un resultado clínico aceptable. En suma, creemos que las placas volares de ángulo fijo son un sistema de osteosíntesis con una indicación amplia en fracturas de extremidad distal del radio inestables e intraarticulares. Solas o combinadas con otros sistemas de osteosíntesis. Por último, que la temprana asistencia quirúrgica minimiza las secuelas y el tiempo de baja laboral.

C.O. 11. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DORSALES INESTABLES DE RADIO DISTAL MEDIANTE PLACAS VOLARES DE ANGULO FIJO

P. Sánchez Gomes, A. Fuentes Díaz, S. Arlandis Villarroya, F.J. Ricon Recarey, J.A. Lozano Requena
Hospital Vega Baja De Orihuela

Introducción. En los últimos años el enfoque del tratamiento de las fracturas del radio distal ha experimentado un cambio sustancial. Se han desarrollado métodos de osteosíntesis basados en el principio de los sistemas de ángulo fijo, que funcionan como un fijador interno y evitan la necesidad de injerto óseo.

Objetivos. Revisión de resultados demostrando que las placas volares de ángulo fijo proporcionan suficiente estabilidad para mantener la reducción permitiendo una movilización precoz.

Metodología. Hemos incluido 100 pacientes entre 2002 y 2008 que cumplían los criterios de inclusión: fracturas de EDR con desplazamiento dorsal tras fracaso del tratamiento ortopédico o inestables de entrada (> 50% conminución metafisaria, con >10° de angulación dorsal, >2 mm de escalón articular o >2 mm de acortamiento).

Resultados. Tras un seguimiento medio de 3 años, no existieron pérdidas de reducción significativas y la mayoría de pacientes presentaba un buen resultado funcional.

Conclusiones. El tratamiento de fracturas inestables del radio distal con implantes de ángulo fijo constituye un gran progreso: el abordaje palmar permite una reducción anatómica exacta y el sistema de ángulo fijo permite mantener la reducción sin necesitar aporte de injerto... El modelo de placa empleada no influye en los resultados a largo plazo.

C.O. 12. FRACTURAS INTRAARTICULARES DEL EXTREMO DISTAL DEL RADIO TRATADAS ARTROSCÓPICAMENTE. PATRÓN ARTICULAR.

A. García Gálvez, L. Sánchez Navas, S. Arlandis Villarroya, F. Marcos Morales, J.A. Lozano.

Hospital "Vega Baja" Orihuela.

Introducción y Objetivos. El extremo distal del radio es una localización común de fracturas con afectación de la superficie articular. La reducción de este tipo de fracturas es difícil y con frecuencia incompleta. En estos casos el uso del artroscopio puede ayudar a reconstruir la superficie articular del radio. El objetivo de este estudio es analizar el patrón articular encontrado, el tipo de osteosíntesis utilizada y los resultados en este tipo de fracturas mediante esta técnica.

Material y Método. Entre noviembre de 2005 y marzo de 2008 fueron intervenidas en nuestro servicio bajo control artroscópico 37 fracturas intraarticulares del extremo distal del radio que fueron seguidas de forma retrospectiva. En 19 casos se disponía de la descripción detallada de los fragmentos intraarticulares. De ellos la edad media fue de 36 años (rango 18-55) y el 84% eran varones. Se registraron vía de abordaje, portales usados y el montaje del campo quirúrgico. Para estudiar el patrón articular se utilizó la clasificación de Doi y el modelo de las tres columnas. En función del tipo de fractura articular se determinó la osteosíntesis utilizada y los resultados radiológicos y funcionales, así como la tasa de consolidación y la aparición de complicaciones.

Resultados. Con la clasificación de Doi y dividiendo el radio distal en 2 columnas nos resultó difícil encajar los hallazgos artroscópicos. Encontramos que dividiendo la faceta radial en 3 segmentos podríamos distribuir los trazos fracturarios de forma más satisfactoria. De este modo podemos tener afectación a 1-columna si se trata de un trazo marginal en uno de los segmentos, a 2-columnas si el trazo sagital es completo y a 3-columnas si existen dos trazos sagitales completos que los separen. Igualmente registramos aquellos trazos adicionales en el plano frontal o coronal que afectaban a cada columna de forma independiente. De este modo resultaron 2 casos a 1-columna, 9 a 3-columnas y 8 a 4-columnas. El tipo de osteosíntesis utilizada fue la reducción abierta con placa volar de ángulo fijo en 8 fracturas, la fijación percutánea con tornillos canulados en 5 casos y con agujas tipo Kirschner en otros 6 casos. Radiológicamente obtuvimos 5 resultados excelentes, 10 buenos y 4 regulares, mientras que desde el punto de vista clínico se consiguieron 8 excelentes, 10 buenos y 1 resultado regular según la escala de Green & O'Brien.

