

NÚMERO

P-03

PRIMER AUTOR

GARRIDO FERRER, JOSÉ FÉLIX

CENTRO

CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

AUTORES

JOSE FELIX GARRIDO FERRER; ISABEL CABANES FERRER; GEMMA GÁZQUEZ GÁZQUEZ; LAURA MARCO DÍAZ; LORENZO HERNÁNDEZ FERRANDO

TITULO

PSEUDOANEURISMA POSTRAUMÁTICO DEL ARCO PALMAR SUPERFICIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

RESUMEN

Introducción:

El pseudoaneurisma del arco palmar se considera una patología infrecuente. Se trata de una lesión única, directa y externa sobre la capa íntima vascular, formando una cavidad que va aumentando de tamaño hasta su ruptura. Habitualmente tienen un origen multifactorial y no existe un paciente tipo en el que sospecharla.

Material y Métodos:

Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 39 años sin antecedentes de interés, que sufre una lesión vascular tras un traumatismo inciso-contuso de 3 semanas de evolución.

A la exploración física, presenta una tumoración de dos por dos centímetros localizada en la eminencia tenar, distal a la línea de Kaplan. Se observa una masa pulsátil en la zona central de la lesión que le provoca sangrados de repetición.

A priori, la primera prueba de imagen utilizada es la ecografía seguida de la RMN y la TC. Estaría indicada la arteriografía en casos urgentes.

En nuestro caso no utilizamos la ecografía debido a la pérdida de sustancia cutánea y descartamos la arteriografía al no tratarse de una lesión aguda. Se solicita un Angio TC donde se objetiva un pseudoaneurisma del arco palmar superficial con viabilidad de arco palmar profundo y ramas colaterales.

Resultados:

Tras descartar otros tratamientos menos invasivos (inyección de derivados de la trombina mediante ecografía o trombosis del pseudoaneurisma mediante coils), se decide intervenir quirúrgicamente al paciente. Se realiza ampliación de la herida en Z junto a una ligadura de los vasos nutricios con hemoclips y se reseca el pseudoaneurisma. Se descarta completar la cirugía mediante injerto vascular debido a la permeabilidad colateral. El paciente acude a consultas externas para el control de la herida, que evoluciona de forma satisfactoria hasta la total cicatrización a las 4 semanas. Actualmente el paciente se encuentra asintomático, con movilidad completa, por lo que es dado de alta.

Conclusiones:

El pseudoaneurisma es una entidad clínica que supone un reto para el cirujano debido a su reducida incidencia, por lo que la alta sospecha diagnóstica es primordial para su diagnóstico.

La ligadura de los vasos nutricios y la resección del pseudoaneurisma ha demostrado ser un tratamiento óptimo para este tipo de patología.

NÚMERO

P-04

PRIMER AUTOR

LAPEÑA MARTÍNEZ, ANDRÉS

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

LAPEÑA MARTÍNEZ, ANDRÉS; MORIL PEÑALVER, LORENA; DÍEZ ALBERO, LUIS; FERNÁNDEZ RUIZ, MARÍA DOLORES; SERRANO TORRES, PABLO

TITULO

SÍNDROME DE COMPRESIÓN CUBITAL TRAS FRACTURA DE EPICÓNDILO MEDIAL.

RESUMEN

Introducción:

El atrapamiento del nervio cubital en el canal epitrocLEAR es el segundo síndrome compresivo más frecuente tras el del túnel carpiano. En su gran mayoría se debe a afectaciones subagudas o crónicas, siendo más rara la aparición aguda de sintomatología tras una fractura (1% al 12%).

Material y Métodos:

Paciente de 15 años que acude a urgencias de nuestro hospital por dolor e impotencia funcional de codo izquierdo tras caída con el brazo en extensión mientras realizaba Calistenia.

A la exploración presenta dolor y edema a nivel del epicóndilo medial del codo con limitación de la flexoextensión. Además, destaca la pérdida de sensibilidad en la región cubital del antebrazo.

En la radiografía solicitada en urgencias se aprecia fractura-arrancamiento del epicóndilo medial del codo.

Ante los hallazgos comentados previamente, se solicitó una TAC dónde se confirmó la fractura-arrancamiento del epicóndilo medial con ocupación del canal epitrocLEAR y compresión del nervio cubital.

Resultados:

El paciente es intervenido quirúrgicamente la mañana siguiente a la lesión. Una vez realizada la inducción anestésica, se comprueba la correcta estabilidad en varo y valgo del codo. Mediante un abordaje medial se accede al epicóndilo medial y al canal epitrocLEAR, apreciándose la ocupación de este por el fragmento fracturado. Tras la reducción y osteosíntesis mediante implante Iconix® de 2.7 mm, se revisó el nervio cubital sin apreciarse lesión más allá de la compresión.

Tras la cirugía, el paciente mantuvo una férula braquial durante dos semanas. Mostrando al mes un correcto balance articular, sin clínica de compresión cubital y sin dolor en la región medial del codo.

Conclusiones:

El atrapamiento del nervio cubital en el codo tras una fractura es una entidad infrecuente. Sin embargo, no carece de relevancia al poder generar grandes secuelas si no se maneja de manera preferente. Ante una fractura en el codo con clínica neurológica es imperativa la intervención quirúrgica, previa solicitud de pruebas de imagen, con el fin de conseguir una correcta reducción y liberación nerviosa.

NÚMERO

P-05

PRIMER AUTOR

LAPEÑA MARTÍNEZ, ANDRÉS

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

LAPEÑA MARTÍNEZ, ANDRÉS; MENCHI ELANZI, ISSAM; MARTÍNEZ HURTADO, JUAN PEDRO; GARCÍA ORTÍZ, MARÍA TÍSCAR; LIZANA GARCIA, JOSÉ MIGUEL

TITULO

FRACTURA-LUXACIÓN POCO COMÚN DEL TARSO.

RESUMEN

Introducción:

La fractura completa de la apófisis posterior de astrágalo, incluyendo ambos tubérculos medial y lateral, es un hecho extremadamente raro. Algunos autores recomiendan la reducción abierta y la fijación interna con agujas de Kirschner y tornillo de Herbert. Estas fracturas son difíciles de identificar en las proyecciones radiológicas, y cuando son desplazadas tienden a consolidar mejor con la reducción abierta y fijación interna

Material y Métodos:

Varón de 53 años que acude a urgencias por dolor y deformidad en miembro inferior derecho tras precipitarse desde 3 metros con el pie en hiperflexión plantar.

A la exploración presenta edema, limitación funcional y sufrimiento cutáneo en la región lateral del tobillo. No objetivándose clínica neurovascular.

En las radiografías iniciales se aprecia una fractura de astrágalo con presencia de un fragmento lateral, además de una luxación subastragalina medial. Tras realizar una reducción cerrada en urgencias, se solicita un TAC para filiar la procedencia del fragmento. En él se aprecia una fractura completa de la apófisis posterior del astrágalo con desplazamiento del fragmento lateral a la región perimaleolar posterior, motivo que genera el sufrimiento cután

Resultados:

El paciente es intervenido quirúrgicamente de urgencia, realizándole una reducción abierta del fragmento perimaleolar mediante abordaje posterolateral de tobillo y siendo fijado mediante dos tornillos Acutrak mini®. Tras lo cual, se apreció bajo escopia la pérdida de reducción de la articulación subastragalina, teniéndose que realizar una reducción cerrada y fijación percutánea mediante agujas de Kirschner.

El paciente se mantuvo en descarga durante 6 semanas, 4 de ellas con férula suropédica posterior. A los 3 meses, presentaba mejoría importante del dolor y funcionalidad, habiendo podido recuperar sus actividades básicas de la vida diaria. A los 6 meses se confirmó mediante TAC una correcta consolidación en ausencia de signos incipientes de artrosis.

Conclusiones:

La fractura de apófisis posterior de astrágalo asociada a luxación subastragalina medial es una entidad rara pero no exenta de complejidad, teniendo un pronóstico grave si no se actúa de manera inmediata. Tras revisar la bibliografía existente y en base a nuestra experiencia, recomendamos la intervención urgente previa realización de un TAC, más aún ante la presencia de sufrimiento cutáneo. Siendo necesaria la reducción abierta y fijación interna de la fractura mediante abordaje posterolateral del astrágalo y reducción cerrada más fijación percutánea de la luxación subastragalina.

