

Jueves 21 de mayo de 2015

18:15-20:00 1ª MESA DE COMUNICACIONES LIBRES: TRAUMA
Comunicaciones O-01 a O-10
Presidente: Dr. Antonio Bru Pomer
Moderador: Dr. Miguel Angel Valero Queralt

O-01

Ferrandez Martinez, Francisco Javier

Centro: Hospital Universitario Sant Joan d' Alacant

Título: FRACTURA DE CADERA CONTRALATERAL: ANÁLISIS DE 1043 FRACTURAS DE CADERA DURANTE EL PERÍODO 2008-2014

Autores: Ferrandez Martinez, Francisco Javier; Sanz-Reig, Javier; Parra Ruiz, Berta; Agudo Quilez, Marta; Martinez López, Jose Fernando

Tipo: Comunicación oral

Resumen:

Introducción:

La fractura osteoporótica ha sido identificada como un importante factor de riesgo para subsiguientes fracturas, especialmente durante los 2 primeros años tras la fractura inicial. El riesgo de padecer una fractura de cadera contralateral se describe en la literatura entre el 4-10% en los 2 primeros años tras la fractura de cadera inicial. Aunque se disponen de muchos estudios sobre la primera fractura de cadera, poco se sabe acerca de los pacientes que sufren una segunda.

Material y Métodos:

Durante el período enero 2008 a diciembre 2014 se registraron en nuestro servicio 1043 fracturas de cadera. De ellos, 18 pacientes (1,72%) reingresaron con diagnóstico de fractura de cadera contralateral. Se analizaron las variables epidemiológicas, localización, tiempo entre las dos fracturas, estado funcional pre y post segunda fractura según Palmer y Katz, y supervivencia al año de la segunda fractura.

Resultados:

La edad media de los pacientes en el momento de la primera fractura era de 84,0 años y para la segunda fractura de 85,5 años. Por sexos 15 mujeres y 3 hombres. Quince pacientes presentaron el mismo tipo de fractura en ambas caderas, 11 subcapital y 4 pertrocanterea; y 3 pacientes presentaron fractura subcapital como primera fractura y fractura pertrocanterea como segunda fractura. El intervalo medio entre ambas fracturas fue de 16,1 meses. Sólo 4 pacientes deambulaban sin ayuda y eran independientes para actividades de la vida diaria (AVD) previo a la segunda fractura. Tras la segunda fractura todos precisaban ayuda para deambular y dependencia para al menos 2 AVD. Ningún paciente falleció durante el primer año tras la segunda fractura de cadera. Un 50% de los pacientes presentaban antecedente de demencia senil.

Conclusiones:

La segunda fractura de cadera tiende a ser del mismo tipo que la primera. En un 42% se produce durante el primer año tras la primera fractura. La independencia de los pacientes queda más limitada tras la segunda fractura. La demencia ha demostrado ser un importante factor para la segunda fractura.

O-02

HONRUBIA ESCRIBANO, CARLOS JAVIER

Centro: HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Título: TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS PERIOSTEOSÍNTESIS DE FÉMUR EN EL ANCIANO

Autores: HONRUBIA ESCRIBANO, CARLOS JAVIER; MIFSUT MIEDES, DAMIAN; GOMAR SANCHO, FRANCISCO

Tipo: Comunicación oral

Resumen:

Introducción:

La supervivencia de los pacientes con fracturas de cadera y fémur intervenidas quirúrgicamente ha ido aumentando junto a la esperanza de vida, lo que ha supuesto un mayor riesgo de producirse una segunda fractura, tanto en la cadera contralateral como alrededor del implante del mismo lado, provocando una fractura periosteosíntesis.

Material y Métodos:

Revisamos las historias clínicas de pacientes intervenidos por fractura periosteosíntesis en fémur entre 2012 y 2013 en nuestro servicio, analizando además de las variables demográficas, el tipo de fractura inicial y su tratamiento, el tipo de fractura periosteosíntesis y su resolución, así como los resultados clínicos y radiológicos

Resultados:

Se encontraron 10 casos en la base de datos del servicio, de los cuales 9 eran válidos. La media de edad fue de 84,77 años (rango 70-95); 8 mujeres y 1 hombre, predominando en el lado derecho 5/9.

El número de comorbilidades asociadas fue de 2,62.

Tres casos fueron fracturas sobre clavo endomedular corto sin acerrojar y una en acerrojado. Dos fracturas sobre clavo largo endomedular sin acerrojar y una sobre acerrojado; y dos sobre placas atornilladas.

En cuanto al tratamiento, se realizó la sustitución de un clavo corto por otro largo acerrojado en dos casos y sin acerrojar en uno. En tres casos el acerrojado del clavo largo. En un caso tratado previamente con placa, se retiraron algunos tornillos proximales para colocar un clavo endomedular corto. En un caso que llevaba un clavo corto se añadió una placa atornillada y cerclajes, y en un caso se dejó como tratamiento conservador.

Conclusiones:

Se trata de una serie corta de casos, en la que hemos podido observar como el enclavado endomedular largo sin acerrojar no previene las fracturas a nivel diafisario de fémur por mecanismo de torsión, por ello, pensamos que añadir al menos un cerrojo distal disminuiría dicho riesgo sin aumentar excesivamente el tiempo quirúrgico.

O-03

Hernández Ros, Pedro

Centro: Hospital General Universitario de Elche

Título: DIFICULTADES Y RESULTADOS DE LA CIRUGÍA PRECOZ DE LA FRACTURA DE CADERA.

Autores: Pedro Hernández Ros, Antonio Ortín Barceló, Pedro Fuentes Escobar, Julia González Casanueva, Fernando López Prats.

Tipo: Comunicación oral

Resumen:

Introducción:

En nuestro hospital se aplica un protocolo desde enero de 2012 para intervención quirúrgica de la fractura de cadera antes de 48 horas. Comunicamos el manejo clínico de estos pacientes y nuestros resultados.

Material y Métodos:

En el protocolo interviene Medicina Interna, Hematología, Anestesiología, Rehabilitación, Trabajo social y Unidad de hospitalización a domicilio. Se recogen datos epidemiológicos, comorbilidad, causas de demora quirúrgica, complicaciones, estancia hospitalaria, visitas a Urgencias tras el alta y fallecimientos.

Resultados:

429 ingresos (70,2% mujeres, edad media 80 años) y 410 intervenciones (seguimiento medio de 10.9 meses). Presentaban comorbilidad cardiovascular (58% HTA, 31% DLP, 28% DM). El 6,1% se fracturó la cadera contralateral. Las fracturas más frecuentes fueron pertrocantérea (39,6%) y subcapital (34,5%) y como intervención, el clavo endomedular corto (30%) y prótesis parcial (21,9%). El 4,42% no se operaron (1,16% exitus). El 6,1% fueron reintervenciones (2,2% migración implante, 1,7% recambio protésico, 1,46% fractura periimplante). 205 caderas fueron operadas en <48h. Las principales causas de demora quirúrgica fueron el tipo de fractura-cirugía (29,5% prótesis, 13,1% subtrocantéreas), la ingesta de anticoagulantes-antiagregantes (41,89%) y valvulopatías cardíacas (15,32%). La estancia prequirúrgica fue de 3,4 días y la postquirúrgica de 5,3 días, lo que supone un ahorro de 137.28 días al año respecto al año previo del protocolo. La principal causa de visita a Urgencias fue traumatológica. La mortalidad global fue del 22,6% a los 5,9 meses de media siendo la intrahospitalaria del 3,5% (1,16% en los intervenidos en <48 h). Las principales causas de éxitus conocidas fueron shock séptico (17,92%), neumonía (16,4%) e insuficiencia respiratoria (15,09%).

Conclusiones:

El tipo de fractura-cirugía, fármacos y valvulopatías son causas de demora quirúrgica. Intervenir precozmente el 50% de estas fracturas ha supuesto una disminución de la mortalidad intrahospitalaria y de la estancia, aunque el impacto en la supervivencia global no ha sido significativo en nuestra área.

O-04

Es la misma que la O-02, la envié 2 veces con distinto título.

O-05

MINIÑO MÉNDEZ, MATÍAS ANTONIO

Centro: HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Título: PROTRUSIÓN LATERAL DEL TORNILLO CEFÁLICO Y SU REPERCUSIÓN CLÍNICA EN PACIENTES INTERVENIDOS POR FRACTURA DE CADERA CON ENCLAVADO ENDOMEDULAR.

Autores: MINIÑO MÉNDEZ M, MIFSUT D, GOMAR F.

Hospital Clínico Universitario de Valencia
Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Valencia

Tipo: Comunicación oral

Resumen:

Introducción:

Una de las complicaciones del enclavado endomedular en las fracturas de cadera son las migraciones del tornillo cefálico, tanto protruyendo en la cabeza femoral como a nivel lateral. Esta última aunque tiene una repercusión clínica menor, obliga en ocasiones a la retirada del implante. El objetivo del presente estudio es analizar la repercusión clínica de esta complicación.

Material y Métodos:

Se trata de un estudio retrospectivo observacional de una revisión de 59 casos de pacientes con fractura de cadera intervenidos con enclavado endomedular entre Septiembre de 2013 y Agosto de 2014 en nuestro centro (Hospital Clínico Universitario de Valencia). Las variables a estudio fueron: edad, sexo, lado de la lesión, tipo de fractura según la clasificación AO, deambulación previa y posterior al acto quirúrgico, tipo de implante utilizado (enclavado endomedular largo-corto y si se utilizó encerrojado distal o no), compresión a nivel del foco (medido en milímetros), medición radiológica de la protrusión del tornillo cefálico (en radiografía postquirúrgica inmediata y de última revisión en consulta), clínica del paciente (dolor en región lateral, resorte, bursitis y/o claudicación a la marcha) y la necesidad o no de extracción del material de osteosíntesis (retirada de tornillo cefálico y/o componente endomedular).

Resultados:

Se revisaron un total de 59 casos de pacientes cuya media de edad fue 83.14 años (rango 55,101) siendo la mayoría mujeres 77.97%. El lado de lesión más frecuente fue el derecho (52.03%). El tipo de fractura más frecuente fue la fractura pertrocantérea inestable (62.71%). El implante más utilizado fue el enclavado endomedular corto no encerrojado (44.07%). El colapso de la fractura traducido a protrusión del tornillo cefálico fue de 4.2 milímetros de media (rango 0-20). Presentaron clínica dolorosa 20.33%, cojera a la deambulación 13.56%, resorte 1.69% y bursitis 0%. Requirió una segunda intervención para la retirada del tornillo cefálico el 1.69% y del componente endomedular 0%.