Discusión y Conclusiones. El uso del artroscopio en las fracturas intraarticulares del extremo distal del radio nos permite definir con más exactitud el tipo de patrón fracturario, habiendo resultado útil la clasificación a 4-columnas, así como determinar el tipo de osteosíntesis más adecuada. El uso de cualquier clasificación supone una simplificación de los hallazgos encontrados y su finalidad es ayudarnos en la toma de decisiones. Por otra parte, la artroscopia es una técnica útil que ayuda a una reducción más exacta de la superficie articular sin que ello suponga un empeoramiento del índice de consolidación o del resultado funcional.

C.O. 13. VALORACIÓN DE RESULTADOS EN FRACTURAS DE PILÓN TIBIAL

M.B. Cutillas Ybarra, F.A. López Prats, M.J. Sirera Vercher
Hospital Clínica San Juan de Alicante

Introducción. Existe un interés creciente en Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) por el empleo de instrumentos de valoración del estado de salud para la evaluación de resultados finales. Las fracturas de pión tibial constituyen aproximadamente el 7% de las fracturas de tibia y el 1% de las fracturas de miembro inferior en adultos; sin embargo, a pesar de su baja incidencia presentan una elevada morbilidad y siguen siendo un reto terapéutico en nuestros días puesto que aún se desconoce el método terapéutico óptimo para estas lesiones.

Metodología. Con objeto de estudiar la repercusión e impacto de una fractura de pión tibial en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud se ha realizado un estudio tipo cohorte retrospectiva, con 61 pacientes tratados en el hospital Clínico Universitario San Juan de Alicante por fractura de pión tibial, con, al menos, dos años de evolución. De la Historia Clínica se extrajeron datos clínicos y radiológicos, asimismo se realizó una valoración de su estado de salud, determinados parámetros clínicos y un estudio radiológico.

Resultados. Puede observarse como la cohorte a estudio tiene una salud peor que la media española. De entre todos los resultados destacó que el tipo de fractura (Abierta o Cerrada) resultó mostrar unas diferencias bastante grandes, ya que para el Dolor Corporal, los pacientes con fractura cerrada tuvieron mejor percepción de su salud, y esto también ocurrió con la Salud General, Vitalidad, Función Física y Rol Físico. Para el Tipo de AO, las diferencias aparecieron en el Dolor Corporal, donde el grupo C decía estar mucho peor que el resto, y de igual forma ocurría en la Función Física. No se encontraron diferencias para el tipo de tratamiento recibido

(Reducción Abierta y Fijación Interna vs Fijación Externa), ni en la extremidad afectada, derecha o izquierda.

Conclusión. En conclusión, una fractura de pilón tibial afecta negativamente la calidad de vida, siendo esta afectación más importante si la fractura es abierta y en los tipos B y C de la clasificación de AO.

C.O. 14. FRACTURA DE PELVIS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL: ¿CAUSA DE PROBLEMAS DURANTE EL PARTO?

C. Maroñas Abuelo.

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

Resumen. En el hospital general de Requena hemos atendido a cuatro mujeres jóvenes en edad fértil y una niña de 10 años por fracturas de pelvis que modificaron el anillo pelviano en mayor o menor grado. Esta modificación de los diámetros del estrecho medio de la pelvis nos llevó a plantearnos la cuestión de su influencia durante el parto. La bibliografía sobre dicha cuestión es escasa, pero hace hincapié en el aumento del porcentaje de cesáreas respecto a la población general. De las mujeres atendidas en nuestro servicio dos tuvieron un parto vía vaginal y una tercera precisó una cesárea por problemas ginecológicos. La cuarta restante no ha quedado embarazada todavía.

La revisión de estos casos nos ha llevado a una serie de preguntas: ¿debemos ser más exigentes en la reducción de las fracturas de pelvis en mujeres en edad fértil para evitar posibles distocias en el parto? ¿Podemos con nuestra actuación disminuir el número de cesáreas, permitiendo a estas mujeres el parto por vía vaginal? En todos los casos hemos contado con la colaboración del Servicio de Ginecología del Hospital.