NÚMERO

P-06

PRIMER AUTOR

GARRIDO FERRER, JOSÉ FÉLIX

CENTRO

CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

AUTORES

GARRIDO FERRER, JOSE FELIX; CASTILLO RUIPEREZ, LAURA; DIRANZO GARCÍA, JOSÉ; MARCO DÍAZ, LAURA; HERNANDEZ FERRANDO, LORENZO

TITULO

AFECTACIÓN NEUROVASCULAR TRAS LUXACIÓN GLENOHUMERAL. REVISIÓN SISTEMÁTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

RESUMEN

Introducción:

La luxación anteroinferior representa el 95% de las luxaciones glenohumorales. Sin embargo, la afectación del plexo braquial ocurre en el 0,5% de los casos, y suele ser aguda, infraclavicular, postganglionar y sin discontinuidad. La afectación vascular (0,1% de los casos) suele ser crónica, sin subestimar el momento agudo.

Material y Métodos:

Reportamos el caso de una mujer de 58 años que tras caída con el hombro en extensión completa y abducción 90º presenta una luxación glenohumeral anteroinferior con afectación total del plexo y afectación vascular aguda resuelta tras la reducción cerrada. En ENG y EMG a las 6 semanas presenta una plexopatía, sin discontinuidad en RMN. A las 8 semanas presenta una mejoría paulatina con tratamiento rehabilitador. No presentó recidiva de la lesión vascular.

Resultados:

La edad, la obesidad, el tiempo luxación-reducción y fracturas asociadas, son factores de riesgo para la plexopatía braquial completa, siendo más frecuentes en traumatismos de baja energía. El nervio axilar es el que se afecta más frecuentemente, seguido del radial, cubital y mediano. El gold standard para el diagnóstico es la EMG/ENG, al mes de la lesión, seguida RMN para valorar continuidad. La rehabilitación es la base del tratamiento, reservando la cirugía mediante neulolisis antes de seis meses y las transferencias nerviosas para los casos que no presenten mejoría. La recuperación funcional será tardía (entre seis meses y años), siendo más precoz en EMG.

La afectación vascular aguda es una urgencia traumatológica, siendo la tercera porción de la arteria axilar la más afectada. La alta sospecha diagnóstica es clave, no descartando la lesión la presencia de pulso radial. Ante la sospecha y tras reducción precoz de la luxación, el ECO-Doppler y/o Angio-TC son los test diagnósticos indicados.

Conclusiones:

La sospecha diagnóstica neurovascular es clave. Sistematizar la exploración y optimizar el tratamiento reduce complicaciones y mejora el pronóstico del paciente.

NÚMERO

P-07

PRIMER AUTOR

MARTÍNEZ HURTADO, JUAN PEDRO

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

MARTÍNEZ HURTADO, JUAN PEDRO; GARCÍA ORTIZ, MARÍA TÍSCAR; PAGÁN CONESA, JOSÉ ALEJANDRO; VERDÚ AZNAR, CARLOS; RUIZ HERRERA, MANUEL

TITULO

SÍNDROME DE CHASQUIDO CLAVICULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

Introducción:

Presentamos el caso de una paciente con un Síndrome de chasquido clavicular, su tratamiento quirúrgico y la evolución postoperatoria en el seguimiento en consultas externas.

Material y Métodos:

Mujer de 20 años jugadora de volleyball que acude a consultas externas por un chasquido intermitente no traumático en el hombro derecho. En la exploración física mostró una leve hiperlaxitud acromioclavicular anteroposterior respecto al lado izquierdo. Cuando la paciente mueve voluntariamente su hombro contra la pared torácica y la clavícula, se puede escuchar un "chasquido". Se completa estudio con radiografías, TAC y RMN sin hallazgos patológicos evidentes.

Procedemos a cirugía abierta encontrando una superficie displásica de la articulación acromio-clavicular.

Realizamos una artroplastia mediante rejuvenecimiento de la articulación acromio-clavicular y una ligamentoplastia dorsal acromioclavicular autóloga con 80mm de hemiautoinjerto de Palmaris Longus, fijado a ambos extremos del hueso con dos tornillos biomatrix y aumentada con una sutura de banda no absorbible de 2 mm.

Resultados:

Se inicia un período de descanso de 6 semanas en cabestrillo con movimiento ligero pasivo del hombro.

Posteriormente se inician ejercicios activos asistidos y los ejercicios activos no asistidos se inician después de 3 meses. Regresó a los deportes progresivamente a los 7 meses.

Después de 3 años de seguimiento, la deportista puede jugar al voleibol sin escuchar más chasquidos. La función del hombro y la estabilidad de las articulaciones han vuelto a la normalidad. La resonancia magnética realizada a los 3 años del postoperatorio confirmó la incorporación del injerto articular y el escaso ensanchamiento del espacio articular acromioclavicular.

Conclusiones:

Concluimos que, hasta la fecha, no se ha reportado ningún caso similar antes. Esta nueva entidad en la que la falta de congruencia normal puede ser la causa de esta patología debe incluirse en el diagnóstico diferencial de problemas de hombro como el Síndrome del Escapulario Chasqueante? y otros.

NÚMERO

P-08

PRIMER AUTOR

MARTÍNEZ HURTADO, JUAN PEDRO

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

MARTÍNEZ HURTADO, JUAN PEDRO; LAPEÑA MARTÍNEZ, ANDRÉS; FERNANDEZ RUIZ, MARIA DOLORES; SERRANO TORRES, PABLO; JOVER CARRILLO, ANTONIO

TITULO

GANGLIÓN INTRAÓSEO DEL SEMILUNAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

RESUMEN

Introducción:

Presentar el caso de una paciente con un ganglión intraóseo en hueso semilunar derecho, su tratamiento quirúrgico y la evolución postoperatoria en el seguimiento en consultas externas.

Material y Métodos:

Mujer de 35 años que acude a consultas externas por dolor de muñeca derecha. Dolor a la exploración a nivel del carpo con flexoextensión de la muñeca y con la desviación cubital del carpo, dolor sobre la tabaquera anatómica, movilidad completa. Se completa estudio con radiografías, TAC y RMN diagnosticándose un ganglión intraóseo semilunar.

Cirugía mediante abordaje Henry ampliado distal. Referencia mediante aguja K bajo control radioscópico de espacio escafo-semilunar. Disección con protección de ligamento escafo-semilunar dorsal hasta encontrar espacio de entrada de quiste óseo. Curetaje con cucharilla en toda la periferia del quiste.

Se talla rectángulo en radio distal con sierra oscilante mini con toma de injerto esponjoso. Se coloca injerto esponjoso en quiste semilunar y se rellena zona dadora con injerto liofilizado. Férula de inmovilización dorsal.

Resultados:

Al mes se retira inmovilización y pautamos muñequera con férula palmar, se recomienda no cargar peso ni hacer esfuerzo.

A los tres meses se objetiva ausencia de complicaciones locales con una movilidad completa dedos y muñeca y ausencia de dolor. En la radiografía realizada impresiona de relleno y consolidación de quiste con consolidación completa en zona dadora.

Después de 3 años de seguimiento mantiene mejoría sintomática con una fuerza de puño medida con Jamar objetivando en mano izquierda 22 Kg y en mano derecha 18 Kg. Movilidad completa. En radiografías actuales se observa mejoría del estado óseo. Relleno completo y mejora de densidad ósea. Se mantiene espacio escafo-semilunar sin cambios.

Conclusiones:

Concluimos que el ganglión intraóseo de semilunar es una patología poco frecuente que puede producir incapacidad en las labores diarias necesitando muchas veces de intervención quirúrgica para rellenar el defecto y mejorar la fuerza y dolor.

NÚMERO

P-09

PRIMER AUTOR

MONÍS GARCÍA, ANA

CENTRO

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA, VALENCIA

AUTORES

MONÍS GARCÍA, ANA; MIRANDA GÓMEZ, IGNACIO; OLMO VALERIANO, ISABEL; MORENO VADILLO, MARTA; COLADO DOMÍNGUEZ, JAVIER; SANGÜESA NEBOT, MARÍA JOSÉ; DOMÉNECH FERNÁNDEZ, JULIO.

TITULO

TUMORACIÓN QUÍSTICA EN EL MUSLO, ¿QUISTE HIDATÍDICO?

RESUMEN

Introducción:

Los quistes hidatídicos son producidos por el parásito *Echinococcus granulosus* en estado de larva. La localización más frecuente es en el hígado y los pulmones. La localización única en los músculos es poco frecuente (0,5-5%), y se debe descartar que no haya quistes en otras localizaciones. La masa quística puede confirmarse mediante ecografía o resonancia magnética (RM).