Conclusiones:

La protrusión lateral del tornillo cefálico aunque es frecuente tiene escasa repercusión clínica, no obstante en ocasiones puede requerir una segunda cirugía para la retirada del material de osteosíntesis. El desarrollo de nuevos implantes con sistema de telescopaje en el tornillo cefálico podría evitar dichas complicaciones.

O-06

ACEBRÓN FABREGAT, ÁLVARO

Centro: HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Título: EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON PSEUDOARTROSIS DE TIBIA DE ETIOLOGÍA TRAUMÁTICA. REVISIÓN DE 8 CASOS.

Autores: ACEBRON FABREGAT A, MIFSUT MIEDES D, GOMAR SANCHO F.

Tipo: Comunicación oral

Resumen:

Introducción:

La pseudoartrosis diafisaria de tibia es la más frecuente, solo superada en algunas series por la de fémur. Esto es debido a la frecuencia de fracturas diafisarias de tibia y a las características inherentes a la misma.

La localización más frecuente es en el tercio medio, seguido del distal y el proximal. Se da con más frecuencia en fracturas de trazo transversal u oblicuo, y en fracturas bifocales (en su foco más distal). La lesión de partes blandas es otro factor predictivo importante. El objetivo de este estudio es revisar el manejo y resultados de las pseudoartrosis de tibia en nuestro Centro.

Material y Métodos:

El tipo de estudio es una serie de casos, retrospectivo, observacional, descriptivo en el que se incluyen 8 pacientes desde el 2008-2013. Se incluyeron pacientes cuya etiología de la pseudoartrosis era traumática, descartándose los de etiología tanto congénita como infecciosa o secundaria a intervenciones quirúrgicas ortopédicas.

Se tuvo en cuenta el mecanismo de producción, tipo de fractura (clasificación de Gustilo y de la AO), lesiones asociadas, tratamiento inicial, tiempo en descarga, tiempo hasta segunda cirugía, estancia hospitalaria, reintervenciones, tratamientos asociados, complicaciones, valoración funcional (escala de Karlstrom y Orelud) y radiográfica y tiempo hasta la consolidación.

Resultados:

Encontramos 8 casos de pseudoartrosis de tibia, 4 varones y 4 mujeres con una media de edad de 29 años (rango 13-48), en 6 casos la fractura inicial había sido tratada con clavo endomedular acerrojado, un caso con clavos elásticos al tener 13 años, y un caso con fijador externo. La mayoría de los pacientes padecían fracturas cerradas de tibia (6 casos). Un caso había sufrido una fractura abierta por arma de fuego, por lo que se trató con fijación externa, y en dos casos se trataba de fracturas bifocales. Se reintervinieron a los 11 meses de media, realizándose una extracción de tornillos distales que se combinó en algunos casos con injertos de cresta ilíaca, osteotomías de peroné, decorticaciones, etc. La estancia media fue de 10 días.

En la mayoría de los casos se obtuvo un resultado final excelente según la escala de Karlstrom y Orelud, tanto clínica como radiográficamente, consolidando por completo a los 25 meses como promedio.

Conclusiones:

La dinamización del clavo endomedular mediante la extracción de los cerrojos distales es el primer tratamiento ante el retraso en la consolidación, pero en muchas ocasiones es insuficiente, con frecuencia por la consolidación del peroné, siendo necesarios otros tratamientos quirúrgicos como el abordaje para decorticación y aporte de injerto, osteotomía del peroné, fresado endomedular y sustitución del clavo.

O-07

Villodre Jiménez, Joaquín

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Título: Abordaje ilioinguinal mini-invasivo en el tratamiento de fracturas de pelvis o acetábulo

Villodre Jiménez, Joaquín; Hernández Ferrando, Lorenzo; Estrems Díaz, Vicente, Perez-Estupiñán, Lina Marcela; Giubi Marrelli, Gustavo; Gastaldi Llorens, Gema María

Tipo: Comunicación oral

Resumen:

Introducción:

Las complicaciones de la vía ilioinguinal clásica descrita por Letournel derivan del daño de las estructuras situadas en la región inguinal. Para evitarlas hemos utilizado un abordaje mini-invasivo (MIS) consistente en una ventana medial supra-púbica combinada con la ventana lateral de la vía ilio-inguinal.

Material y Métodos:

Realizamos un estudio retrospectivo de 19 pacientes intervenidos en nuestro centro mediante abordaje ilioinguinal mínimamente invasivo por fractura pélvica o acetabular. 15 eran hombres y 4 mujeres con una edad media de 43 años ($\pm 16,7$). De acuerdo a la clasificación de Tile de fracturas pélvicas hubieron 1 caso de tipo B1, 4 caso de tipo B2, un caso de tipo B3, 8 casos de tipo C1, 2 casos de tipo C2, un caso C3 y 2 fracturas acetabulares. Valoramos la necesidad de transfusión, la aparición de complicaciones postquirúrgicas y la calidad de la reducción obtenida. El seguimiento medio fue de 12,2 meses ($\pm 12,3$). No hubo pérdidas de seguimiento.

Resultados:

En ningún caso fue necesario la ampliación de la vía de abordaje intraoperatoriamente. Sólo 4 pacientes precisaron transfusión sanguínea con una media de 2 unidades transfundidas. La calidad de la reducción, de acuerdo a los criterios de Matta, fue excelente en 11 casos, buena en 2, regular en 3 y mala en 1. Los resultados clínicos según Majeed fueron excelentes o buenos en 18 pacientes y regular en uno. Como complicaciones hallamos un caso de infección superficial de la herida quirúrgica y un caso que necesitó intervención posterior por desarrollar una hernia inguinal.

Conclusiones:

Consideramos el abordaje ilioinguinal mínimamente invasivo una alternativa válida al abordaje original. Presenta diversas ventajas como reducción del tiempo quirúrgico y disminución de la necesidad de transfusión permitiendo a la vez obtener una reducción estable y satisfactoria en fracturas pélvicas y/o acetabulares.

O-08

Parra Ruiz, Berta

Centro: Hospital Universitario San Juan de Alicante

Título: FRACTURA DISTAL DE FÉMUR TIPO C EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS. TRATAMIENTO CON PLACA BLOQUEADA.

Autores: Parra Ruiz Berta, Sanz Reig Javier, Ferrandéz Martínez Francisco Javier, Vargas Prieto Jaime Francisco, Martínez López Fernando.

Tipo: Comunicación oral

Resumen:

Introducción:

El tratamiento de la fractura distal de fémur ha evolucionado en los últimos años dada la complejidad de la fractura y los resultados clínico-radiológicos obtenidos. La osteoporosis asociada en pacientes mayores de 50 años puede comprometer la síntesis de estas fracturas. Las placas bloqueadas presentan las ventajas teóricas de un menor daño a la vascularización ósea al no precisar un contacto directo sobre el hueso. El objetivo de la presente comunicación fue determinar el resultado clínico, radiológico y complicaciones asociadas del tratamiento con placa bloqueada en fracturas distales de fémur tipo C en pacientes mayores de 60 años.

Material y Métodos:

Estudio retrospectivo pacientes con fractura distal de fémur tratados quirúrgicamente entre Enero 2008 y Diciembre 2013. Se seleccionaron los pacientes con fractura tipo C tratados mediante placa bloqueada. Se registraron variables epidemiológicas, comorbilidades, complicaciones, tiempo quirúrgico, necesidad de transfusión, resultado clínico y radiológico.

Resultados:

Dieciséis pacientes, con edad media de 75,3 años, (12 mujeres y 4 hombres). El seguimiento medio fue de 13,5 meses. La flexión media postoperatoria era 61,6°. Sólo un 12,5% de los pacientes no referían gonalgia ni precisaban ayudas para la deambulación al final del seguimiento. En 4 pacientes la reducción de la fractura no era correcta en el plano lateral. Como complicaciones hubo 1 infección, 1 consolidación viciosa por fracaso de síntesis y 1 pseudoartrosis.

Conclusiones:

Ante la gravedad de la fractura en un paciente osteopénico, la menor invasión de tejidos blandos y desperiostización del hueso supone una ventaja teórica para disminuir las complicaciones postoperatorias, que en nuestra serie ha sido del 18,7%. El factor más importante del resultado final ha sido la presencia de gonalgia y necesidad de ayudas para la deambulación en el 87,5% de los pacientes.

O-09

Vinces Vidal Raúl Orlando

Centro: Hospital General Universitario de Valencia

Título: Resultados clínicos y radiológicos tras el tratamiento quirúrgico de 58 fracturas pélvicas inestables.

Autores: Giubi Marelli Gustavo, Gastaldi Llorens Gema, Diranzo Garcia Jose, Hernandez Ferrando Lorenzo

Tipo: Comunicación oral

Resumen:

Introducción:

El objetivo de este estudio es valorar los resultados clínico-radiológicos del tratamiento quirúrgico de las fracturas pélvicas inestables.

Material y Métodos:

Se recolectaron retrospectivamente los resultados de 58 fracturas pélvicas tratadas mediante osteosíntesis en nuestro hospital de marzo de 2004 a julio del 2014 y se valoraron tanto clínica como radiológicamente, realizándose el SF-36 y la escala de Harris, además se midió la calidad de reducción en las radiografías postoperatorias.

Resultados:

58 pacientes con fracturas pélvicas (43 hombres y 15 mujeres) con una edad media de 39 años y teniendo como causas principales los accidentes de tráfico y las caídas de altura. El 28% (16) presentaban además fracturas acetabulares y el 72% (42) eran pacientes politraumatizados.

Según la clasificación de Tile, 38 pacientes fueron del tipo B y 20 del tipo C, de ellos tuvimos 8 pérdidas de seguimiento.

La vía de abordaje más utilizada fue la doble vía en el mismo acto quirúrgico, y se lesionó intraquirófano en un caso la arteria iliaca.

Nuestra tasa de complicaciones postoperatorias fue de un 7% con un cuadro de sepsis, un caso de incontinencia urinaria, un cuadro de disfunción eréctil y un caso de infección superficial.

Conclusiones:

Los resultados sugieren que la funcionalidad del paciente tras el tratamiento quirúrgico de las fracturas pélvicas tipo B y C es excelente o buena en la mayoría de casos tras conseguir una buena reducción. El dolor postoperatorio que presentan los pacientes suele persistir los primeros 6 meses, sin embargo no afecta la calidad de vida a mediano plazo.

Vargas Prieto Jaime Francisco

Centro: Hospital San Juan de Alicante

Título: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA FRACTURA DISTAL DE RADIO CON PLACA PALMAR EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS. RESULTADOS CLÍNICOS Y RADIOLÓGICOS.

Autores: Ana Fernández Kang

Berta Parra Ruíz

Jose Manuel Pérez Alba

Fernando Martínez López

Tipo: Comunicación oral

Resumen:

Introducción:

El tratamiento ortopédico de la fractura distal de radio en pacientes mayores presenta sus dificultades y limitaciones por tratarse de fracturas osteoporóticas complejas, con dificultad para mantener una reducción aceptable mediante la reducción cerrada e inmovilización con yeso.