C.O. 15. FRACTURAS OCULTAS DE CADERA

M. Barres Carsi, A. Collado Sánchez; A. Balfagon Ferrer, I. Moreno García, J. Ferrer Valdecabres
Hospital Universitario La Fe de Valencia.

Introducción. Las fracturas de cadera ocupan el 30% de los ingresos hospitalarios de los servicios traumatológicos. Pero el diagnóstico a veces puede ser difícil. La historia y el examen clínico puede ser equivoco, y el estudio radiográfico es difícil de valorar.

Así aquellos pacientes con signos clínicos que sugieren fractura de cadera, pero con radiografía negativa tiene que considerarse la posibilidad de una fractura oculta de cadera o de las regiones cercanas, y puede ser necesario otros estudios especiales para su diagnóstico. Es importante llegar a un diagnóstico temprano porque los fallos diagnósticos pueden llevar a secuelas desastrosas.

Material y método. Hemos revisado 76 tacs, por sospecha de fracturas, realizados en urgencias por patología de cadera desde Junio 2006 hasta Diciembre de 2007.

Resultados. Se confirma el diagnóstico de fractura en 25 casos; Fractura cotilo: 9 casos; Fractura de trocánter mayor: 5; Fractura de ramas 11; Nada: 8; Otras causas: 18.

Discusión. Aunque la bibliografía valora como más específica la realización de una RNM, la TAC demuestra su capacidad diagnóstica en estos casos: disponibilidad en la mayoría de hospitales, poco tiempo de realización y escasa radiación en pacientes mayores

C.O. 16. OSTEOSINTESIS DE FRACTURAS DE CUELLO DE CADERA NO DESPLAZADAS (GARDEN I Y II) EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS

M. Barres Carsi, I. Moreno García, A. Balfagon Ferrer, A. Collado Sánchez, J. Ferrer Valdecabres
Hospital Universitario La Fe de Valencia

Introducción. Generalmente se acepta que las fracturas no desplazadas de cuello femoral (Garden I y II) pueden ser tratadas con fijación interna que permite movilización precoz sin desplazamiento secundario (Bentley 1968; Barnes et al 1976). Esto que es aceptado en pacientes jóvenes, sin embargo en pacientes ancianos con severa osteopenia esta fijación puede ser menos eficaz.

Material y método. Analizamos las fracturas de cadera intracapsulares ocurridas en nuestro hospital durante los años 2006 y 2007 que fueron tratadas mediante osteosíntesis (canulados), divididos en dos grupos de edad. Un grupo A de 70 o más años de edad; grupo B formado por pacientes menores de 70 años.

Resultados. Analizamos los resultados radiográficos de estos grupos comparados entre sí, y analizamos las pérdidas de fijación entre los grupos. Valoramos la estancia media, la necesidad de segunda intervención, y la técnica empleada.

C.O. 17. TENDINOSIS PATELAR. TRATAMIENTO ARTROSCÓPICO.

E. Salcedo, E. Fernández, E. Llopis
Hospital La Ribera. Alzira. Valencia

Introducción. El dolor crónico del tendón rotuliano supone una patología muy frecuente en nuestro medio, no sólo deportistas, sino, también, en trabajadores físicos. Clásicamente el tratamiento quirúrgico ha consistido en la cirugía abierta con limpieza de la inserción patelar del tendón, asociado o no a la extirpación de la por-

ción más anterior del pico de la rótula. Proponemos el tratamiento artroscópico mediante la limpieza intrarticular del tendón y de la hofitis asociada conjuntamente con la extirpación del pico de la rótula.

Material y Método. Quince pacientes varones entre [23-40] años han sido intervenidos con un follow-up de 3 años. Se realizaron rnmn previas y al año de la cirugía. Se han utilizado las escalas de Tegner, Lyschom, Kujala y Larsen y Lauridsen para la valoración clínica.

Resultados. Los pacientes han experimentado una mejoría clínica con 90% de resultados excelente en la clasificación de Larsen y Lauridsen. Mejoría de 4.2+/- 7.2 a 7.5 +/- 1.2 en la escala de Tegner. Mejoría de 53.2 +/-12 a 92.2 +/-3.3 en la escala de Lyschom y 50.1 +/-2 a 93+/-3.2 en la escala de Kujala.