Material y Métodos:

Presentación de un caso clínico

Resultados:

Mujer de 64 años que presenta una tumoración en la parte posterior del muslo derecho, asintomática, solo le molesta cuando se sienta en superficies duras. En el informe de RM: "lesión quística encapsulada dependiente del músculo bíceps femoral de 33x39 x50 mm, que contacta con el paquete neurovascular ciático, siendo la 1ª posibilidad diagnóstica un quiste hidatídico?". En la exploración, se palpa una tumoración de aproximadamente 5x8 cm en la parte posterior del muslo, dura, no adherida, no dolorosa a la palpación. Tomografía computerizada de extensión toracoabdominopélvica negativa y analítica normal con determinación serológica para hidatidosis negativa. Se mantiene el diagnóstico de quiste hidatídico único intramuscular sin afectación sistémica. Se pauta mebendazol 100 mg / 12 horas y se programa la intervención tras un mes con la pauta de mebendazol. Se realiza la exéresis de la tumoración, que no se encuentra dentro del vientre muscular sino desplazándolo, y está adherida al nervio ciático. Buena recuperación sin sintomatología neurológica. Diagnóstico tras estudio anatomopatológico: schwannoma del ciático. Con el diagnóstico anatomopatológico se retiró el mebendazol.

Conclusiones:

En RM los schwannomas suelen verse como una masa adherida y excéntrica a un nervio, pero pueden presentar una degeneración quística, por lo que ante una tumoración quística única muscular o perimuscular, cercana al paquete neurovascular, con pruebas sistémicas para enfermedad por parásitos negativas, se debe tener en cuenta al schwannoma en el diagnóstico diferencial.

NÚMERO

P-10

PRIMER AUTOR

DÍEZ ALBERO, LUIS

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

DÍEZ ALBERO, LUIS; GARCÍA ORTIZ, MARIA TISCAR; BAÑULS PATTARELLI, MIGUEL ANGEL; MENCHI ELANZI, ISSAM; LOPEZ PRATS, FERNANDO

TITULO

SUTURA DE COMPRESAS A LA HERIDA QUIRÚRGICA, UN TRATAMIENTO CONSERVADOR MEDIANTE COMPRESIÓN EXTERNA MECÁNICA PARA UN DESGARRO DURAL DESPUÉS DE UNA CIRUGÍA DE COLUMNA. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

RESUMEN

Introducción:

La fistula del líquido cefalorraquídeo es una complicación relativamente frecuente en las cirugías de descompresión del canal medular, con consecuencias a menudo devastadoras, por tanto el objetivo es presentar una técnica conservadora para la reparación de fistulas de líquido cefalorraquídeo tras una cirugía espinal lumbar

Material y Métodos:

Dos pacientes, de treinta nueve y setenta y seis años, respectivamente, fueron intervenidos mediante una descompresión lumbar, y en los días sucesivos desarrollaron una fuga de líquido cefalorraquídeo en sus heridas quirúrgicas. Fueron tratados mediante compresas suturadas a la piel, creando un mecanismo de compresión externa.

Resultados:

Tras una y dos semanas de no evidencia de fuga de líquido de sus heridas, las compresas fueron retiradas. Ambos pacientes fueron revisados a los 6 y 9 meses postoperatorios, sin ninguna sintomatología clínica. Ambos estaban asintomáticos de su complicación y en uno de ellos la resonancia magnética nuclear no mostro evidencia de colección de líquido.

Conclusiones:

Presentamos una alternativa que evita la reintervención en el caso de fistulas de líquido cefalorraquídeo postoperatorias.

NÚMERO

P-11

PRIMER AUTOR

DÍEZ ALBERO, LUIS

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

DÍEZ ALBERO, LUIS; MORIL PEÑALVER, LORENA; SAURA SANCHEZ, ELADIO; FERNANDEZ RUIZ, MARIA DOLORES; FORNÉS GALLEGO, ENRIQUE FABIÁN

TITULO

HEMORRAGIA SEVERA CON DETERIORO HEMODINÁMICO TRAS FRACTURA PÉLVICA. CASO CLÍNICO.

RESUMEN

Introducción:

La corona mortis es una anastomosis entre los vasos ilíacos internos y externos cuya existencia oscila entre el 30 y el 43 % de la población general. En el caso de una fractura osteoporótica de la pelvis, su posible lesión puede producir un importante deterioro hemodinámico que puede poner en riesgo la vida del paciente.

Material y Métodos:

Mujer de 79 años que acude por dolor inguinal tras caída casual en domicilio con impotencia funcional. En las radiografías se objetiva fractura de rama isquiopúbica derecha parcialmente desplazada y de ceja anterior del acetábulo ipsilateral no desplazada. La cifra inicial de hemoglobina era de 15 g/dL, descendiendo progresivamente hasta los 9,9 puntos en 12 horas. Se complementa estudio con TAC con contraste, observándose gran hematoma retroperitoneal pero sin un foco de sangrado activo. Durante su estancia en urgencias, la paciente empieza a desestabilizarse presentando disnea y taquicardia.

Resultados:

Se contacta con Cirugía Vasculuar que realiza una arteriografía urgente objetivándose el sangrado de la arteria obturatriz, embolizándola con un coil de 8x80 mm. Además, precisa transfusión de 3 concentrados de hematíes. A las dos semanas de hospitalización, es dada de alta. La paciente ha acudido a revisiones periódicas en consulta, dándose de alta a los 3 meses de la fractura con deambulacion sin ayuda ni dolor a la movilidad de la cadera.

Conclusiones:

Ante una fractura de pelvis con anemización importante en el que el TAC con contraste no muestre sangrado activo, es necesario complementar estudio con una arteriografía urgente.

NÚMERO

P-12

PRIMER AUTOR

DÍEZ ALBERO, LUIS

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

DÍEZ ALBERO, LUIS; FORNÉS GALLEGO, ENRIQUE; LAPEÑA MARTÍNEZ, ANDRÉS; RUIZ HERRERA, MANUEL

TITULO

PSEUDOARTROSIS DE ESPINA DE ESCÁPULA TRAS UN TRAUMATISMO DE BAJA ENERGÍA. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

RESUMEN

Introducción:

Las fracturas de escápula son una entidad poco frecuente, y muchas de ellas son infradiagnosticadas. Del total de las fracturas del hombro, suponen el 1%, y del total de fracturas escapulares, únicamente el 6% ocurren en la espina de la escápula.

Material y Métodos:

Mujer de 75 años que presenta caída casual sobre hombro izquierdo mientras deambulaba. Tras 6 meses de omalgia mecánica persistente que no responde a AINEs ni Rehabilitación con un balance articular global del hombro izquierdo levemente disminuido, se remite a consultas externas de Traumatología donde se comprueba: dolor a la palpación en espina escapular, un test de discinesia escapular positiva junto con un balance articular global del hombro izquierdo normalizado. Se comprueba con radiografía y TAC la presencia de una pseudoartrosis hipertrófica de espina de escápula izquierda con lo que se decide tratamiento quirúrgico realizándole curetaje de los extremos hipertróficos y una osteosíntesis con dos placas, una de compresión y otra de neutralización.

Resultados:

Durante el post-operatorio inmediato, la paciente mejoró del dolor de características mecánicas. A los 4 meses de la intervención la paciente se encuentra asintomática y presenta movilidad completa del hombro y de la cintura escapular, sin presentar discinesia escapular.

Conclusiones:

Las fracturas de escápula son una entidad frecuentemente infradiagnosticadas por el contexto de un traumatismo de alta energía con afectación de la caja torácica y de las partes blandas. No obstante, debemos prestar atención ante un traumatismo de baja energía en personas de avanzada edad en el contexto de una probable osteopenia.

NÚMERO

P-13

PRIMER AUTOR

FERNÁNDEZ RUIZ, MARÍA DOLORES

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

FERNÁNDEZ RUIZ, MARÍA DOLORES; REBATE NEBOT, EVA(*); JOVER CARRILLO, ANTONIO(*); GARCÍA ORTIZ, MARÍA TÍSCAR; LÓPEZ PRATS, FERNANDO.

TITULO

HAMARTOMA FIBROLIPOMATOSO EN PACIENTE DE 12 AÑOS. CASO CLÍNICO.

RESUMEN

Introducción:

El hamartoma fibrolipomatoso (HF) es una tumoración infrecuente y benigna caracterizada por la proliferación de tejido fibroso y adiposo en el espesor endoneural de nervios periféricos. Aparece en las 3 primeras décadas, predominando en infancia y adolescencia. Suele ser asintomático. Se presenta como una masa en antebrazo o mano, siendo su localización más frecuente en el nervio mediano (39%). El diagnóstico se realiza mediante biopsia, aunque, dado que la RM es patognomónica, se desaconseja la realización de biopsia del tumor ante la posibilidad de producir secuelas. El tratamiento varía según la edad y clínica del paciente.