El objetivo de la presente comunicación es mostrar los resultados clínicos y radiológicos del tratamiento quirúrgico de la fractura distal de radio con placa palmar.

Material y Métodos:

Estudio de pacientes con fractura distal de radio tratados quirúrgicamente mediante placa palmar durante el período enero 2008 a diciembre 2012. De la serie inicial de 83 pacientes, se seleccionaron los mayores de 65 años, con una serie final de 25 pacientes. La edad media de 69 años, 80% mujeres, mano dominante en el 56%. Todas las fracturas fueron provocadas por caída casual con traumatismo indirecto de baja energía. La mayoría eran fracturas tipo IV con un 25% y tipo VIII con un 29% según la clasificación de Frykman. Los pacientes fueron intervenidos con placa palmar tipo VA-LCP bicolumnar para radio distal palmar.

El seguimiento mínimo de los pacientes fue de 12 meses. Se realizó valoración clínica retrospectiva según datos de la historia clínica y mediante entrevista con el paciente al final del seguimiento con los cuestionarios DASH y Clínica Mayo; y la valoración radiológica comparando las mediciones obtenidas de inclinación radial, altura radial, e inclinación volar con valores estandarizados en literatura internacional.

Resultados:

Al final del seguimiento la valoración según el cuestionario DASH y Clínica Mayo presentaban una puntuación media de 27,6 y 87,6, respectivamente. La valoración radiológica prequirúrgica mostraba Inclinación radial 12,7° (23°), Altura radial 7,4mm (11mm), Inclinación volar 22,3° (11°), Valoración radiológica posquirúrgica Inclinación radial 19,2° (23°), Altura radial 10,5mm (11mm), Inclinación volar 10,2° (11°). Como complicaciones hubo 1 rotura tendinosa y 1 síndrome de túnel del carpo. Se reintervino 3 pacientes, 2 EMO por dolor y 1 por desplazamiento de la fractura.

Conclusiones:

El tratamiento quirúrgico de la fractura distal de radio con placa palmar en pacientes mayores de 65 años proporciona unos resultados clínicos buenos, con restauración de los valores radiológicos articulares. En las fracturas que no se puedan manejar con tratamiento conservador, el tratamiento quirúrgico puede ser una opción terapéutica.

Viernes 22 de mayo de 2015

**08:30-
10:00**

**2ª MESA DE COMUNICACIONES LIBRES: MIEMBRO
SUPERIOR**

Comunicaciones O-11 a O-16

Presidente: Dr. José Luis Rodrigo Pérez

Moderador: Dra. Nuria Franco Ferrando

O-11

Sáez Pico, Juan

Centro: Hospital General Universitario de Alicante

Título: Resultados obtenidos en Artroplastia de codo

Autores: García López, Antonio; Sánchez Díaz, Carlos; Arribas Sanz, Beatriz

Tipo: Comunicación oral

Resumen:

Introducción:

El objetivo de la artroplastia total de codo es aliviar el dolor incapacitante y la limitación funcional severa relacionada con artrosis, artritis reumatoide en etapa terminal, fracturas graves o artrosis postraumática; cuando el proceso no responde a tratamiento conservador. El objetivo de nuestro trabajo es valorar resultados clínicos y funcionales de las Artroplastias de codo realizadas en el Hospital General de Alicante desde el 2009 al 2014

Material y Métodos:

Evalúamos retrospectivamente a 30 pacientes con Artroplastia total de codo utilizando dos implantes distintos. Se analizan variables demográficas (sexo y edad), datos clínicos como el rango de movilidad articular y el dolor mediante EVA; y datos funcionales medidos con la escala Mayo Elbow Performance Index y el cuestionario Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH).

Resultados:

Encontramos una edad media de 74 años con un tiempo medio de seguimiento de 4.5 años, un EVA al año de 3, un DASH post quirúrgico de 16.3 y en la escala de Mayo un puntaje post quirúrgico de 85.2.

Conclusiones:

La Artroplastia total de codo proporciona buenos resultados tanto clínico como funcionales, sin embargo un porcentaje considerable experimenta complicaciones en el transcurso de 5 años.

O-12

ARRIBAS SANZ, BEATRIZ

Centro: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

Título: ARTROPLASTIA DE CABEZA DE RADIO EN PACIENTES INTERVENIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ALICANTE.

Autores: ARRIBAS SANZ, BEATRIZ; SÁEZ PICÓ, JUAN JOSÉ; MEDINA LÓPEZ, CARMEN; PÉREZ ROMÁN, JESSICA; ARLANDIS VILLAROYA, SANTIAGO

Tipo: Comunicación oral

Resumen:

Introducción:

Las fracturas de la cabeza de radio, representan un tercio de las fracturas del codo en el adulto. En el caso de las fracturas conminutas, sin posibilidad de osteosíntesis, existen diferentes tratamientos, siendo la artroplastia indicada en caso de inestabilidad.

Material y Métodos:

Se realiza una revisión de 24 paciente intervenidos mediante prótesis de cabeza de radio durante un periodo de tiempo de 13 años (2002-2014) en el Hospital General Universitario de Alicante. Se estudiaron las características preoperatorias de cada fractura y mediante entrevistas, se examinaron los resultados, en función del dolor, rango de movilidad, estabilidad y capacidad para la realización de las actividades en la vida diaria. La valoración se realizó mediante los cuestionarios DASH (The Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Score), el MEPS (Mayo Elbow Performance Score) y controles radiológicos postquirúrgicos.

Resultados:

Los pacientes analizados, tenían una edad media en el momento de la fractura de 54 años (21-67 años). De ellas, 14 fueron mujeres y 10 varones. El tiempo medio de seguimiento del estudio fue de 6 años (entre 6 meses y 13 años). Se requirió extracción de la prótesis en 5 casos (20,8%) por rigidez articular principalmente.

Conclusiones:

En los últimos años, se ha extendido el uso de la prótesis de cabeza de radio para evitar la inestabilidad residual que en ocasiones aparece tras la resección de ésta, entre otras complicaciones. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en un porcentaje importante de estos, los pacientes presentaron la necesidad de cirugía de revisión.

O-13

Pérez Alba, José Manuel

Centro: Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant

Título: ARTROSCOPIA TRAPECIOMETACARPIANA. OPCIÓN DE TRATAMIENTO EN LA RIZARTROSIS. NUESTRA EXPERIENCIA.

Autores: Pérez Alba, José Manuel
Sánchez Navas, Luis Domingo
Parra Ruiz, Berta
Agudo Quilez, Marta

Tipo: Comunicación oral

Resumen:

Introducción:

La Artrosis Trapeziometacarpiana (TMC) o Rizartrrosis es un problema común especialmente en mujeres postmenopausicas. Algunos pacientes se mantienen asintomáticos, mientras que otros desarrollan dolor, particularmente con el agarre y la pinza. Cuando los medios conservadores resultan inefectivos, estaría indicada la cirugía. Las opciones quirúrgicas son múltiples, desde osteotomías, artrodesis, trapectomías abiertas con o sin interposiciones de material, y en los últimos años la artroscópica TMC. La artroscopia permite la estadificación de la enfermedad y el tratamiento mínimamente invasivo. La hemitrapectomía artroscópica, sin estabilización ligamentosa, se ha propuesto como tratamiento potencial para la rizartrrosis en estadios iniciales de la enfermedad.

Presentamos nuestra experiencia con la artroscopia TMC para el tratamiento de la rizartrrosis, exponiendo los casos intervenidos en nuestro servicio entre los años 2010 y 2014.

Material y Métodos:

Revisión retrospectiva de pacientes mayores de 18 años intervenidos mediante Artroscopia TMC en nuestro servicio entre el Junio de 2010 y Octubre de 2014.

Revisamos pruebas de imagen, historias clínicas y se ha realizado entrevista personal y exploración física de los pacientes. Clasificación de la artrosis TMC según Eaton-Littler. Test de funcionalidad y DASH, y escala EVA del dolor.

Resultados:

Nuestra experiencia con el tratamiento artroscópico de los estadios iniciales de la rizartrrosis consta de 6 pacientes, con una edad media de 48 años. Entrevistamos a todos ellos siendo en su mayoría mujeres (5 pacientes) y teniendo un seguimiento medio de 33 meses (2 años y 9 meses).

Clínicamente evaluamos la movilidad y realizamos valoraciones funcionales (quick-DASH) obteniendo buenos resultados.

Conclusiones:

Las tendencias actuales se dirigen hacia el uso de la artroscopia TMC como tratamiento para las primeras etapas de rizartrrosis (II y III de Eaton-Littler). En nuestro servicio se ha optado por la hemitrapectomía artroscopia e interposición de hematoma, ya que las cirugías artroscópicas con interposición de material no han demostrado superioridad y por el contrario aumentan el tiempo quirúrgico. Creemos que la hemitrapectomía simple asistida por artroscopia es una técnica sencilla, cómoda para el paciente y que se obtienen unos buenos resultados de funcionalidad y de alivio de dolor en estadios precoces que no mejoran a pesar de tratamientos conservadores.

O-14

Pérez Giner, Rosa Ana

Centro: Hospital Universitario La Ribera, Alzira, Valencia

Título: ¿Puede Mejorarse La Efectividad De La Colagenasa Mediante La Punción Ecodirigida?. Estudio Comparativo Con La Punción Estándar

Autores: Rosana Pérez Giner, Luis Aguilera Fernández, Eva Llopis San Juan, Victoria Higuera Guerrero, Elena Belloch Ramos

Tipo: Comunicación oral

Resumen:

Introducción:

La inyección de colagenasa en las cuerdas de la enfermedad de Dupuytren se realiza habitualmente mediante referencias clínicas. Nuestra hipótesis es que efectuando la punción bajo control ecográfico puede mejorarse la eficacia del tratamiento. Para ello, se ha realizado un estudio comparativo entre la punción estándar y la ecodirigida.

Material y Métodos:

Se ha diseñado un estudio prospectivo comparativo entre dos grupos consecutivos de pacientes afectados de Dupuytren. El primer grupo (A) consta de 47 casos tratados con punción estándar, y el segundo (B) de 36 casos tratados con punción ecodirigida. Los criterios de inclusión han sido idénticos. Se ha recogido la contractura de las metacarpofalángicas (MTCF) e interfalángicas proximales (IFP), entre otras variables. Se han repetido las mediciones hasta los tres meses, comparándose la extensión completa (contractura $\leq 5^\circ$) y el porcentaje de mejoría de la contractura de cada dedo y articulación. El análisis de resultados se ha realizado con el SPSS 19.0.