Discusión. La cirugía abierta en la tendinosis rotuliana supone una importante morbilidad con potencial lesión del nervio safeno y persistencia del dolor con un periodo de rehabilitación largo. La cirugía artroscópica supone una mejoría en cuanto al tiempo de recuperación y ofrece unos resultados excelentes, evitando las complicaciones de neuritis y persistencia de dolor.

C.O. 18. NUESTRA EXPERIENCIA EN LA CIRUGÍA DE RECAMBIO DE LA PRÓTESIS DE RODILLA OXFORD.

D. López-Quiles Gómez, V. Torró Berenguer, J. Aracil Silvestre

Hospital. Universitario La Fe. Valencia.

Resumen. Constituye nuestra casuística 118 implantes Oxford desde 1991 a 2007, indicados con preferencia en la osteoartritis medial.

Se expone nuestra experiencia en la revisión de prótesis unicompartimentales de rodilla, tras hacer un seguimiento a largo plazo del modelo usado en nuestra sección.

Los 14 recambios efectuados significaron el 12% aproximadamente de la casuística, prevaleciendo en el grupo de edad de menos de 64 años y todas las revisiones se realizaron a largo plazo, entre 10 y 16 años.

Se explican los diferentes motivos que condujeron al recambio, predominando la aparición de gonartrosis global, bien por mala indicación de entrada o bien por la evolución de la enfermedad.

Se analizan los modelos de prótesis primarias y de revisión, utilizados en nuestras revisiones de la prótesis Oxford y se describe la técnica quirúrgica, poco dificultosa por conservar mayor stock óseo a reseca, a diferencia de los recambios en las prótesis totales.

Exponemos las indicaciones y contraindicaciones de la P.U.C. así como los parámetros clínicos o perfiles clí-

nicos del paciente subsidiario de una prótesis parcial de rodilla.

Nos basamos en la correcta y minuciosa técnica quirúrgica y sobre todo en la rigurosa selección de los pacientes al implantar una P.U.C. para evitar en lo posible, las causas que obliguen a la cirugía de revisión.

C.O. 19. ARTRODESIS DE RODILLA CON CLAVO WICHITA.

J. Balaguer Andrés, R. Colomina Rodríguez, M. Moreno Vadillo, A. Bru Pomer.

Consorcio Hospital General Universitario Valencia

Introducción y objetivos. La artrodesis de rodilla es una de las últimas opciones terapéuticas que tiene el cirujano ortopédico para afrontar las inestabilidades de rodilla secundarias a múltiples intervenciones tras fracasos infecciosos o no infecciosos.

El objetivo de este estudio es revisar los resultados preliminares obtenidos con el clavo de Wichita, el cual permite la compresión de la articulación intraoperatoriamente y una dinamización postoperatoria, favoreciendo el apoyo precoz y la fusión articular.

Material y métodos. Hemos revisado 12 pacientes desde el 2001-2007, siendo la edad media de 72,17 años. El fracaso infeccioso periprotésico sin posibilidad de recambio protésico fue la indicación más frecuente (9), y 3 por lesión del aparato extensor.

Resultados. El tiempo medio intervención fue de 105 minutos. La carga asistida comenzó inmediatamente. La consolidación se consiguió en 9 pacientes con tiempo medio de 20 semanas, con una dismetría media de 3 cm.

Discusión y conclusiones. La fijación con clavo intramedular proporciona un mayor porcentaje de éxitos con un menor tiempo de fusión. Aunque presentamos una serie corta, consideramos que es un sistema específico con buenos resultados para la artrodesis de rodilla, con unas amplias indicaciones, y que facilita la planificación preoperatoria.

C.O. 20. CIRUGIA DE REVISION DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA. RESULTADOS DE CINCO AÑOS.

D. Martínez Velloso, R. Colomina Rodríguez, X. Bertó Martí, J. Balaguer Andrés.

Hospital General Universitario de Valencia

Introducción y objetivos. Los buenos resultados obtenidos con las artroplastias primarias de rodilla han alentado a cirujanos y a pacientes en el uso de esta téc-

nica para resolver la patología degenerativa de la rodilla. En la actualidad esto ha hecho que disminuya la edad a la que los pacientes se someten a una intervención de sustitución protésica pero ha aumentado la frecuencia en que han de recambiarse los componentes.