Material y Métodos:

Presentamos a una paciente de 12 años que presentaba parestesias en el territorio del nervio mediano de varios meses de evolución, y una tumoración de rápido crecimiento en la cara volar de la muñeca y mano izquierdas. La exploración mostró una masa palpable de 7x5 cm, de consistencia blanda, no dolorosa y móvil. Fuerza y sensibilidad conservadas. El estudio radiológico simple no evidenció alteraciones óseas, pero se apreciaba un aumento de partes blandas. La RM evidenció una imagen característica de cable coaxial en el corte axial, y en forma de espagueti o serpentiforme en el corte coronal, patognomónica de HF.

Resultados:

Dado que la RM resultó diagnóstica en este caso, según confirmamos en la revisión bibliográfica, se realizó una exoneurolisis del nervio mediano para mejorar la clínica de parestesias. La paciente presentó mejoría de la clínica de compresión nerviosa. Tras 3 años de seguimiento, el HF no ha aumentado de tamaño y la paciente no presenta dolor ni clínica neurológica hasta el momento.

Conclusiones:

El Hamartoma Fibrolipomatoso presenta una imagen patognomónica en la RMN. No se precisa confirmación anatómo-patológica para su diagnóstico, si existe posibilidad de producir secuelas en la biopsia. Sin clínica dolorosa ni neurológica se puede mantener una actitud conservadora.

NÚMERO

P-14

PRIMER AUTOR

FERNÁNDEZ RUIZ, MARÍA DOLORES

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

FERNÁNDEZ RUIZ, MARÍA DOLORES; PAGÁN CONESA, ALEJANDRO; GARCÍA ORTIZ, MARÍA TÍSCAR; RUIZ HERRERA, MANUEL.

TITULO

CONDROMATOSIS SINOVIAL DE CODO: CASO CLÍNICO.

RESUMEN

Introducción:

La condromatosis sinovial es una proliferación tumoral benigna en la que se forman nódulos de cartílago hialino en el tejido sinovial. Suele aparecer entre los 30 y 50 años, siendo discretamente más frecuente en varones (1,8/1). Suele presentarse de forma unilateral en grandes articulaciones, siendo su localización más frecuente la rodilla seguida del codo. La transformación maligna es inusual. El objetivo del presente trabajo es mostrar nuestra experiencia con un caso de condromatosis sinovial en el codo, que puede servir de guía para cirujanos con casos similares.

Material y Métodos:

Presentamos el caso de un varón de 56 años, trabajador manual del calzado y fumador, que es derivado a consultas de C.O.T. Presenta parestesias en el territorio del nervio cubital, además de dolor y bloqueos en el codo derecho desde hace aproximadamente un año. Ha realizado rehabilitación sin mejoría. Se le solicita una electromiografía que muestra una neuropatía severa por atrapamiento del nervio cubital. La RMN muestra cambios degenerativos osteocondrales, con derrame articular y cuerpos libres intraarticulares (osteocondromatosis)

Resultados:

Ante dichos hallazgos el paciente es sometido a cirugía, realizándole una exoneurolisis abierta del nervio cubital, y una artroscopia de codo con extracción de los cuerpos libres condrales. Se añade una mini-artrotomía medial y posterior a la fosa olecraniana para completar la extracción de los cuerpos libres. La anatomía patológica certifica la condromatosis sinovial de codo. El paciente presentó buena evolución de las heridas y realizó rehabilitación. Cinco años tras la cirugía, el paciente no presenta recidiva clínica y radiológica, con movilidad de codo completa, sin dolor ni clínica neurológica. Presenta una puntuación en el escala Mayo de 85 puntos.

Conclusiones:

El manejo artroscópico de la condromatosis sinovial de codo es un método efectivo y seguro, con buenos resultados a medio plazo.

NÚMERO

P-15

PRIMER AUTOR

MARCO DÍAZ, LAURA

CENTRO

CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

AUTORES

LAURA MARCO DÍAZ; SARA FUENTES LEAL; LUIS BARRERA PUIGDOLLERS; JOSE FÉLIX GARRIDO FERRER; LORENZO HERNANDEZ FERRANDO

TITULO

LUXACIONES DE ASTRÁGALO, A PROPÓSITO DE 3 CASOS.

RESUMEN

Introducción:

Las luxaciones de astrágalo son lesiones graves e infrecuentes. Se asocian a traumatismos de alta energía en población joven, aunque se han descrito casos en traumatismos de baja energía en pacientes con patologías que asocian laxitud articular o malformaciones anatómicas

Los podemos diferenciar en 3 tipos:

- 1) Luxación tibioastragalina aislada o Luxatio pedís cum talo.
- 2) Luxación periastragalina o Luxatio pedís sub talo
- 3) Enucleación de astrágalo o Luxatio talis totalis.

Generalmente se presentan fracturas asociadas por lo que será necesario siempre en estos casos la realización de una TAC.

Material y Métodos:

Les presentamos tres casos de luxaciones puras, es decir no asociadas a fracturas, Correspondientes a cada uno de los tres tipos de luxación de astrágalo.

Resultados:

1) Luxación Tibioastragalina

?Mecanismo de producción: flexión plantar con el pie en eversion o inversion forzada.

?Lesiones asociadas:

- o Asociada a fracturas maleolares.
- o Luxaciones abiertas (50%)
- o Afectación eje neurovascular tibial posterior
- o Roturas tendinosas.
- ?Osteonecrosis: infrecuente

Tratamiento: reducción + reconstrucción de estructuras dañadas

2) Luxación periastragalina: la más frecuente.

Lesiones asociadas:

- Luxación abierta (15-20%)
- Fractura cabeza astrágalo, 5º MTT, maleolar.
- Rotura de tendón: tibial posterior, flexor del hallux y extensores.
- Osteonecrosis en el 10-29% de los casos.

NÚMERO

P-16

PRIMER AUTOR

SANZ ROMERA, JORGE

CENTRO

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA, VALENCIA

AUTORES

SANZ ROMERA, JORGE; ROSELLÓ AÑÓN, ALEJANDRO; MONÍS GARCÍA, ANA; DOMENECH FERNANDEZ, JORGE

TITULO

FRACTURA DEL CUERPO DEL GANCHOSO ASOCIADO A FRACTURA-LUXACIÓN DEL CUARTO METACARPIANO. A PROPÓSITO DE UN CASO

RESUMEN

Introducción:

Las fracturas del ganchoso son poco frecuentes y representan menos del 5% de todas las fracturas del carpo. Este tipo de fracturas suele asociarse a inestabilidad de la 4ª y/o 5ª articulación carpometacarpiana. Presentamos el caso de una fractura del cuerpo del ganchoso asociado a una fractura-luxación del 4º metacarpiano.

Material y Métodos:

Varón de 17 años que acude al servicio de urgencias hospitalarias refiriendo dolor y entumecimiento en la base del 4º y 5º dedo derecho tras un impacto con el puño cerrado. En la radiografía inicial se apreció una fractura-luxación de la base del 4º metacarpiano y una fractura del ganchoso. Se redujo de forma cerrada y se inmovilizó con una férula antebraquial con prolongación digital en intrinsecus plus. Al completarse el estudio con una TC del carpo, se confirmó una fractura coronal del cuerpo del ganchoso. Dado el patrón de la fractura y la potencial inestabilidad de la base de los metacarpianos se decidió la fijación de la fractura del cuerpo del ganchoso. Fue realizada una osteosíntesis percutánea mediante un tornillo microacutrak® y se aplicó un vendaje compresivo para permitir la movilidad precoz.

Resultados:

A los 4 meses el paciente presenta una movilidad completa de los dedos y muñeca, ausencia de dolor y una puntuación de 0 en el cuestionario Quick DASH.

Conclusiones:

En este tipo de fracturas, es fundamental la sospecha clínica dada la frecuencia con la que puede pasar desapercibidas.

El diagnóstico de forma tardía puede implicar complicaciones como artritis, dolor crónico o déficit funcional.

Es aconsejable la realización de una TC para objetivar el patrón de fractura y evaluar la estabilidad de la articulación carpometacarpiana del 4º y 5º dedo.

Es habitual la asociación de fracturas de la base del 4º y 5º metacarpiano.

Se recomienda el tratamiento quirúrgico en los casos con inestabilidad manifiesta o sospecha de ésta.

La fijación percutánea permite la fijación del fragmento con una mínima lesión de partes blandas, lo cual facilita una rehabilitación precoz.