Resultados:

Se presentan los resultados tras una sola inyección en cada caso. Se ha obtenido extensión completa del dedo en el 43% del grupo A y en el 53% del grupo B ($p=0,355$). La extensión completa de las MTCF e IFP ha sido del 61% y 33% en el grupo A, y del 74% y 50% en el grupo B ($p=0,326$ y $p=0,198$). El porcentaje de corrección de la contractura inicial ha sido del 70% en el grupo A y del 81% en el grupo B ($p=0,095$). En las MTCF e IFP ha sido del 80% y 54% en el grupo A, y del 90% y 76% en el B ($p=0,078$ y $p=0,020$).

Conclusiones:

La punción ecodirigida de colagenasa mejora los resultados de la estándar, pero no de forma significativa, por lo que no puede recomendarse su utilización sistemática. Determinados casos con cuerdas difíciles de localizar podrían beneficiarse de esta técnica.

O-15

Javier Lopez Valenciano

Centro: Hospital Manises

Título: Comportamiento cinético de la muñeca tras la exéresis del escafoides. Estudio experimental sobre cadáver

Autores: Javier López Valenciano; Luis Aguilera Fernández; Daniel Montaner Alonso Manuel Llusá; Alez Lluch Burgada; Marc García-Elías Cos

Tipo: Comunicación oral

Resumen:

Introducción:

El escafoides carpiano sufre con frecuencia secuelas de fracturas y lesiones ligamentosas, siguiendo los patrones SNAC y SLAC. La escafoidectomía, asociada o no a una estabilización de los huesos del carpo, es la opción terapéutica más utilizada en estos casos. El objetivo es comprobar cómo se comporta cinéticamente la muñeca tras la exéresis del escafoides, comparándolo con el de las muñecas intactas.

Material y Métodos:

Estudio experimental sobre 12 piezas de cadáver fresco. Cada pieza ha incluido el tercio proximal del antebrazo y los metacarpianos. La sujeción de las piezas sobre el soporte de medición se ha realizado bloqueando el antebrazo en prono-supinación neutra con un Steinmann, estando la mano alineada con la diáfisis del radio mediante una Kirschner en el tercer metacarpiano. Se ha efectuado la aplicación conjunta de pesos en los tendones del abductor pollicis longus, flexor carpi radialis, extensor carpi radialis longus, flexor carpi ulnaris y extensor carpi ulnaris, siendo la carga aplicada en cada tendón proporcional al área de sección del músculo y a su actividad electromiográfica. Se ha realizado la medición de los cambios de angulación de los huesos escafoides, grande y piramidal mediante el sistema FASTRAK® Polhemus. Estas mediciones se han realizado primero en muñecas intactas y posteriormente tras la exéresis del escafoides, evitando lesionar los ligamentos extrínsecos del carpo. En el estudio estadístico se han utilizado pruebas no paramétricas. Se ha considerado significación estadística un valor de $p < 0,05$.

Resultados:

La edad media de la muestra ha sido 76 años, correspondiendo el 58% al lado izquierdo. Se valoró que tras la escafoidectomía, la muñeca se colapsa radialmente, cambiando los huesos grande y piramidal su inclinación en sentido radial ($p = 0,001$ y $0,027$, respectivamente). Igualmente el hueso grande experimenta una pronación, a diferencia de la situación inicial en la que supina ($p = 0,011$). El piramidal supina ($p = 0,092$) y se extiende ($p = 0,003$) contrariamente al control inicial.

Conclusiones:

La exéresis del escafoides provoca un colapso del carpo a radial y un cambio en el sentido de giro de los huesos grande y piramidal. No es recomendable por tanto como técnica de tratamiento aislada.

CASTILLO RUIPÉREZ, LAURA

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Título: Carpectomía de la hilera proximal en procesos degenerativos de muñeca.

Castillo Ruipérez, Laura; Gastaldi Llorens, Gema Maria; Diranzo García, José; Muro Caballer, Andrea; Cabanes Ferrer, Isabel; Bru Pomer, Antonio

Tipo: Comunicación oral

Resumen:

Introducción:

La carpectomía de la hilera proximal es una técnica de salvamento para diferentes patologías de muñeca. Constituye una alternativa a la artrodesis total o parcial de muñeca (artrodesis 4 esquinas o radio-escafo-lunares). Para indicar esta técnica es imprescindible que la superficie articular del hueso grande y la fosa semilunar del radio estén conservadas.

Material y Métodos:

Realizamos un estudio retrospectivo de 18 pacientes intervenidos mediante carpectomía proximal en nuestro centro en un período de 4 años. 15 eran hombres y 3 mujeres. La edad media fue de 57 años (rango 34 a 72). El diagnóstico inicial fue en 5 casos enfermedad de Kienböck, 3 artropatía por disociación escafolunar crónica (SLAC), 8 colapsos avanzados del carpo por pseudoartrosis de escafoides (SNAC), un caso de artritis reumatoide y un caso de artropatía psoriásica. No hubo pérdidas de seguimiento. El seguimiento medio fue de 2,5 años (1 a 5). Valoramos los resultados obtenidos mediante las escalas DASH y Mayo Wrist Score.

Resultados:

Según las escalas utilizadas obtenemos un 77% de resultados clínicos buenos o muy buenos. En el resto (23%) los resultados fueron normales o pobres. Observamos, de forma global, una disminución de la fuerza de prensión respecto al miembro contralateral bien tolerada por la mayoría de los pacientes. Sólo un caso ha precisado reintervención quirúrgica mediante artrodesis de muñeca por persistencia de clínica dolorosa.

Conclusiones:

Consideramos la carpectomía de la hilera proximal como una buena opción terapéutica para lesiones crónicas y degenerativas de muñeca. Consigue un alivio predecible del dolor y mantiene un rango de movilidad y fuerza de agarre aceptables.

Viernes 22 de mayo de 2015

**15:30-
17:30** **3ª MESA DE COMUNICACIONES LIBRES: CADERA Y MIEMBRO
INFERIOR**
Comunicaciones O-17 a O-28
Presidente: Dr. Julio Domenech Fernández
Moderador: Dr. Enrique Palomares Talens

O-17

Diranzo García, Jose

Centro: Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Título: TRATAMIENTO DEL CHOQUE FEMOROACETABULAR MEDIANTE MINI ABORDAJE ANTERIOR. RESULTADOS A CORTO PLAZO.

Autores: Vines Vidal, Raul
Castillo Ruiperez, Laura
Estrems Diaz, Vicente
Bru Pomer, Antonio

Tipo: Comunicación oral

Resumen:

Introducción:

El choque femoroacetabular (CFA) es un concepto propuesto recientemente para describir una serie de relaciones anatómicas anormales en la articulación coxofemoral que potencialmente pueden producir una degeneración articular precoz. En la mayoría de los casos el CFA está producido por deformidades óseas o alteraciones en la orientación de la cabeza femoral o transición cabeza/cuello (CFA tipo CAM), acetábulo (CFA tipo Pincer) o ambos.

El tratamiento del CFA ha evolucionado rápidamente durante la última década e incluye tres técnicas principales: la luxación abierta, el mini abordaje anterior y la artroscopia de cadera.

Material y Métodos:

Analizamos de forma retrospectiva 25 pacientes diagnosticados de CFA intervenidos en nuestro centro mediante mini abordaje anterior. 14 pacientes eran hombres y 11 mujeres. La edad media fue de 36,2 años (18-48 años). El seguimiento medio fue de 18 meses (12-34 meses). 8 pacientes presentaron un CFA tipo CAM, 2 tipo Pincer y 15 mixto.

Todos los pacientes fueron evaluados prospectivamente mediante las escalas: SF-36, WOMAC y NAHS (Non Arthritic Hip Score). Valoramos la corrección radiológica de la deformidad y la progresión o no del grado de osteoartrosis.

Resultados:

La puntuación media en la escala de WOMAC mejoró de 55 preoperatoriamente a 76 en el último control ($P < 0.05$). La puntuación NAHS también mejoró de 49 a 79 puntos ($p < 0.05$). El componente Función Física del test SF-36 pasó de 44,2 a 61,4 puntos ($p < 0.05$).

5 pacientes (20%) desarrollaron una meralgia parestésica que se resolvió en menos de un año. Un paciente precisó sustitución protésica por progresión del grado de osteoartrosis.

Conclusiones:

El tratamiento del CFA por mini abordaje anterior constituye un procedimiento seguro y reproducible que permite la corrección de las anomalías anatómicas diagnosticadas y la obtención de resultados clínicos satisfactorios en una cohorte de pacientes jóvenes.

Sabogal Fuccz, Elliot

Título: TITULO: ROTURAS DE IMPLANTE EN PRÓTESIS DE CADERA CON VÁSTAGO MODULAR. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS.

Tipo: Comunicación oral

Resumen:

Introducción:

Las prótesis modulares de cadera han tenido una creciente popularidad durante las últimas tres décadas. Estos tipos de prótesis tienen una serie de ventajas, como permitir el ajuste intraoperatorio, e independiente del tamaño del vástago, de la longitud, offset y versión del cuello, logrando con ello una mejor restauración de la biomecánica articular, el tratamiento de variantes anatómicas, el control de las disimetrías y la adecuada tensión de los abductores.

Todo ello da lugar a menores tasas de luxación, de choque entre los componentes y de usura del par de fricción. Sin embargo, el incremento de la modularidad conlleva distintas desventajas como diferentes tipos de corrosión, la liberación de iones metálicos y la rotura de implantes.

Material y Métodos:

De 1989 hasta 2013 han sido implantadas en nuestro servicio un total de 1973 prótesis modulares de cadera no cementadas. Durante este periodo hemos tenido 3 casos de rotura del cuello del implante. Todos ellos varones, edad media de 68 años e IMC medio de 32.

El cuello del implante ha sido largo en dos casos y corto en un caso, todos ellos Ti6Al4V, siendo el lugar de la rotura la unión del cuello con el vástago femoral. (2 casos con vástago F2L [Lima Corp.] y 1 caso con vástago H-Max [Lima Corp.]).

Resultados:

Todos los casos precisaron revisión quirúrgica con retirada del vástago. En los 2 primeros pacientes se re-implantó un vástago modular presentando una segunda rotura del cuello en la misma localización a los dos años de seguimiento.

Tras la cirugía de revisión los pacientes se encuentran en buen estado clínico, con una escala de cadera de Harris media de 78.

Conclusiones:

Los riesgos potenciales de este tipo de implantes provienen del aumento del número de uniones. El desgaste por abrasión y la corrosión por fisuras afectan con más frecuencia a la unión del cuello con el vástago femoral. La rotura de estos implantes es una complicación infrecuente con claros factores de riesgo a tener en cuenta en la planificación preoperatoria (cuello largo, offset aumentado, obesidad y elevado nivel de actividad del paciente) cuando se elija un implante de estas características.