Material y métodos. Hemos evaluado de forma retrospectiva los fracasos protésicos realizados en el servicio de COT entre 2002 y 2007 debidos a fallos mecánicos. Durante este periodo se intervinieron 105 rodillas. La relación hombre / mujer fue de 1: 2.9, con una edad media de 75 años. El principal motivo de la revisión fue aflojamiento aséptico seguido del "dolor no filiado", exceptuando los recambios debidos a infección de la artroplastia. Como protocolo de la intervención se realizó en todos los casos cementación de la prótesis modular.

Resultados. El periodo desde la colocación del implante hasta su sustitución varió desde los 1.5 meses hasta los 155.53 con una media de 64.93 meses. Los pacientes fueron evaluados mediante la Escala Visual Analógica y las puntuaciones de The Knee Society Clinical Rating System. También se registró la valoración subjetiva del paciente. La complicación que se observó con mayor frecuencia fue la trombosis venosa profunda de los miembros inferiores en el 6.4% de pacientes y un paciente presentó un IAM en el postoperatorio inmediato.

Discusión y conclusiones. En nuestro servicio utilizamos de forma reglada artroplastias de tipo modular con cementación de los componentes al hueso. Esto permite la adaptación de la prótesis a los distintos defectos óseos y de alineación que aparecen durante el acto quirúrgico y la recuperación de estos pacientes con resultados buenos o excelentes en el 84.2 % de las ocasiones.

C.O. 21. ESTUDIO COMPARATIVO A CORTO PLAZO ENTRE PRÓTESIS DE CADERA DE DOBLE CÚPULA Y PROTESIS DE CADERA NO CEMENTADAS CONVENCIONALES

A. Sevilla Monllor, N. Olmedo García
Hospital de San Juan

Resumen. Asistimos a un crecimiento exponencial en la implantación de prótesis de doble cúpula sin una seguridad de sus mejores resultados a largo plazo. Los detractores de dicha práctica le atribuyen otras desventajas: mayor resección ósea acetabular; incapacidad para la corrección de disimetrías y para restaurar el offset por el diseño intrínseco del implante.

Analizamos los resultados iniciales a corto plazo de las PTC de doble cúpula (resurfacing) (N=33) y los hemos comparado con los mismos parámetros extraídos

de las PTC no cementadas convencionales (N=50) en poblaciones similares. En todos los casos se ha utilizado un abordaje posterior que, en las prótesis de doble cúpula, se ha ampliado distalmente para lograr la desinserción del glúteo mayor. Se valora la anemia postoperatoria, los tamaños del componente acetabular, la disimetría pre y postoperatoria así como la capacidad de corrección de la disimetría por el implante utilizado y el offset pre y postoperatorio.

No hemos observado diferencias significativas de anemia, quizás el sangrado provocado por un abordaje más amplio en los implantados por la doble cúpula se vea equiparado al sangrado producido por el labrado del canal femoral.

Los componentes acetabulares en prótesis de superficie son significativamente mayores que los cotilos convencionales.

C.O. 22. DEFORMIDAD EN ABDUCCIÓN DE LA CADERA EN EL LACTANTE. UNA PATOLOGÍA POCO CONOCIDA

M. Salom Taverner, V. Martí Perales
Hospital Infantil la Fe. Valencia

Resumen. Describimos una patología frecuente en el lactante, que no es diagnosticada al nacimiento y que sin embargo es causa de numerosas consultas en los meses posteriores. Aunque en la mayor parte de los casos no existen efectos secundarios, pueden dar lugar a displasias de la cadera contralateral, incluso en ocasiones a una luxación de la cadera.

El Objetivo de esta comunicación es mostrar como se puede detectar esta patología, y resaltar las complicaciones que se pueden derivar de su falta de diagnóstico, debido a la oblicuidad pélvica que condiciona.

Se exponen algunos de los casos diagnosticados y tratados en nuestra Unidad con la evolución y los resultados obtenidos. El tratamiento consiste en estiramientos de la musculatura acortada y en algunos casos en la colocación de un arnés de Pavlik, aunque en principio puede parecer contradictorio.

Los resultados son buenos siempre que se diagnostique y se trate adecuadamente.