NÚMERO

P-17

PRIMER AUTOR

ORTEGA-YAGO, AMPARO

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALÈNCIA

AUTORES

ORTEGA-YAGO, AMPARO; CALERO-MARTOS, JORGE; SÁEZ-PADILLA, ELENA; BAS-HERMIDA, TERESA

TITULO

FRACTURA DE JEFFERSON Y TIPO 2 DE ODONTOIDES COMBINADA EN PACIENTE PLURIPATOLÓGICA

RESUMEN

Introducción:

Las fracturas cervicales altas suponen hasta el 70% de las fracturas totales de la columna cervical de los pacientes. De ellas, hasta un 50% son fracturas de la odontoides. El tratamiento de estos pacientes es controvertido debido a la fragilidad que suelen presentar estos paciente.

Material y Métodos:

Revisión de un caso de mujer de 89 años que acude a nuestro hospital por fractura de C1 tipo Jefferson y fractura de odontoides tipo 2 tras caída casual con TCE. La paciente tenía insuficiencia renal crónica en diálisis, era hipertensa, diabética insulino dependiente, y presentaba una trombopenia de origen idiopático. La exploración neurovascular fue normal.

En el TC se detectó una fractura de arco anterior de C1 con trazo perpendicular y separación de 3 mm y fractura del arco posterior en vertiente derecha e izquierda, y fractura de base de la odontoides tipo II desplazada.

Resultados:

A pesar de la fragilidad de la paciente, se decidió la colocación de halo-tracción para intentar reducir la fractura. Las comorbilidades que presentaba la paciente condicionaron la desestimación del tratamiento quirúrgico. Se inició la tracción a 5 kg, y se subió 2 kg más, sin objetivarse alteraciones neurovasculares. En dos ocasiones se aumentó la flexión cervical, dado que no se obtenía una reducción óptima. Finalmente se obtuvo una reducción radiográfica satisfactoria y se decidió sustituir la halo-tracción por collarín rígido tipo SOMI. La evolución posterior ha sido satisfactoria.

Conclusiones:

Ante la presencia de paciente con altas comorbilidades, el tratamiento conservador en estas fracturas puede ser una opción óptima, dado que a pesar del riesgo que existe de pseudoartrosis, la consolidación con callo fibroso permite la recuperación de la movilidad y la consolidación en estos pacientes.

NÚMERO

P-18

PRIMER AUTOR

MONÍS GARCÍA, ANA

CENTRO

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA, VALENCIA

AUTORES

MONÍS GARCÍA, ANA; TORTOSA SIPÁN, ESTEBAN; SANZ ROMERA, JORGE; SANGÜESA NEBOT, MARÍA JOSÉ; DOMÉNECH FERNÁNDEZ, JULIO

TITULO

FRACTURAS AISLADAS DE APÓFISIS TRANSVERSAS Y ESPINOSAS EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO

RESUMEN

Introducción:

Descripción de un caso clínico. Varón motorista de 50 años que sufre un accidente de tráfico con caída sobre el costado derecho. Al llegar a urgencias se encuentra estable, refiriendo dolor en raquis dorsolumbar, cadera, pie y tobillo derechos con edema en dorso del pie, sin otras alteraciones. En las pruebas de imagen se objetivan fracturas de las apófisis espinosas T5-T10, de las apófisis transversas derechas L1-L5 y de la 12ª costilla derecha. Dada la estabilidad de las fracturas y la ausencia de clínica neurológica se opta por tratamiento conservador.

Material y Métodos:

Se procedió a ingreso hospitalario del paciente para observación y control del dolor. El tratamiento consistió en control analgésico y colocación de corsé.

Resultados:

Mejoría progresiva del dolor y la movilidad durante el ingreso. Transcurridas 6 semanas el paciente no presenta clínica neurológica pudiendo deambular con corsé y andador con dolor tolerable.

Conclusiones:

No se han descrito otros casos de fracturas simultáneas de apófisis espinosas y transversas en un mismo paciente sin otras alteraciones de la columna. Ante su hallazgo es necesario descartar la presencia de lesiones asociadas.

NÚMERO

P-19

PRIMER AUTOR

ORTEGA-YAGO, AMPARO

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALÈNCIA

AUTORES

ORTEGA-YAGO, AMPARO; ALONSO-CARAVACA, ADRIÁN; DE PEDRO-ABASCAL, MIGUEL; CASTILLO-SORIANO, MIGUEL ÁNGEL; BALFAGÓN-FERRER, ANTONIO

TITULO

AFLOJAMIENTO DE PLACA DE OSTEOSÍNTESIS EN FRACTURAS DE HÚMERO PROXIMAL Y DIÁFISIS DE HÚMERO

RESUMEN

Introducción:

Las fracturas bifocales de húmero proximal y diáfisis humeral en pacientes con osteoporosis suponen un reto terapéutico para el cirujano. Cuando se realiza tratamiento quirúrgico se suele preferir la placa de bloqueo aunque los nuevos clavos diseñados para fracturas de humero también pueden utilizarse. Las complicaciones asociadas a la osteosíntesis aumentan cuando existe mala calidad ósea, comorbilidades y fracturas complejas. El aflojamiento de la placa es una de las posibles complicaciones.

Material y Métodos:

Revisión de dos casos clínicos con fractura de húmero proximal y diafisaria de húmero (A3 de la clasificación de Maresca), tratados quirúrgicamente con osteosíntesis mediante placa larga. El primer caso es un varón de 81 años, con antecedentes de tabaquismo, alcoholismo y osteoporosis. Sin traumatismo previo presenta en el control radiográfico a las 2 semanas un aflojamiento de la placa en la zona proximal de húmero. El segundo caso es un varón de 65 años con los mismos antecedentes que el primer paciente. A las 2 semanas postintervención y tras un movimiento brusco, presenta dolor súbito. En la radiografía se observa aflojamiento de la placa de osteosíntesis, junto con un gran fragmento en ala de mariposa periimplante.

Resultados:

En ambos casos se decidió reintervención. En el primer caso se realizó una extracción de los tornillos de bloqueo más proximales, se recolocaron y se realizó aumentación de los mismos. En el segundo caso se cambió la placa, se colocaron cerclajes en el foco, y se aumentaron los tornillos de bloqueo proximales.

Conclusiones:

El aflojamiento de la placa de osteosíntesis no es una complicación frecuente pero se da con mayor frecuencia en pacientes con mala calidad ósea y comorbilidades asociadas. Los tornillos aumentados pueden permitir reducir la tasa de aflojamiento y cut-out, especialmente en pacientes con hueso osteoporótico.

NÚMERO

P-20

PRIMER AUTOR

CASTILLO SORIANO MIGUEL ÁNGEL

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

AUTORES

CASTILLO SORIANO, MIGUEL ÁNGEL; SALOM TAVERNER, MARTA; DE PEDRO ABASCAL, MIGUEL; ORTEGA YAGO, AMPARO; ALONSO CARAVACA, ADRIÁN

TITULO

OSTEOTOMÍA CORRECTORA DE HÚMERO EN NIÑA DE 5 AÑOS. SECUELA DE FRACTURA SUPRACONDÍLEA.

RESUMEN

Introducción:

Analizar el tratamiento de las fracturas de tibia en niños según el tipo de cirujano ortopédico que está de guardia, bajo la hipótesis de que los cirujanos ortopédicos de adultos indican el tratamiento quirúrgico con más frecuencia que los cirujanos ortopédicos pediátricos.

Material y Métodos:

Se han incluido 153 pacientes menores de 16 años que fueron tratados de una fractura de tibia entre los años 2016 y 2021. Los datos de los pacientes se analizaron en 3 grupos: inmovilización con yeso/férula en puerta de urgencias, manipulación bajo anestesia en quirófano y tratamiento quirúrgico.

Resultados:

Un total de 110 fracturas de tibia (71,9%) fueron tratadas por cot infantil de las cuales 87(79,1%) se trataron mediante yeso/férula en urgencias, 19(17,3%) mediante manipulación bajo anestesia en quirófano y 4(3,6%) mediante tratamiento quirúrgico. Un total de 43 fracturas (28,1%) fueron tratadas por cot adultos de las cuales 2(4,7%) mediante yeso/férula en urgencias, 23(53,5%) mediante manipulación bajo anestesia en quirófano y 18(41,9%) mediante tratamiento quirúrgico. De las 153 fracturas solo 22(14,4%) eran abiertas, de las cuales 18 (81,8%) se trataron de forma conservadora y 4 (18,2%) mediante tratamiento quirúrgico. El tiempo medio en semanas de consolidación fue de 7,5 para el grupo de yeso/férula, 10,3 para el grupo de manipulación bajo anestesia y 16,8 para el grupo de tratamiento quirúrgico.