ÁLVAREZ LLANAS, ALEJANDRO

Centro: H ARNAU DE VILANOVA VALENCIA

Título: ESTUDIO SOBRE LA LIBERACIÓN DE PARTÍCULAS DE CROMO-COBALTO EN PRÓTESIS TOTAL DE CADERA PAR METAL-METAL Y CERÁMICA-METAL Y SU IMPACTO SOBRE EL ESTRÉS OXIDATIVO

Autores: JULIO DOMENECH, M JOSE SANGÜESA, FRANCISCO CABANES, FRANCISCO BOSCH, J FRANCISCO LISÓN

Tipo: Comunicación oral

Resumen:

Introducción:

Los pacientes con PTC par metal-metal y metal-cerámica muestran niveles elevados de estos iones en sangre de forma crónica y mantenida.

La intoxicación con Cr y Co en ambientes industriales provoca una alteración del estrés oxidativo.

El objetivo del trabajo es estudiar los posibles factores tribológicos relacionados con el desgaste y explorar una posible relación entre los niveles elevados de Cr y Co con la alteración del estrés oxidativo.

Material y Métodos:

Estudio de cohortes (cross sectional) 17 PTC metal-metal , 18 PTC cerámica-metal y 20 pacientes sin prótesis. Se obtiene mediante espectrofotometría los niveles de cromo y cobalto en suero y se explora su correlación con las variables tribológicas: índice de masa corporal, función renal, orientación del cotilo y actividad física. Se explora también su correlación con distintos marcadores de estrés oxidativo (malondialdehido, concentración de nitratos y nitritos y capacidad antioxidante total)

Resultados:

No hemos encontrado ninguna variable tribológica que se correlacione con los niveles de iones .No hemos hallado correlación entre los marcadores de estrés y los niveles de cromo y cobalto en sangre. Hemos hallado diferencias significativas en los niveles de Cobalto en el grupo m-m (89 nmol/L) y los grupos c-m (15,5nmol/L) y control (6,0nmol/L).

Conclusiones:

Los pacientes con PTC m-m presentan cifras significativamente más elevadas de Cobalto que los pacientes con PTC c-m. Los pacientes con PTC m-m presentan cifras significativamente más elevadas de Cobalto que los pacientes con PTC c-m.

Las partículas iónicas de Cromo y Cobalto no alteran el estrés oxidativo en las PTC c-m y m-m

O-20

ALVAREZ LLANAS, ALEJANDRO

Centro: H ARNAU DE VILANOVA VALENCIA

Título: CORRELACIÓN ENTRE EL HARRIS HIP SCORE Y EL NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA MEDIDO CON ACELERÓMETRO

Autores: JULIO DOMENECH, M JOSE SANGÜESA, FRANCISCO CABANES, FRANCISCO BOSCH, FRANCISCO LISÓN.

Tipo: Comunicación oral

Resumen:

Introducción:

El método más empleado para evaluar los resultados de la artroplastia total de cadera es Harris Hip Score (HHS). Las expectativas depositadas por los pacientes sobre los beneficios de la artroplastia de cadera están aumentando y no se limitan a la reducción del dolor. Confían en volver a realizar actividades físicas como bailar jugar al tenis o a el golf. También es esencial conocer la actividad en tanto que esta se correlaciona con el desgaste prematuro de los componentes. El propósito de este estudio es explorar la correlación entre del Harris Hip Score con el nivel de actividad física desarrollado por los pacientes con prótesis total de cadera

Material y Métodos:

Estudio de prevalencia sobre 47 pacientes con PTC. Se explora la correlación del Harris Hip Score con la actividad física medida objetivamente con acelerómetros llevados durante una semana y subjetivamente usando el cuestionario IPAQ y la escala UCLA.

Resultados:

No hay correlación entre el HHS y la actividad física medida con acelerómetro o el cuestionario de actividad IPAQ. El HHS tiene una correlación moderada estadísticamente significativa con la escala UCLA

Conclusiones:

El HHS no es un buen instrumento para asesorarnos de el resultado funcional de los pacientes con PTC.

O-21

Gracia Ochoa, Marta

Centro: Hospital Francesc de Borja Gandía

Título: Cotilo de doble movilidad en cirugía protésica de cadera.

Autores: Gracia Ochoa, Marta; Silvestre Febrer, Arturo D.; Sendra Miralles, Fernando Picazo Gabaldón, Benito R.

Tipo: Comunicación oral

Resumen:

Introducción:

Las principales causas de las revisiones en la artroplastia total de cadera son el aflojamiento y la inestabilidad. Los cotilos de doble movilidad están especialmente indicados en la cirugía de revisión, donde el riesgo de inestabilidad recurrente es mayor que en la cirugía primaria de cadera.

Material y Métodos:

Hemos realizado un estudio retrospectivo con una serie de 23 pacientes (17 mujeres y 6 hombres), con una media de edad de 78,13 años. Fueron intervenidos entre Diciembre de 2007 y Marzo de 2014 con un seguimiento medio de posterior de 60,78 meses.

En todos los casos fueron intervenidos por el mismo cirujano, utilizando el mismo modelo de prótesis con cotilo de doble movilidad y usando en todos ellos la misma vía de abordaje postero-lateral.

En el seguimiento posterior se utilizaron varias escalas: Harris Hip Score, Oxford Hip Score, EVA, escala Merlé D'Aubigné y el cuestionario de salud SF-36.

Resultados:

De los 23 pacientes intervenidos se han producido 5 defunciones durante el seguimiento, pudiéndose completar el estudio en los 18 pacientes restantes.

Los motivos principales por los que han sido operados con un cotilo de doble movilidad son la inestabilidad recurrente, el aflojamiento aséptico, la cotiloiditis, la coxartrosis como secuela de una fractura de cadera y la luxación congénita de cadera.

Conclusiones:

Los cotilos de doble movilidad de cadera son una buena solución para los complejos casos de cirugía de recambio de cadera con riesgo elevado de inestabilidad; también en prótesis primarias en pacientes con factores de riesgo.

Sin embargo no es una cirugía exenta de complicaciones por lo que debe reservarse su indicación para casos seleccionados.

García Martínez, Lorena

Centro: Hospital Universitario La Ribera

Título: TENDINOPATÍA DEL PSOAS COMO CAUSA DE PROTESIS TOTAL DE CADERA DOLOROSA. TRATAMIENTO MEDIANTE TENOTOMÍA ARTROSCÓPICA DEL PSOAS.

Autores: Dra. Lorena García, Dr. Ernesto Fernández, Dr. Ismael Fargueta

Tipo: Comunicación oral

Resumen:

Introducción:

La tendinitis del ileopsoas es una inflamación y engrosamiento de dicho tendón sobre el borde ileopectíneo, y se considera como una patología por sobreuso. Sin embargo, puede presentarse tras la intervención de prótesis total de cadera (PTC).

La PTC dolorosa puede ser debida a numerosas causas, y una de ellas a tener en cuenta es la tendinopatía del psoas.

Característicamente suele aparecer en paciente jóvenes, tras un breve periodo de tiempo sin síntomas tras la cirugía y provoca una importante limitación dolorosa del paciente.

Presentamos el tratamiento mediante tenotomía artroscópica del psoas.

Material y Métodos:

Hemos tratado 7 pacientes varones con una media de edad de 49 años. Dos pacientes venían de otros centros intervenidos por coxartrosis, tres pacientes por necrosis avascular y dos por artrosis secundaria a impingement femoroacetabular. Se realizó radiografía anteroposterior y axial, TAC y RMN. Analítica incluyendo PCR y VSG, y gammagrafía. Se valoró clínicamente con Harris Hip Score.

Todos los pacientes fueron tratados con fisioterapia durante 6 meses. En cinco pacientes se realizó infiltración anestésica ecodirigida.

Se realizó tenotomía artroscópica a nivel del trocánter menor con ingreso de 24 horas. Fueron dados de alta con muletas y completaron con dos meses de fisioterapia ambulatoria.

Resultados:

Todos los pacientes presentaron una buena alineación del cotilo excepto en dos casos con cotilo descubierto en su cara anterior. Los pacientes experimentaron una mejoría en su HHS pasando de una media preoperatoria de 75 a 92 postoperatoria.

Conclusiones:

El diagnóstico de la PTC dolorosa es muy exigente, y la tendinopatía del psoas puede ser una de las causas. En ocasiones encontramos causa de dicha inflamación, pero en otras, no advertimos causa conocida. La tenotomía artroscópica del psoas es un método sencillo con buenos resultados clínicos.

O-23

Casadevall Garcia, Luis

Centro: Hospital de Vinaroz

Título: NUESTRA EXPERIENCIA EN RECAMBIOS ASEPTICOS DE RODILLA

Autores: Casadevall Garcia, Luis; Santillana Ruiz, Javier; Ramón Lopez, Katia ; Valero Queralt, Miguel angel.

Tipo: Comunicación oral

Resumen:

Introducción:

Nuestro objetivo es presentar la experiencia del servicio de COT del Hospital de Vinaroz en una serie de aflojamientos de rodilla recopiladas durante los años 1995-2013.

Material y Métodos:

Serie de 37 pacientes, tres de ellos portadores de recambio a nivel bilateral, con una edad entre 78 y 85 años. Follow up medio de 4 años. La causa más frecuente que nos ha llevado a la situación de recambio protésico ha sido el deterioro del polietileno de primera generación.

Resultados:

En cuanto a los resultados se han obtenido en el Knee Society Score un alto porcentaje de resultados satisfactorios cercano al 75 %.

Conclusiones:

Se recomienda el uso de injerto óseo de banco triturado para el relleno de los defectos óseos metafisarios de tibia.

Se aconseja PTR semiconstreñida cuando se prevee defectos óseos mayores o dexasaciones importantes.

Es una cirugía difícil y que precisa una planificación preoperatorio importante , pero que realizada correctamente nos puede llevar a obtener unos resultados casi equiparables a los de una PTR primaria.

BERTO MARTI FRANCESC XAVIER

Título: ARTRODESIS TIBIOTALOCALCANEA MEDIANTE ENCLAVADO ENDOMEDULAR RETROGRADO. RESULTADOS A MEDIO PLAZO

Giubi Marrelli Gustavo; Bertó Martí Francesc Xavier; Barrera Puigdollers Luis; Estrems Diaz Vicente; Cabanes Ferrer Isabel. Bru Pomer Antonio.

Tipo: Comunicación oral

Resumen:

Introducción:

El tobillo es una de las articulaciones mas expuestas a lesiones severas, tanto de origen traumatico como no traumatico.

La artrodesis tibiotalocalcanea es un arma terapéutica importante en el manejo de las enfermedades de la articulación del tobillo, siendo una intervención que puede ser realizada a través de diferentes técnicas quirúrgicas.