En definitiva la Deformidad en Abducción de la Cadera en el Lactante es una patología frecuente, que debe de conocerse para establecer un diagnóstico correcto y que aunque muchas veces puede evolucionar hacia la normalidad de forma espontánea, en otras ocasiones puede dar lugar a complicaciones importantes.

C.O. 23. RESULTADOS DE ARTROPLASTIA DE CADERA TIPO "RESURFACING" EN PACIENTES JÓVENES.

L. Hernández Ferrando, X Berto Marti, D. Martínez Vellosillo D. Balaguer.

Hospital General Universitario de Valencia

Introducción. En el contexto de la cirugía reconstructiva articular, la artroplastia tipo "Resurfacing" surge como una buena alternativa quirúrgica para la patología osteoarticular de cadera en pacientes jóvenes y con unas características anatómicas determinadas. Esta comunicación, pretende mostrar los resultados de nuestro servicio en relación a la artroplastia tipo "resurfacing" de cadera.

Material y métodos. Presentamos 20 casos de nuestro servicio tratados con prótesis tipo "Resurfacing" (12 tipo ASR DEPUY, 2 tipo ICON, 6 tipo CORMET) durante el periodo comprendido entre 2005 y 2008. Edad media 48 años (36-63) siendo todos varones y presentando como diagnóstico prequirúrgico: 7 coxartrosis, 5 necrosis avasculares y 1 secuela fractura acetabular. 60% lado derecho, 40% lado Izquierdo.

Resultados. Tras un seguimiento medio de 26 meses (2 - 26) se ha realizado una valoración clínica-funcional según la escala de Harris (puntuación media 92) y valoración radiológica. Dentro de las complicaciones no se ha presentado ningún caso de luxación o infección protésica aunque sí 2 fracturas periprotésicas subcapitales. Pensamos que esta complicación ha sido influida por los antecedentes de hábito enólico y de nefropatía que presentaban. Dicha complicación ha sido resuelta satisfactoriamente mediante colocación de vástago femoral estándar.

Conclusión. Una vez revisados nuestros resultados y los de la bibliografía consultada, la artroplastia tipo "resurfacing" constituye una buena opción en el tratamiento de la patología osteoarticular de cadera en pacientes jóvenes con unas características determinadas.

C.O. 24. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO EN 2 TIEMPOS INFECCIONES ATC

X. Berto Marti, L. Hernandez Ferrando, D. Martínez Vellosillo, J. Balaguer.

Hospital General Universitario de Valencia

Introducción. La tasa de infección protésica en artroplastia primaria de cadera oscila entre 2 y 4 % según la mayoría de los autores. Ante una infección de presentación aguda se acepta como tratamiento la limpieza y desbridamiento protésico con conservación del material. El manejo de los casos de infección de presentación crónica precisará la retirada del material protésico siendo en estos casos posible la recolocación de nuevo material protésico durante esta intervención de retirada (recambio

en un tiempo) o tras una tiempo de espera (recambio en dos tiempos). Nuestro servicio a aceptado el recambio en dos tiempos como manejo de las infecciones protésicas crónicas y presentamos los resultados obtenidos.

Material y métodos. Desde Enero del 2004 hasta marzo del 2008 hemos intervenido 18 pacientes en nuestro hospital mediante recambio en dos tiempos. Edad media 71 años (40-85), 35% hombres 65% mujeres. Los pacientes presentaban como antecedentes médicos de interés: 5 DM; 4 obesidad; 2 alcoholismo; 2 VIH; 1VHC, 1 Linfoma, 1 neo colon y 1 psoriasis. La causa de la cirugía inicial había sido: En dos casos fractura subcapitales, en 14 coxartrosis y en 2 casos artritis séptica de cadera. El tiempo medio transcurrido entre la colocación protésica inicial y el diagnóstico de infección fue de 10 meses (2 - 40 meses). Los gérmenes hallados fueron los siguientes: 50% S. Epidermidis, 40% S. Aureus, E. Coli 20%, 10% A. Baumannii, 5% P. Mirabilis, S. Hominis, S. Viridians y S lugdunensis. La cirugía realizada en todos los casos fue la extracción protésica, limpieza exhaustiva, colocación de espaciador con antibióticos y tratamiento antibiótico IV en un primer tiempo y la extracción de espaciador y colocación de nuevo componente protésico en un segundo tiempo.