Conclusiones:

En los últimos años han aparecido estudios que hablan de un aumento en la indicación de tratamiento quirúrgico en las fracturas de tibia en niños a pesar de que el tratamiento conservador sigue teniendo muy buenos resultados en general. Las indicaciones quirúrgicas están en debate especialmente debido al avance de las técnicas y el gran abanico de opciones de osteosíntesis. Por la experiencia tras realizar este estudio en nuestro centro los cot adultos indican el tratamiento quirúrgico con más frecuencia que los cot pediátricos.

NÚMERO

P-21

PRIMER AUTOR

FORNES GALLEGO ENRIQUE

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

FORNES GALLEGO ENRIQUE; ISSAM MENCHI ELANZI; MARIA TISCAR GARCÍA ORTIZ; PABLO SERRANO TORRES; FERNANDO LOPEZ PRATS

TITULO

LUXACIÓN DIVERGENTE DE TOBILLO ASOCIADA A FRACTURA PROXIMAL DEL PERONÉ

RESUMEN

Introducción:

La luxación divergente de tobillo asociado a fractura proximal de peroné es una entidad muy infrecuente con muy pocas series descritas en la bibliografía. Ocurre en pacientes jóvenes, relacionada con el deporte y generalmente es una luxación posteromedial.

Material y Métodos:

Varón de 29 años que acude a urgencias traído por SVB tras torcedura de tobillo derecho mientras patinaba. Se realiza radiografías de tobillo y tibia/peroné completos donde se aprecia luxación tibioastragalina divergente sin fractura, asociada a una fractura de tercio proximal de peroné. Se realiza reducción cerrada bajo anestesia locoregional e inmovilización con férula. Se aprecia reducción de la luxación tras las radiografías de control. El paciente presenta sensibilidad y relleno capilar conservado tras la reducción

Resultados:

Se realiza reducción indirecta mediante pinzas de reducción y osteosíntesis mediante abordaje lateral sobre maléolo externo con dos tornillos canulados suprasindesmales de cortical de 4,5mm con control bajo escopia. No se pudo realizar revisión de ligamento deltoideo por mal estado de las partes blandas. Se comprueba estabilidad de la sindesmosis tibioperonea y estabilidad de la mortaja, siendo ambas estables. Se realiza inmovilización con férula 4 semanas. Se realizo la EMO de los tornillos a las 6 semanas. A las 8 semanas el paciente presentaba movilidad completa de tobillo y deambulación sin dificultad. A las 12 semanas se permitió la actividad deportiva

Conclusiones:

La asociación de luxación tibioastragalina divergente sin fractura, asociado a fractura del tercio proximal del peroné es una entidad infrecuente, generalmente de alta energía y que afecta a varones jóvenes. Algunos autores optan por un tratamiento ortopédico en este tipo de pacientes si la reducción cerrada es correcta, sin embargo, si existe evidencia de diástasis medial de la mortaja o la reducción no es óptima es recomendable optar por el tratamiento quirúrgico. La reducción con dos tornillos suprasindesmales es un método apoyado por numerosa bibliografía, técnicamente sencillo, respetuoso con las partes blandas y óptimo para la resolución de este tipo de casos.

NÚMERO

P-22

PRIMER AUTOR

TORRECILLAS SERRANO FRANCISCO

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

AUTORES

TORRECILLAS SERRANO, F; ENGUÍDANOS SÁEZ C; BONETE LLUCH DJ; SÁEZ PADILLA E; CUCO SANZ L

TITULO

CONDROLISIS IDEOPATICA DE CADERA

RESUMEN

Introducción:

Condrolisis ideopática de cadera se trata de una patología poco frecuente, principalmente caracterizada por dolor intenso, rigidez y pérdida de arco de movimiento pudiendo dar lugar a fusión articular asociado a pruebas radiológicas con pérdida de espacio articular.

Material y Métodos:

Presentamos el caso de una mujer de 20 años, como antecedente médico-quirúrgico de interés B-talasemia sin tratamiento que refiere dolor inguinal derecho de 1 año de evolución sin traumatismo previo y empeoramiento progresivo e interferencia en sus actividades diarias.

Tratada inicialmente con forage descrompresivo ante sospecha de necrosis avascular de cadera, ante tórpida evolución consulta en nuestro centro diagnosticándose de condrolisis ideopática de cadera descartándose resto de patología (analíticas sanguíneas anodinas, autoinminidad) del abanico del diagnostico diferencial previamente.

Resultados:

Bajo anestesia se comprueba la movilidad de cadera derecha recuperando arcos de movimiento, perdiendo el flexo y adducción de cadera derecha. Se realiza tenotomía de aductores más liberación capsular y capsulotomía por vía anterior, toma de muestras de liquido articular.

Finalmente se coloca fijador- distractor de cadera articulado bajo control de escopia, dos fichas proximales supraacetabular y dos fichas femorales distales, dispositivo en flexión que se deja libre. Tras 2 meses y 9 días se realiza EMO del fijador externo.

Tras 7 meses de la EMO la paciente refiere franca mejoría con recuperación de arcos de movilidad y calidad de vida.

Conclusiones:

Tratamiento inicial de la enfermedad consiste en medidas conservadoras, reposo relativo, periodos de anti-inflamatorios, tracción y movilización junto rehabilitación mostrando una mejoría de la clínica. Con las opciones quirúrgicas buscamos restablecer movilidad articular, funcionalidad y reducción del dolor. Independientemente de la opción terapéutica inicial, ante la ausencia de mejoría y deterioro de la calidad de vida del paciente queda la opción de artroplastia de cadera aunque se desaconseja por debajo de los 20 años de edad.

NÚMERO

P-23

PRIMER AUTOR

SÁEZ PADILLA, ELENA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

AUTORES

SÁEZ PADILLA, ELENA; TORRECILLAS SERRANO, FRANCISCO; ENGUÍDANOS SÁNCHEZ, CELIA; CUCÓ SANZ, LUCIA

TITULO

FRACTURAS DE CHANCE Y SU ASOCIACIÓN CON LESIONES INTRAABDOMINALES. A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

Introducción:

Las fracturas de Chance son lesiones producidas por un mecanismo de flexión-distracción de la columna vertebral que comprometen el cuerpo vertebral en el eje axial. La incidencia de lesiones intraabdominales simultáneas puede llegar hasta el 50%. El objetivo de este caso es estudiar la etiología, la evaluación y el manejo de las fracturas de Chance y su asociación con el daño abdominal.

Material y Métodos:

Revisión de un caso de una mujer de 19 años que tras accidente de tráfico sufre una fractura de Chance en L2 con perforación duodenal asociada. A la exploración física, la paciente presentaba dolor lumbar y dolor intenso a la palpación de fosa ilíaca derecha con defensa localizada e irritación peritoneal. La exploración neurológica fue anodina. El diagnóstico tanto de este tipo de fractura como de la complicación abdominal se realizó mediante la realización de un TC completo de politraumatizado.

Resultados:

Dados los hallazgos clínicos y radiológicos se decidió intervención quirúrgica urgente por parte de Cirugía General para reparar la perforación. El tratamiento definitivo de la fractura vertebral se pospuso hasta conseguir una optimización de la paciente, iniciando manejo expectante mediante corsé tipo Berkoise. Tras la resolución del cuadro abdominal, dada la mala tolerancia al corsé, el inicio de dolor de tipo radicular y el desbalance sagital, se indicó artrodesis posterior L1-L2. En los controles posteriores, la paciente permaneció asintomática y sin limitaciones para la movilidad de la columna.

Conclusiones:

Las fracturas de Chance son unas fracturas infrecuentes, pero su asociación con las lesiones abdominales es alta. Suelen aparecer en el contexto de accidentes automovilísticos que impliquen el uso de cinturón de seguridad, que actúa como eje de flexión. En este tipo de lesiones, se debe realizar una minuciosa exploración abdominal y pruebas complementarias necesarias para descartar patología intraabdominal.

NÚMERO

P-24

PRIMER AUTOR

ENGUÍDANOS SÁNCHEZ, CELIA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

AUTORES

ENGUÍDANOS, C; TORRECILLAS, F; CUCÓ, L; SÁEZ, E; BAS, T.

TITULO

CIFOESCOLIOSIS DORSAL SEVERA PROGRESIVA

RESUMEN

Introducción:

La cifoescoliosis dorsal es una entidad que evoluciona de manera progresiva y que puede afectar a la capacidad pulmonar de los pacientes. Esto implica un detrimento de su calidad de vida y una mayor mortalidad.

Material y Métodos:

Exponemos el caso de una mujer de 28 años intervenida de cifoescoliosis severa en el Hospital La Fe, Valencia. Antecedentes: tumor carcinóide bronquial secretor de GHRH diagnosticado en 2002, a la edad de 9 años. Presentaba acromegalia y cifoescoliosis secundaria.