Material y Métodos:

Se realiza un estudio retrospectivo, descriptivo, de 26 casos (15 hombres, 11 mujeres), en los que se realizó una artrodesis tibiotalocalcánea mediante enclavado endomedular retrógrado durante el periodo comprendido entre 2009-2014.

Los 26 casos estudiados fueron divididos en 5 grupos en función de la etiología de base; 8 correspondieron a artrosis postraumática, 8 casos correspondieron a causa neuropática, 4 casos post fractura de astrágalo, 4 casos por patología congénita y 2 casos por artrosis en el contexto de pie plano evolucionado.

Se valoro el resultado funcional final mediante la escala AOFAS (0-100 PUNTOS) Y la escala analógica del dolor EVA (0-10) comparándola entre los diversos grupos de estudio, usándose como análisis estadístico test no paramétrico Kruskal-Wallis para datos independientes mediante el software SPSS.

Se revisó el numero de complicaciones que aparecieron en el total de los pacientes y el tratamiento realizado en estos casos.

Resultados:

Se obtuvo una tasa de complicaciones del 22%, siendo la mas frecuente la pseudoartrosis o no consolidación ósea en 5 pacientes y la infección quirúrgica con o sin osteomielitis en 4 casos.

En relación al resultado funcional final la escala AOFAS media fue de 67.69 puntos siendo el grupo de pacientes que presentaban una artrosis postraumática el que peor resultado obtuvo (49 puntos) para una

$p < 0.05$;

La Escala EVA media fue de 2.23 lo que indicaba un dolor leve.

Conclusiones:

En el estudio presentado el grupo que peor resultado presentó fueron los pacientes que presentaban secuelas de fracturas de tobillo o pilón tibial, probablemente sea debido a que estos pacientes hayan sufrido un mayor numero de cirugías previas, lo que condiciona la anatomía preexistente; Dificultando tanto la vía de abordaje, como la vitalidad de las partes blandas así como la consolidación ósea, lo que repercute en un peor resultado final.

Coincidimos con la literatura publicada en considerar la artrodesis tibiotalocalcanea mediante enclavado endomedular una técnica de rescate útil en la patología compleja

del tobillo, sin embargo, es una técnica exigente, con un alto porcentaje de complicaciones.

O-25

Valero Fabado, Helena

Centro: Hospital Doctor Peset

Título: FRACTURAS DE RÓTULA SOBRE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Autores: Helena Valero Fabado, Jose Antonio Blas Dobón, Jara Peralta Nieto

Tipo: Comunicación oral

Resumen:

Introducción:

Las fracturas de rótula sobre prótesis de rodilla son una complicación infrecuente y de difícil manejo para el cirujano. El propósito de este estudio es revisar de manera retrospectiva las fracturas de rótula sobre prótesis de rodilla en nuestro centro y describir los resultados del tratamiento según el tipo de fractura.

Material y Métodos:

Realizamos un estudio retrospectivo entre 2009 y 2011 identificando 7 fracturas de rótula sobre un total de 598 artroplastias primarias de rodilla sin prototización de rótula. Seguimos la clasificación de Ortiguera – Berry. El seguimiento medio fue de 36 meses y se perdió un paciente por éxitus. Se revisaron los resultados clínicos y radiológicos tras el tratamiento.

Resultados:

Se obtuvo una prevalencia de fracturas de rótula del 1,3%. El 100% de los pacientes fueron mujeres, edad media 76 años y 83% con traumatismo previo. Se clasificó una fractura como tipo I de Ortiguera - Berry, y cinco como tipo II. Las tipo II fueron intervenidas mediante cerclaje tipo obenque. El tipo I se trató conservadoramente. El arco de movilidad medio fue de 98° de flexión y -8° de extensión y el balance de independencia fue bueno en un 66% de los pacientes. Como complicaciones hubo un fracaso de la fijación en 3 pacientes, 1 caso de infección, y pseudoartrosis radiológica en 5 casos.

Conclusiones:

Existen múltiples factores etiológicos relacionados con el paciente, el diseño del implante y la técnica quirúrgica. El manejo de estas fracturas se basa en la integridad del aparato extensor y la estabilidad del componente protésico. Las fracturas tipo I obtienen buenos resultados con tratamiento conservador, mientras que el tratamiento quirúrgico indicado en los tipos II y III de Ortiguera – Berry presenta resultados modestos y se asocia a una alta tasa de complicaciones.

García Martínez, Lorena

Centro: Hospital Universitario La Ribera

Título: COMPLICACIONES A CORTO Y LARGO PLAZO DE LOS CLAVOS ENDOMEDULARES DE ARTRODESIS DE RODILLA CEMENTADOS Y NO CEMENTADOS. ESTUDIO COMPARATIVO

Autores: Lorena García Martínez, Francisco de Borja Maruenda García-Peñuela, José María Aparici Canet, Julio Ribes Iborra

Tipo: Comunicación oral

Resumen:

Introducción:

La artrodesis consiste en la fusión ósea de una articulación. La artrodesis de rodilla con fijación externa fue descrita por Key en 1932 y, posteriormente, fue modificada por Charnley en 1948, pero fué Chapchal en 1948 quien describió la artrodesis de rodilla intramedularmente por primera vez. Nelson y Evarts en 1971 fueron los primeros que describieron esta técnica en el fracaso de artroplastia total de rodilla.

La posibilidad de una artrodesis “natural” en la cirugía de revisión de rodilla es muy reducida dado el poco stock óseo remanente y además se añade el problema del acortamiento de la rodilla. Este problema puede evitarse mediante una estabilización interna utilizando un clavo de artrodesis de implantación endomedular. La artrodesis estaría indicada tras fallo repetido de las endoprótesis de rodilla, generalmente por infección persistente de la articulación y perimplante (aflojamiento séptico de la prótesis) y, ocasionalmente por aparato extensor no funcionante. En algún caso extremo de fractura abierta periarticular en rodilla con pérdida de stock óseo bien en el propio traumatismo o en secuestros óseos por infección (osteomielitis), también se puede recurrir a la artrodesis al no poderse aconsejar prototización por la infección latente.

La fijación de la articulación de la rodilla mediante un clavo intramedular se ha ido imponiendo a otras técnicas para la artrodesis, debido a las ventajas que ofrece: gran estabilización interna primaria que permite la movilización precoz del paciente; capacidad de carga; y corrección de la pérdida de longitud del miembro. Se obtiene así una extremidad estable, no dolorosa y funcional en extensión.

Sin embargo, se han descrito complicaciones, resultados deficientes e incluso en algunas ocasiones, dado el dolor o la supuración persistente, retirada del propio clavo, nuevo fresado del canal y estabilización con nuevo clavo endomedular de artrodesis con intención de suprimir la infección.

En la práctica clínica disponemos de clavos de artrodesis de rodilla cementados y no cementados con vástago estriado tipo Wagner. La finalidad de nuestro estudio es comparar las complicaciones a corto y largo plazo de los clavos cementados y los no cementados.

Material y Métodos:

Existen diversos tipos de clavos cortos retrógrados en fémur y anterógrados en tibia para artrodesis de rodilla: Wichita® (Striker-Howmedica), Endo Model® (Waldemar Link), Neff® (Zimmer), Huckstep®, etc. Nosotros estudiamos pacientes intervenidos en nuestro hospital con el clavo Endo Model® (Waldemar Link) con vástagos cementados y no cementados y analizamos la evolución y complicaciones derivadas de cada uno de ellos, estableciendo comparación entre ambos tipos de clavo.

Hemos estudiado el comportamiento de 12 clavos de artrodesis cementados y 12 no cementados, secundarios a fracaso de prótesis de rodilla (la mayoría por gonartrosis y ocasionalmente fracaso de megaprótesis de rodilla por tumores malignos), valorando los siguientes parámetros:

- Persistencia (cuando existía) o remisión de la supuración objetivada mediante presencia o desaparición de fístulas.
- Disminución de la virulencia de la infección: medida mediante reactantes de fase aguda.
- Medición radiográfica del posible aflojamiento de los vástagos mediante mensuración de:
 - Radiolucencia alrededor del cemento o de las estrias del vástago no cementado. Considerándose positivo cuando existe línea radioluciente de 0,5 mm.
 - Grosor de la cortical ósea medida en dos puntos femorales y dos puntos tibiales objetivadas en radiografías AP en imagen computarizada en sistema PACS y medido mediante sistema de medición del programa de manejo de imagen.
 - Cuando existe TAC medición del grosor de la cortical en cortes transversales diafisarios.
- Valoración de acontecimientos adversos graves en la evolución, como:
 - Fracturas perimplante
 - Necesidad de revisión del clavo y cambio del mismo.

Finalmente, se describe la situación extrema de 2 casos clínicos en los que se precisó revisión del clavo de artrodesis de rodilla y las posibles soluciones planteadas.

Resultados:

Se han detectado fístulas en 4 de los clavos cementados y en 2 de los no cementados.

El nivel promedio de VSG fue de 60 en cementados y 48 en no cementados.

El nivel promedio de proteína C fue de 53 en cementados y 22 en no cementados.

Observamos radiolucencia perimplante en 8 casos en cementados y 1 caso en no cementados

El grosor de la cortical fue de 0,6 mm en cementados y 0,8 mm en no cementados.

Se han tenido que revisar 2 clavos cementados de artrodesis por dolor y supuración por fístula, uno de ellos por fracaso de prótesis y del clavo cementado de artrodesis implantado inicialmente y el otro por fracaso de megaprótesis de rodilla en osteosarcoma y persistencia de dolor por aflojamiento del clavo y presencia de fístula activa.

Conclusiones:

En nuestra serie de casos, los clavos de artrodesis no cementados de rodilla han obtenido mejores resultados que los clavos cementados.

Teniendo en cuenta éstos resultados y que los clavos endomedulares están en progresiva imposición por sus ventajas, consideramos interesante estudios más amplios.

O-27

NO PRESENTADA

O-28

Gastaldi Llorens, Gema

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Título: Artroscopias de tobillo: nuestra experiencia en osteocondritis

Gema Gastaldi Llorens, Joaquin Villodre Jiménez, Raúl Vines Vidal, Laura Castillo Ruiperez, Carlos Juandó Amoros, Francisco Espi Escriva, Daniel Crespo González

Tipo: Comunicación oral

Resumen:

Introducción:

La artroscopia de tobillo es un procedimiento emergente, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de lesiones de tobillo. El objetivo del presente estudio ha sido analizar las indicaciones, tratamiento y evolución de los pacientes intervenidos de osteocondritis en los últimos 10 años en nuestro centro.

Material y Métodos:

Revisamos todas las artroscopias de tobillo realizadas entre los años 2005 y 2014.