Resultados. Los pacientes han sido controlados periódicamente en la consulta. Ha habido 2 pérdidas por fallecimiento durante el periodo de estudio. Se ha realizado valoración clínica y funcional utilizando la escala de Harris y valoración radiológica. Dentro de las complicaciones, aparecieron 2 casos de recurrencia de la infección. No se han presentado casos de luxación protésica o lesión del CPE. En 2 pacientes con calcificaciones heterotópicas grado IV de Brooker, en el contexto de la infección protésica inicial, dichas calcificaciones han persistido tras el recambio.

Conclusión. En el manejo de la infección protésica de presentación crónica la revisión protésica en dos tiempos se presenta como técnica más aceptada y con mejores resultados de salvamento protésico en la literatura. Nosotros hemos utilizado este tipo de tratamiento en los casos de infección protésica de cadera crónica asociando una tasa de curación de infección del 87.5%.

C.O. 25. NUESTRA EXPERIENCIA EN LA CIRUGÍA DE LA COLUMNACERVICAL.

T. Llinares

Desde hace 3 años nuestro servicio ha iniciado el tratamiento de la patología de la columna cervical por vía anterior.

Durante este período de tiempo hemos intervenido 41 pacientes.

En todos ellos se ha utilizado un abordaje anterolateral izquierdo.

Iniciamos nuestra andadura mediante la fijación con el sistema PCB (placa-caja) (12 casos: 5 con un nivel y 7 con dos niveles). Posteriormente hemos introducido las cajas intersomáticas de PEEK solas o acompañadas de placa anterior.

Los resultados obtenidos han sido buenos. Como complicaciones sólo hemos tenido un caso de movilización de una placa, que tuvimos que retirar.

C.O. 26. ESCOLIOSIS EN EL SINDROME DE RETT

D. Bonete Lluch, L. Pérez Millán, I. Escribá Roca, P. Bas Hermida, T. Bas Hermida, G. Bordon, V. Ariño Gimeno
Hospital Universitario la Fe de Valencia

Introducción. Realizamos un estudio retrospectivo de los casos de Síndrome de Rett e intervención quirúrgica en columna. El Síndrome de Rett es una afectación neurológica que estadios últimos presenta deformidades evolutivas que suelen precisar cirugía.

Metodología. Se han revisado 11 pacientes con Síndrome de Rett y deformidad en columna que precisaron cirugía. Ocho escoliosis toraco-lumbares, 1 deformidad en "C" y dos torácicas. Se analizaron las magnitudes de las curvas con ángulo de Cobb, alteraciones del plano sagital (cifosis y lordosis), oblicuidad pélvica pre y postoperatoria, niveles de fusión y complicaciones postoperatorias. Se ha utilizado un sistema híbrido; TRANSPINE®.

Resultados. La edad media fue de 15 años. La corrección media fue del 65%. Se realizó una fusión posterior en todos los pacientes sin incluir sacro pelvis. En tres ocasiones se precisó de doble vía. Los montajes fueron con sistema híbrido de tornillos, ganchos, pinzas y cables laminares. Como complicación un paciente presentó una infección superficial resuelta con abordaje precoz y tratamiento médico, una atelectasia y neumonía. No hubo complicaciones relacionadas con el implante.

Conclusiones. Pacientes con síndrome de Rett y afectación escoliótica que precisan de fijación, pueden controlarse de forma segura y efectiva con abordaje posterior e instrumentación con TRANSPINE®.

C.O. 27. CONCENTRACIÓN PLASMÁTICAS DE TITANIO EN PACIENTES JÓVENES CON INSTRUMENTACIÓN VERTEBRAL

N. Franco Ferrando, T. Bas Hermida, P. Bas Hermida, La Pérez Millán, I. Escribá Roca, D. Bonete Lluch
Hospital Universitario la Fe (Unidad De Hombro)

Introducción. La mayoría de instrumentaciones vertebrales son de titanio, por su dureza, ligereza y supues-

ta biocompatibilidad. Actualmente existe cierta preocupación sobre los efectos de estos iones metálicos que pueden liberarse desde los implantes.

Objetivos. Determinar los niveles plasmáticos de titanio en pacientes jóvenes con instrumentación vertebral y sus posibles causas y consecuencias.