Resultados:

A la edad de 19 años la paciente presentaba 110º de escoliosis dorsal derecha y 100º de cifosis dorsal. El tratamiento quirúrgico fue desestimado en comité por su enfermedad de base, que incluía múltiples metástasis óseas, hepáticas y cerebrales. Durante el seguimiento se evidenció mayor progresión de la curva cifoescoliotica (120º de escoliosis, 124º de cifosis) que afectaba gravemente a su capacidad pulmonar. Se decidió cirugía en dos tiempos (vía anterior + posterior) previa tracción con halo. Durante el seguimiento en consultas externas ha evolucionado de manera favorable, tanto clínica como radiológicamente, tras 6 años desde la intervención.

Conclusiones:

Mediante el presente caso queremos exponer la importancia del seguimiento de los pacientes con cifoescoliosis severa por su evolución progresiva. Es fundamental la evaluación conjunta de estos pacientes en equipos multidisciplinares para la decisión terapéutica más apropiada en cada caso.

NÚMERO

P-25

PRIMER AUTOR

GARRIDO ROJO, RAQUEL

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

AUTORES

GARRIDO ROJO, RAQUEL; ALONSO CARAVACA, ADRIÁN; ALGUACIL PINEL, JONATAN; COPETE GONZALEZ, IVÁN; SALOM TAVERNER, MARTA.

TITULO

EPIFISIOLISIS COMPLEJAS ALREDEDOR DE LA RODILLA

RESUMEN

Introducción:

Las fisis del fémur distal y la tibia proximal contribuyen aproximadamente con el 70% de la longitud total de las extremidades inferiores, y su alteración por tanto puede provocar detenciones del crecimiento que den lugar a disimetrías o deformidades angulares. El riesgo aumenta en relación a su clasificación según Salter y Harris (especialmente en los tipos III y IV), grado de desplazamiento inicial o lesión iatrogénica fisaria durante la cirugía. Otras complicaciones importantes son las lesiones neurovasculares y el síndrome compartimental. El objetivo es describir el manejo diagnóstico y terapéutico de las epifisiolisis de fémur distal y tibia proximal a través de la presentación de dos complejos casos tratados en nuestra unidad de Ortopedia infantil.

Material y Métodos:

El primero caso es un varón de 13 años que tras caída en patinete presenta una epifisiolisis tipo IV conminuta de tibia proximal derecha, que asocia además un arrancamiento de espinas tibiales anteriores. El segundo es el caso de una niña de 11 años que presenta una epifisiolisis tipo IV de fémur distal izquierdo con trazo supra-intercondíleo, tras caída y golpe con una barra de hierro. En ambos casos el diagnóstico se realizó mediante radiografías simples y TC, y en el primero además se realizó una RM para descartar lesiones ligamentosas asociadas.????

Resultados:

Ambos casos se trataron de forma quirúrgica mediante reducción abierta y osteosíntesis. En el caso de la epifisiolisis de tibia proximal, se realizó un abordaje posteromedial para reducir el fragmento metafisario y se fijó utilizando tres tornillos canulados de 4 mm, dos epifisarios y uno metafisario. Se asoció además una artroscopia para suturar la avulsión de las espinas tibiales y descartar lesiones del LCP o meniscales asociadas. En el caso de la epifisiolisis de fémur distal se realizó un abordaje parapatelar lateral, y una vez reducidos los fragmentos se fijaron con un tornillo canulado de 5,5 mm epifisario y otro metafisario, además de dos agujas de Kirschner diafisoepifisarias convergentes. La evolución en ambos casos fue satisfactoria, sin registrarse complicaciones durante el seguimiento.

Conclusiones:

Las epifisiolisis tipo III y IV de fémur distal y tibia proximal pueden manejarse de forma conservadora si no están desplazadas, pero si existe un desplazamiento no reductible mayor de 2 mm se recomienda realizar una reducción anatómica abierta de la fisis y de la superficie articular bajo visualización directa. La fijación interna se puede realizar mediante agujas o tornillos de compresión, que deben ser colocados paralelos a la superficie articular dentro de la epifisis y/o metáfisis para comprimir el sitio de fractura, evitando cruzar la fisis a ser posible.

NÚMERO

P-26

PRIMER AUTOR

DESERIO CUESTA, JULIO ALBERTO

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

AUTORES

DESERIO CUESTA, JA; GARCÍA CHAMORRO, M; GARRIDO ROJO, R; SIMÓN PÉREZ, V

TITULO

SARCOMA DE EWING DE FÉMUR PROXIMAL CON AFECTACIÓN ACETABULAR. RESECCIÓN Y RECONSTRUCCIÓN MEDIANTE SISTEMA PROTÉSICO

RESUMEN

Introducción:

El sarcoma de Ewing es el segundo tumor óseo más frecuente de la infancia y la adolescencia. En la región proximal del fémur aparecen aproximadamente el 16% de los sarcomas de Ewing.

El tratamiento suele comprender cirugía a nivel locorregional, quimioterapia y radioterapia en algunos casos.

Material y Métodos:

Paciente de 24 años sin antecedentes de interés que ingresa en nuestro servicio para estudio de lesión osteolítica en fémur proximal y acetábulo izquierdos.

Tras estudio de imagen y de anatomía patológica se llegó al diagnóstico de Sarcoma de Ewing, por lo que inicia tratamiento quimioterápico neoadyuvante.

Tras respuesta al tratamiento se decide en sesión de Comité de Tumores Musculoesqueléticos tratamiento quirúrgico mediante resección tumoral (fémur proximal y zona II acetabular) y reconstrucción mediante sistema protésico periacetabular y de fémur proximal modular.

Resultados:

En la anatomía patológica de la pieza resecada se describe regresión casi completa tras tratamiento neoadyuvante y bordes quirúrgicos libres de enfermedad.

A los 2 meses de seguimiento deambula con ayuda de muletas y presenta movilidad de cadera conservada.

En los meses posteriores continua evolucionando satisfactoriamente, estando libre de enfermedad a distancia o recidiva local.

Por parte de Oncología Médica se completan los ciclos de quimioterapia adyuvante.

Conclusiones:

En el pasado los tumores óseos en esta localización se trataban mayoritariamente mediante amputación de la extremidad. Actualmente el uso de nuevas técnicas quirúrgicas permite en muchos de los casos controlar localmente la enfermedad tumoral con preservación de la extremidad.

Es importante distinguir entre la resección intraarticular del fémur proximal y la resección femoral extraarticular.

En esta última se precisa no solo de una reconstrucción del segmento femoral, sino también de una reconstrucción de los defectos a nivel pélvico.

Destacar que el diagnóstico y el tratamiento del sarcoma de Ewing deben ser realizados en un Centro de Referencia de Tumores Musculoesqueléticos por un equipo multidisciplinar.

NÚMERO

P-28

PRIMER AUTOR

CUCÓ SANZ, LUCÍA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

AUTORES

CUCÓ SANZ, L; ENGUIDANOS SÁNCHEZ, C; SAEZ PADILLA, E; TORRECILLAS SERRANO

TITULO

FRACTURA DIAFISARIA DE FÉMUR EN PACIENTE CON ESPINA BÍFIDA.

RESUMEN

Introducción:

Aunque el gold standard del tratamiento de las fracturas diafisarias de fémur es el fresado, enclavado y bloqueo estático. Situaciones como: fracturas periprotésicas, extensión proximal o distal extradiafisaria de la fractura, canal medular estrecho, etc pueden condicionar un cambio en el tratamiento quirúrgico. Presentamos un caso de fractura diafisaria de fémur en un paciente con canal medular estrecho por su patología de espina bífida.

Material y Métodos:

Varón de 25 años con antecedente de espina bífida acude por impotencia funcional tras caída en domicilio. Tras pruebas de imagen se diagnostica de fractura conminuta de diáfisis media de fémur izquierdo en cuatro fragmentos. En cuanto a la situación sociofuncional, el paciente deambula en domicilio con muletas y en vía pública con silla de ruedas. No realiza flexión ni extensión plantar debido a su patología.

Resultados:

Tras estudios de imagen se objetiva una cavidad endomedular femoral de 5 x 7 mm. A causa del diámetro estrecho se descarta el tratamiento con clavo endomedular y debido a la conminución, los clavos flexibles. Finalmente se decide fijación con placa.