Obtuvimos 73 pacientes con una media de edad de 41 años. Encontramos como diagnósticos más frecuentes: la osteocondritis (38 pacientes), impigement anterior (17), artrosis, osteonecrosis, os trigonum, sinovitis, lesión Lig peroneoastragalino...

Seleccionamos el grupo de osteocondritis por ser el más numeroso.

Resultados:

La etiología más frecuente fue la postraumática. Y la localización en cúpula astragalina. Según la clasificación de Outerbridge la mayoría de las lesiones eran tipo III-IV. El tratamiento realizado fueron las microperforaciones con extracción de cuerpos libres y el debridement. Hayamos un 10% de pacientes con mala evolución hacia la artrosis de tobillo y un 5% requirió una segunda cirugía. El resto presentan una evolución favorable con aumento del rango del balance articular, y de ellos solo un 5 % han requerido infiltraciones posteriores.

Conclusiones:

Concluimos que la artroscopia de tobillo es un procedimiento con unas indicaciones cada vez más amplias, que requiere de una curva de aprendizaje para reflejar unos resultados favorables, con una evolución similar a la cirugía abierta pero de menor agresividad y estancia hospitalaria para el paciente. Y que tanto las microperforaciones como el debridement son buenas opciones para tratamiento artroscópico de primera línea, sin haberse demostrado la superioridad de una sobre la otra.

Viernes 22 de mayo de 2015

17:30-19:00 4ª MESA DE COMUNICACIONES LIBRES: MISCELÁNEA
Comunicaciones O-29 a O-36
Presidente:
Moderador: Dr. Cristobal Mesado Solernou

O-29

RAÚL GIL ALBAROVA

Centro: HOSPITAL INTERMUTUAL DE LEVANTE

Título: TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS Y LUXACIONES ACROMIO-CLAVICULARES MEDIANTE TÉCNICA ARTROSCÓPICA CON SISTEMAS DE SUSPENSIÓN CORTICAL, TIGHTROPE®.

Autores: R.GIL ALBAROVA, JR. PÉREZ DEL VALLE, R. SÁNCHEZ MATEO, C. SEMPER BALLESTER

Tipo: Comunicación oral

Resumen:

Introducción:

El desarrollo de implantes de suspensión cortical ha permitido el desarrollo de nuevas técnicas para el tratamiento quirúrgico artroscópico de las luxaciones acromioclaviculares.

Material y Métodos:

Revisamos los casos tratados en nuestro servicio de luxaciones AC tratados con este sistema en el último año. (10)

Fueron tratadas luxaciones AC en 11 pacientes de edades comprendidas entre los 20 y 53 años. En 2 casos se trataba de inestabilidad crónica y otros dos casos asociaban fractura de extremidad distal de clavícula.

Se utilizó como sistema de suspensión acromio-clavicular el Tightrope de Arthrex®.

Se mantuvo la inmovilización con cabestrillo durante 3 semanas comenzando con ejercicios pendulares y movilización pasiva a partir de la primera semana e incremento posterior de la rehabilitación a partir de la tercera semana.

Resultados:

9 de los pacientes consiguieron una reducción completa y sin desplazamiento secundario, con una restitución completa de la movilidad a los tres meses de la cirugía. En un caso hubo una pérdida de reducción de la luxación por aflojamiento del nudo del dispositivo que requirió de nueva intervención y recambio del sistema de sujeción con evolución favorable posteriormente.

Un caso asoció rotura de coracoides al mes de la cirugía primaria debido a una inapropiada localización del túnel transóseo coracoideo que fue resuelta en una segunda cirugía que mejoraba la localización del implante y una buena evolución posterior.

Conclusiones:

Las técnicas artroscópicas junto al desarrollo de implantes específicos permiten la resolución de este tipo de lesiones funcional y estéticamente satisfactorias en una sociedad cada vez más exigente con estas cuestiones.

La técnica no está exenta de complicaciones propias (fractura de coracoides) que deben ser valoradas y tenidas en cuenta a la hora de ponerla en práctica.

O-30

Orenga Montoliu, Sónia

Centro: Hospital Francesc de Borja, Gandia

Título: APLICACIONES DEL CAMPO DE PULSOS ELECTROMAGNÉTICOS EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA. NUESTRA EXPERIENCIA.

Autores: S. Orenga Montoliu
B.R. Picazo Gabaldón
V. Hurtado Oliver
F. Sendra Miralles

Tipo: Comunicación oral

Resumen:

Introducción:

El campo de pulsos electromagnéticos (PEMF), es considerado un tratamiento útil en traumatología, por su capacidad para estimular el crecimiento óseo. Por ello, presentamos nuestra experiencia clínica con el uso de dicha tecnología en Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Material y Métodos:

Hemos realizado un estudio retrospectivo, con datos recogidos de forma prospectiva, en el que se han analizado la edad media de los pacientes, el motivo de la indicación del electroestimulador, así como el resultado del tratamiento. Se ha valorado, en los casos en que ha sido posible, los meses transcurridos desde el inicio del tratamiento hasta la consolidación clínica y radiológica. Así mismo, también se ha considerado en los casos de Necrosis Avascular, si ha habido mejoría sintomática o si ha sido necesaria la sustitución protésica de la articulación.

Resultados:

Se han revisado 71 pacientes, tratados entre Enero del 2010 y Agosto de 2014. Las indicaciones han sido: NAV cadera en 19 casos, Pseudoartrosis en 29 casos (siendo 5 de los casos en MTT o MTC), Retardo de consolidación 20 casos, 1 artritis postraumática de tobillo y 1 osteocondritis de astrágalo.

Se ha conseguido la consolidación completa sin necesidad de nuevas cirugías en 32 casos, 17 de los cuales eran pseudoartrosis establecidas. Han consolidado sin necesidad de nuevas cirugías los 5 casos que afectaban MTT y MTC. 9 de las NAV de cadera han fracasado en su tratamiento con PEMF, mientras que las 10 restantes han presentado mejorías variables.

No han obtenido mejoría ni la artritis postraumática de tobillo ni la osteocondritis de astrágalo.

Conclusiones:

El tratamiento con PEMF es una terapia coadyuvante útil en pacientes con retardos de consolidación y pseudoartrosis, y se puede considerar como una opción válida en algunas NAV de cadera.

O-31

Alguacil Pinel, Jonatan

Centro: HUP La Fe, Valencia

Título: BARRAS MAGNETICAS EN LA ESCOLIOSIS DE COMIENZO PRECOZ:
ESTUDIO PRELIMINAR

Autores: Alguacil Pinel, Jonatan

Pastor Fernández, Esther

Martínez Méndez, Daniel

Pérez Vergara, Silvia

Bas Hermida, Paloma

Bas Hermida, Teresa

Tipo: Comunicación oral

Resumen:

Introducción:

En los últimos años las barras de crecimiento magnéticas se han incluido dentro de nuestro arsenal de tratamiento en la EOS (escoliosis de comienzo precoz) con la ventaja clínica y hospitalaria de poder realizar los alargamientos sin necesidad de ingresar a los pacientes ni de realizar anestias sucesivas.

Material y Métodos:

Entre el 2013-2014 hemos intervenido 5 pacientes afectos de escoliosis de comienzo precoz con barras magnéticas, previo consentimiento del comité ético del hospital. El seguimiento medio es de 8 meses (14-4 meses). A todos los pacientes se le ha realizado un estudio RX y ecográfico. Se han analizado el ángulo de Cobb, la cifosis, la distancia entre las espinosas de T1-S1 en el preoperatorio y el última revisión.

Resultados:

5 pacientes afecto de EOS (3 mujeres y 2 hombres). La etiología es neuromuscular en 3 casos y sindrómica en 2. Media de edad de 8,2 años (6-10). Todos los pacientes han sido estabilizados con doble barra. Los métodos de fijación ha sido en 1 pacientes tornillos proximales y distales y en 4 sistemas híbridos de uñas proximales y tornillos distales. Se han realizado 10 distracciones cada 3 meses. El ángulo de Cobb preoperatorio es de 76° (98° - 63°) después de la cirugía ha pasado a 40° de media con un rango (39° - 63°) con una corrección del 60%. La cifosis preoperatoria es de 61° (68° - 15°) y la postoperatoria de 43° (60° - 35°). La distancia T1-S1 es de 264 mm y 286mm al final del seguimiento en el estudio radiográfico. La medición de la elongación de la barra se ha realizado antes y después de cada elongación siendo los valores de la concavidad en las radiografías medición de 13,38 mm y 13,85mm con la ecografía y en la convexidad es de 8.71mm radiográficos y 9.3mm en la ecografía. Los valores se correlacionan entre la eco y la radiografía.

Complicaciones: bloqueo de una de las barras

Conclusiones:

Las barras magnéticas son una alternativa eficaz para tratamiento de las EOS La ecografía es un sistema eficaz de control de alargamientos sin necesidad de rx.

Julio Domenech Fernandez

Centro: H Arnau de Vilanova

Título: ESTUDIO DE LA SINCRONIZACION DE LA RED SENSORIOMOTORA CEREBRAL MEDIANTE RMN FUNCIONAL EN ESTADO DE REPOSO EN ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA

Autores: Julio Domenech Fernandez, Maria De la Iglesia Vaya, Luis Martí-Bonmatí, Gracian García Martí, Angel Alberich Bayarri, Daniel Bonete, Jose Maria Tormos, Alvaro Pascual-Leone Garcia

Tipo: Comunicación oral

Resumen:

Introducción:

La etiología de la Escoliosis Idiopática (EI) permanece desconocida. Se ha sugerido que un trastorno neurológico subclínico podría estar implicado en su patogenia. Estudios recientes han encontrado alteraciones en la microestructura, conectividad y activación de la red sensoriomotora en la escoliosis idiopática. Sin embargo la conectividad funcional y la sincronización de las áreas cerebrales es desconocida. El estudio de la señal de baja frecuencia en la actividad cerebral (ALFF, amplitude of low frequency fluctuations) a través del contraste BOLD en estado de reposo es una técnica que ha revelado patrones de actividad cortical sincronizados, permitiendo describir la arquitectura funcional intrínseca del cerebro humano.