Metodología. Analizamos a 63 pacientes con instrumentación vertebral de titanio para el tratamiento de escoliosis idiopática. Eran 6 varones y 57 mujeres con una edad de 18,9 años (12-27) El número de niveles instrumentados fue de 11,47 (8-14) .Se les realizó una determinación plasmática de titanio, analítica general, proteínograma y radiología.

Resultados. La evolución fue de 47,32 (4-128 m). 20 (31,7%) presentaron niveles plasmáticos de titanio siendo la media 16,63 (10-47,4).Se encontraron mayores concentraciones en pacientes con mayor número de niveles artrodesados y en los que se utilizó la doble vía.

Conclusiones. El efecto a largo plazo del titanio debe ser investigado porque se trata de pacientes jóvenes en edad fértil. La reducción de estos niveles podría obtenerse mediante una mejora de los implantes así como de su recubrimiento que permitiera una buena corrección con el mínimo número de niveles instrumentados y una única vía de abordaje.

C.O. 28. CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA DEL ADOLESCENTE POR ALINEACIÓN COPLANAR.

P. Doménech Fernández, P. Gutiérrez Carbonell, A. Lajarin Ortuño, J. Burgos Flores, B. Piza Vallespir, I. Sampera Trigueros, E. Hevia Sierra.

Hospital General Universitario de Alicante

Introducción. La escoliosis es una deformidad tridimensional con desplazamiento, inclinación y rotación vertebral.

Objetivo. Presentar los resultados de la corrección quirúrgica de escoliosis idiopática del adolescente.

Metodología. 25 pacientes con escoliosis idiopática del adolescente con curvas tipo I de Lenke se operaron con instrumentación segmentaria mediante tornillos pediculares torácicos y alineación en el plano de los pedículos mediante prolongadores ranurados.

Se midieron los ángulos de la escoliosis en Rx simple, se realizaron TAC y RMN pre y postoperatorias para evaluar la rotación vertebral.

Resultados. No hubo complicaciones significativas. La curva torácica preoperatoria de 61 ° se corrigió a 16° (73% de corrección). Las curvas preoperatorias medias 31° se corrigieron a 12° (70% de corrección). La rotación

apical media del apex disminuyó a 11% (56%)⁹Preoperative average thoracic apical rotation of 24° was corrected to 11° (correction rate 56%). La cifosis media preoperatoria no se modificó. La giba costal mejoró de 30 a 11mm. (65%).

Conclusiones. La técnica de alineación coplanar permitió una Buena corrección tridimensional de la escoliosis. La instrumentación segmentaria permite la distribución de fuerzas repartiendo el estrés. La giba costal se corrigió sin necesidad de toracoplastia. Esta técnica permite una planificación preoperatoria de la corrección de la escoliosis.

C.O. 29. APLICACIONES DE LOS BIFOSFONATOS EN LA ORTOPEDIA INFANTIL

M. Salom Taverner, L. Miranda Casas, S. Vidal Mico
Unidad de Ortopedia Infantil, Hospital Universitario La Fe

Introducción. Los bifosfonatos son compuestos químicos cuyo principal efecto es la inhibición de la reabsorción ósea, por lo tanto los podemos utilizar en cualquier patología donde los osteoclastos tengan un papel predominante. Se utilizan en el tratamiento de enfermedades metabólicas óseas que cursan con aumento de la

reabsorción ósea, como en la enfermedad de Paget y en la osteoporosis postmenopáusica, que es su principal indicación. También en metástasis óseas, consiguiendo un aumento importante de la calidad de vida. La indicación de los bifosfonatos en los niños es la más controvertida por los posibles efectos secundarios en el esqueleto inmaduro.

Objetivos. Repasamos sus indicaciones dentro de la ortopedia infantil y sus posibles complicaciones a corto y largo plazo y presentamos la experiencia de nuestra unidad.

Resultados. Los bifosfonatos se han utilizado en la osteogénesis imperfecta, displasia fibrosa, enfermedad de Perthes, parálisis infantiles graves, osteoporosis secundarias, y como rescate en alargamientos. Hemos obtenido muy buenos resultados en los casos de osteogénesis imperfecta y más irregulares en la displasia fibrosa y PCI graves. Los efectos secundarios a corto plazo han sido mínimos.

Conclusiones. Aunque los bifosfonatos se utilizan principalmente en la osteoporosis, también tienen indicaciones en la ortopedia infantil que nos gustaría presentar junto a nuestra experiencia.