El objetivo de este estudio es evaluar la sincronización y el patrón de conectividad funcional cerebral de pacientes con EI en comparación con controles sanos usando RMN funcional en estado de reposo

Material y Métodos:

Cuarenta adolescentes (20 pacientes con EI y 20 sujetos sanos, apareados por sexo, edad y mano dominante) fueron estudiados mediante RMN 3T con paradigma de estado de reposo (resting state). Los pacientes con EI tenían una deformidad media de 44° (30° a 62°), se excluyeron casos con alteración neurológica previa. Para cada escan y para cada sujeto se realizó un análisis ALFF y ALFF fraccional para identificar los vóxeles con amplitud detectable. Se consideraron como regiones de interés aquellas con una intensidad regional superior al 20% respecto a sus áreas vecinas

Resultados:

El hallazgo principal del estudio es una significativa reducción en las medianas de la ALFF fraccional en los pacientes con EI en comparación con los controles sanos

Conclusiones:

Estos hallazgos apoyan la hipótesis de un defectuoso control motor a nivel central, implicando los circuitos córtico-subcorticales-cerebelosos y transcallosos en la patogenia de la escoliosis idiopática. La reducción en las fluctuaciones espontáneas de baja frecuencia durante el estado de reposo indica una alteración en la sincronización y en la modulación cíclica de la excitabilidad cortical. Estos hallazgos pueden contribuir al diseño de estudios que exploren el potencial en la neuromodulación sensoriomotora como posible línea de tratamiento de la EI

O-33

GÓMEZ BARBERO, PATRICIA

Hospital Universitario Dr. Peset. VALENCIA

Título: Corrección del pie plano infantil mediante artrorrisis subtalar y alargamiento percutáneo del tendón de Aquiles

Tipo: Comunicación oral

Resumen:

Introducción:

Estudio clínico-radiológico retrospectivo, con el objetivo de evaluar los resultados de la endoprótesis subastragalina modelo Kalix y alargamiento percutáneo del tendón de Aquiles en pies planos infantiles intervenidos

Material y Métodos:

Intervenidos 19 niños (36 pies); 14 varones y 5 mujeres, con un tiempo medio de seguimiento de 36 meses y una media de edad en el momento de la intervención de 11 años. La indicación quirúrgica fue de pie plano flexible, con deformidad clínica y radiológica acompañada de dolor persistente y limitación funcional tras tratamiento conservador.

Los criterios de evaluación fueron: la escala clínica de Tobillo-Retropie de AOFAS, la medición de ángulos radiográficos de Moreau-Costa-Bartani y el ángulo astrágalo-calcáneo, además de la reincorporación al deporte medido según su nivel de impacto (clasificación de Clifford y Mallon).

La técnica quirúrgica empleada fue la artrorrisis subastragalina con endoprótesis modelo Kalix y alargamiento percutáneo del tendón de Aquiles.

Se realizó el análisis estadístico con SPSS 17. 0

Resultados:

Clínicamente se obtiene una media preoperatoria en la escala AOFAS de 67.9 de puntuación y postoperatorio de 88.1 siendo estos resultados de mejoría con tendencia a la significación ($p=0.061$).

La corrección hacia la mejoría del ángulo de Moreau-Costa-Bartani no resultó significativo a diferencia del astrágalo-calcáneo en el que sí existe una tendencia a la significación ($p=0.076$).

En cuanto a la readaptación y retorno a la actividad deportiva tras la intervención quirúrgica (clasificación de Clifford y Mallon): el 26.3 % mantiene actividad deportiva de nivel de impacto bajo, el 36.8% tendrán actividades de nivel intermedio y otro 36,8% tienen actividades deportivas de alto impacto.

El 94.7 % no sufrió complicaciones y el 5.3% (2 pies) sufrieron extrusión indolora de las mismas realizando su extracción al año

Conclusiones:

Se considera este método quirúrgico sencillo, rápido y con escasas complicaciones además de conseguir una corrección buena y mantenida a largo plazo.

O-34

Fuentes Escobar, Pedro

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

Título: TUMORES DE ESTIRPE NEURAL EN MANO/MIEMBRO SUPERIOR.

Pedro Fuentes Escobar; Antonio Jover Carrillo; Eva Rebate Nebot

Tipo: Comunicación oral

Resumen:

Introducción:

Los tumores neurales periféricos en la mano representan sólo el 1% de todos los tumores. Son benignos y de dos tipos: 1) Schwannoma o Neurilemoma, y 2) Neurofibromas. Los Schwannomas son tumores benignos encapsulados, ovoides, firmes, de crecimiento lento, solitarios, asociados o no con una enfermedad neurológica. El neurofibroma aparece en etapas tempranas de la vida (infancia y adolescencia); se asocia más con neurofibromatosis tipo Recklinghausen, y en las extremidades es más frecuente en el nervio mediano.

Material y Métodos:

Se presenta una serie de casos en 3 pacientes en los cuales se ha decidido la extirpación quirúrgica de tumores de estirpe neural confirmada con anatomía patológica, uno de los cuales presenta múltiples tumoraciones.

Resultados:

De los 3 casos descritos, dos son diagnosticados como schwannoma y uno como Neurofibroma, intervenido primero de uno en N. Mediano y en un segundo tiempo de dos, uno en nervio colateral sensitivo radial 2º dedo y otro en nervio dorsal radial 2º dedo

Conclusiones:

Los tumores de estirpe nerviosa deben ser correctamente estudiados para proceder a su excisión. En los casos de schwannoma, en comportamiento es benigno generalmente, con poca recurrencia, en los casos de neurofibroma el comportamiento mas agresivo y la posibilidad de recidiva, obligan al estudio del paciente en búsqueda de tumoraciones en otras localizaciones, así como un estudio genético para valorar el diagnostico de neurofibromatosis.

O-35

Masiá Massoni, Miguel

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

Título: Megaprotesis en defectos óseos de origen séptico

Miguel Masiá Massoni, Alejandro Blasco González, José Baeza Oliete, Francisco Baixauli García, Manolo Angulo Sánchez, Jose Amaya Valero, Tomás Mut Oltra

Tipo: Comunicación oral

Resumen:

Introducción:

El uso de megaprótesis es una opción en el remplazo de defectos óseos masivos. Resecciones tumorales amplias, artroplastias de revisión múltiples con o sin infección, o traumatismos severos con múltiples osteosíntesis fallidas junto a una no-uniión ósea o a una artroplastia previa cercana, son algunas situaciones clínicas asociadas a estos defectos. Nuestro objetivo fue evaluar los resultados clínico-radiológicos y las complicaciones en pacientes tratados con megaprótesis por defectos óseos de origen séptico en nuestro hospital.

Material y Métodos:

Durante 2 años dieciocho pacientes fueron tratados con megaprótesis mono o bi-articuladas (4 prótesis de fémur proximal, 9 de fémur distal, 3 de fémur completo, 1 de húmero proximal y 1 de húmero completo). Se realizaron controles clínicos, radiográficos y analíticos seriados (6 semanas y 3, 6, 12, 18 y 24 meses). El seguimiento medio fue de 14,4 meses y la edad media de 53 años, con 8 mujeres y 10 varones. Etiologicamente se dividieron en 9 no-uniones sépticas y 9 artroplastias infectadas. Tras la profilaxis antibiótica, implantamos la megaprotesis en uno o dos tiempos quirúrgicos siempre tras un desbridamiento exhaustivo. En la técnica en dos tiempos se implantó un espaciador de cemento con antibiótico hecho a medida, con el objetivo de controlar la infección y crear una membrana de acuerdo con los principios de la cámara biológica.

Resultados:

Evalúamos retrospectivamente los resultados clínico-radiológicos de 18 pacientes. A pesar del corto seguimiento medio, los resultados fueron esperanzadores con buena articulación de los segmentos y una recuperación funcional aceptable. Como complicaciones hubo: 3 luxaciones, una toxicidad por rifampicina, y una infección protésica aguda que requirió desbridamiento y antibioterapia oral crónica.

Conclusiones:

Las megaprótesis ofrecen una valiosa oportunidad para restaurar la funcionalidad en pacientes con enfermedades altamente discapacitantes que amenazan la viabilidad de la extremidad.

GIUBI MARRELLI, GUSTAVO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Título: SARCOMAS DE PARTES BLANDAS: RESULTADOS DEL MANEJO MULTIDISCIPLINAR.

GIUBI MARRELLI, GUSTAVO; NOVOA SIERRA, BEATRIZ; VILLODRE JIMENEZ, JOAQUIN; VINCES VIDAL, RAUL; ZARZUELA SANCHEZ, VICTOR.

Tipo: Comunicación oral

Resumen:

Introducción:

Los sarcomas de partes blandas son un grupo heterogéneo de tumores, relativamente infrecuentes, comprenden menos de 1 % de los cánceres. La incidencia en Europa es estable, entre 3-4 /100000 habitantes y es más frecuente en pacientes mayores de 50 años. Derivan del tejido mesodérmico embrionario, por lo que pueden desarrollarse en cualquier parte del cuerpo, pero es más frecuente en las extremidades (50-59%), especialmente en extremidades inferiores. Si bien, en la mayoría de los casos no se puede determinar un agente causal específico, se ha descrito la influencia de factores víricos, genéticos, ambientales tóxicos (pesticidas, herbicidas), radioterapia entre otros.

Las tasas de recurrencia locales varían, dependiendo de la localización anatómica. En las lesiones de las extremidades más comunes, un tercio de los pacientes desarrollan la enfermedad localmente recurrente con una mediana de intervalo libre de enfermedad de 18 meses. Los resultados del tratamiento de las recidivas locales de las extremidades pueden acercarse a los de la enfermedad primaria.

Material y Métodos:

Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional en el que se incluyen a los pacientes con diagnóstico de sarcoma de partes blandas (SPB) desde enero de 2005 hasta diciembre de 2014. Evaluamos el tipo histológico, el antecedente de cirugía previa no oncológica, las complicaciones locales, la tasa de supervivencia, el número de recidivas locales y de metástasis.

Resultados:

De un total de 63 pacientes tratados en el comité de sarcomas de nuestro hospital, 39 pacientes eran de sexo masculino (62%), con edad media de edad de 58 años (rango 14-94). Todos los pacientes fueron evaluados por el comité multidisciplinar de tumores y la decisión terapéutica fue individualizada. La localización más frecuente en miembros inferiores, sobre todo en el muslo, siendo localizaciones menos frecuentes en región dorsal, esternal y pelvis. En la mayoría de los casos se procedió al tratamiento quirúrgico mediante cirugía oncológica ampliada/marginal, en 6 pacientes a la amputación, en 2 pacientes se procedió a la desarticulación del miembro y en 2 pacientes se optó por tratamiento paliativo por la irsecabilidad del tumor. Se procedió a tratamiento con radioterapia neoadyuvante en 20 pacientes. En 11 pacientes había una historia previa de cirugía no oncológica. La tasa de recidiva local fue entorno al 10 %. El seguimiento mínimo fue de 3 meses.

Conclusiones:

En general, el tratamiento óptimo de sarcoma de tejidos blandos requiere un cuidado individualizado, adaptado para el paciente individual. La resección quirúrgica es fundamental para el manejo de la enfermedad local o regional. En la configuración de la enfermedad localmente avanzada o metastásica, la terapia sistémica tiene un papel importante.

Una manejo inicial no oncológico de los tumores puede condicionar un aumento de las recidivas locales y una disminución de la supervivencia del paciente.