Intraoperatoriamente se realiza reducción abierta restableciendo la posición anatómica de los dos fragmentos en mariposa corticalizados y fijación con tres cerclajes Synthes para mantener los fragmentos en la localización correcta. A continuación, se coloca la placa LCP estrecha de grandes fragmentos de 12 agujeros y se fija con 1 tornillo cortical y 2 bloqueados en cada extremo a modo de placa puente.

Conclusiones:

Ante la llegada de pacientes con fracturas diafisarias de fémur a Urgencias, y tras una evaluación primaria, estará indicado corregir la posible deformidad y estabilizar la fractura con métodos como son la tracción cutánea, la trancesquelética o la fijación externa. En nuestro medio suelen corresponder al tratamiento provisional. Sin embargo, en países con menos recursos, tanto el fijador externo como las tracciones pueden ser el tratamiento definitivo.

En los pacientes con esta patología asociada, el tratamiento dependerá de la geometría de la fractura, la edad del paciente y la preferencia del cirujano

NÚMERO

P-29

PRIMER AUTOR

DUQUE RUIZ, DIEGO F.

CENTRO

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

AUTORES

DUQUE RUIZ, DIEGO F.; MIFSUT MIEDES DAMIÁN,; RODRÍGUEZ COLLELL, JUAN RAMÓN.

TITULO

EVOLUCIÓN DEL SANGRADO POSTQUIRÚRGICO EN PACIENTES INTERVENIDOS MEDIANTE ATR Y TRATADOS CON ÁCIDO TRANEXÁMICO

RESUMEN

Introducción:

Con la utilización del ácido tranexámico, el sangrado postquirúrgico en las artroplastias de rodilla ha disminuido considerablemente, hasta el punto que numerosos autores recomiendan no utilizar drenaje tras la cirugía. Otros en cambio continúan utilizándolo durante las primeras 24 horas, como es nuestro caso.

El objetivo del presente trabajo es cuantificar el débito del drenaje tras ATR durante las primeras 24 horas, con el fin de valorar si tras el primer vaciado articular al abrir el drenaje, el sangrado posterior justificaría mantenerlo o se podría retirar en ese momento.

Material y Métodos:

Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo observacional, sobre una serie de 30 pacientes intervenidos en nuestro Centro de forma consecutiva, mediante ATR, por el mismo cirujano y durante el último año. En todas las intervenciones se utilizó isquemia preventiva y drenaje tipo redón sin vacío. Todos los pacientes fueron tratados mediante 1 gr de ac. Tranexámico endovenoso previo a la intervención y 1 gr intrarticular previo cierre quirúrgico. Las variables a estudio fueron: edad, sexo, lado de la lesión, grado de osteoartrosis según clasificación de Kellgren y Lawrence, modelo de prótesis. Débito de sangre en redón una hora después de la cirugía (momento de abandonar la URPA) y a las 24h (en la sala de hospitalización). Hemoglobina y hematocrito previo a la intervención y a las 24 horas.

Resultados:

Del total de 30 pacientes, la mayoría fueron mujeres (19/30) intervenidas del lado derecho (17/30). La media de edad fue de 73 años (rango 66-82). Según la clasificación de Kellgren y Lawrence, la mayoría fueron grado 4 (22/30) y 8/30 grado 3. La prótesis implantada en todos los casos fue APEX CR con polietileno ultracongruente. El débito medio una hora después de la cirugía fue de 150 cc (rango 80-210), y a las 24 horas fue de 180 cc (rango 100-230). La Hb media previa a la cirugía fue de 12,3 y el Hto de 41%. La Hb media postquirúrgica fue de 11,4 y el Hto de 37%.

Conclusiones:

El sangrado principal tras una ATR se produce en la primera hora tras la cirugía, mientras que, hasta las 23 horas siguientes, el volumen recogido en el drenaje es mínimo. Por ello, en ATR utilizando isquemia preventiva, sería aconsejable la utilización de drenaje sin vacío, que recoja el sangrado inicial durante la primera hora, y después retirarlo.

NÚMERO

P-30

PRIMER AUTOR

DÍEZ ALBERO, LUIS

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

DÍEZ ALBERO, LUIS; SEVILLA MONLLOR, ALEXANDRA; SAURA SÁNCHEZ, ELADIO; LÓPEZ PRATS, FERNANDO

TITULO

OSTEONECROSIS DE CABEZA FEMORAL TRATADA MEDIANTE FORAGE DESCOMPRESIVO + LIPOINJERTO DE GRASA ABDOMINAL CON CELULAS MADRE. CASO CLÍNICO

RESUMEN

Introducción:

La osteonecrosis de cabeza femoral es una enfermedad degenerativa que deriva en un colapso femoral con la consecuente artrosis de cadera. Presenta múltiples factores etiológicos, así como diferentes alternativas terapéuticas en función del estadio de la enfermedad.

Material y Métodos:

Paciente varón de 50 años remitido de consultas externas por osteonecrosis de cabeza femoral estadio II refractario a medicación analgésica que se decide tratamiento quirúrgico. En la RMN preoperatoria se objetiva un importante edema de medula ósea comprometiendo la cabeza y el cuello femoral. Fue intervenido en enero de 2019 realizándole forage descompresivo junto con inyección de células madre autólogas extraídas de la grasa abdominal. A las 48 horas es dado de alta hospitalaria con seguimiento en consultas externas con RMN de control.

Resultados:

Durante el seguimiento en consultas externas a los 3 meses de la intervención, el paciente presentó desaparición del edema óseo presente en los estudios previos y una mejoría clínica notoria con desaparición del dolor y de la movilidad de la misma a los 6 meses.

Conclusiones:

El aporte de células madre al forage descompresivo puede ser una alternativa terapéutica válida para casos de osteonecrosis de cabeza femoral estadio II en pacientes jóvenes

NÚMERO

P-31

PRIMER AUTOR

DÍEZ ALBERO, LUIS

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

DÍEZ ALBERO, LUIS; ORIHUELA GARCÍA, JOSÉ CARLOS; MORIL PEÑALVER, LORENA; MARTINEZ HURTADO, JUAN PEDRO ; LÓPEZ PRATS, FERNANDO

TITULO

SÍNDROME COMPARTIMENTAL BILATERAL DE PIERNA TRAS POSICIÓN DE LITOTOMÍA PROLONGADA. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

RESUMEN

Introducción:

El síndrome compartimental es una complicación infrecuente pero severa que puede aparecer ante una posición de litotomía prolongada y el uso de perneras.

Material y Métodos:

Varón de 43 años que es sometido a una cirugía urológica en posición habitual de litotomía durante un periodo de 6 horas. A las 2 horas de finalizar la cirugía el paciente presenta dolor intenso y endurecimiento de compartimento anterior y lateral de ambas piernas junto con una elevación de la creatinina sérica (valor inicial de 109 U/L elevándose hasta 7.689 U/L a las 12 horas) y una imposibilidad para la flexión dorsal pasiva de ambos tobillos. No dolor en resto de compartimentos.

Resultados:

Ante la sospecha de un síndrome compartimental del compartimento anterolateral, se realiza fasciotomía bilateral urgente observándose una disminución de la perfusión muscular y mejoría de la misma tras apertura de la fascia. Se realizó curas periódicas cada 48 horas observándose viabilidad del tejido hasta su cierre definitivo a los 4 días. A las 2 semanas el paciente presenta fatiga ligera para la deambulación sin ayuda, con tumefacción en el compartimento lateral de ambas piernas. A los 10 meses de evolución, el paciente camina sin ayuda y con función muscular completa.

Conclusiones:

El conocimiento de la asociación del síndrome compartimental y la cirugía laparoscópica prolongada es esencial para un diagnóstico precoz y un tratamiento quirúrgico inmediato para evitar graves secuelas. Los buenos resultados de nuestro paciente se deben a la rápida actuación, ya que normalmente se suele demorar. Para evitar su aparición o disminuir su incidencia, la posición de litotomía debería limitarse a aquellos momentos de la cirugía en los que sea imprescindible, modificando la posición de las piernas cada 2 horas en caso de cirugías prolongadas para prevenir dicha complicación.

NÚMERO

P-33

PRIMER AUTOR

DARÁS BALLESTER, ÁLVARO

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

AUTORES

DARÁS BALLESTER, ÁLVARO; BONILLA ENSEÑAT, FERNANDO; DE LA CALVA CEINOS, CAROLINA; FUERTES LANZUELA, MANUEL

TITULO

OSTEOMIELITIS DE TIBIA PROXIMAL POR SALMONELLA GRUPO B EN UN PACIENTE JOVEN INMUNOCOMPETENTE

RESUMEN

Introducción:

La osteomielitis por Salmonella es una entidad rara en pacientes inmunocompetentes. Además, afecta predominantemente a diáfisis de huesos largos o vértebras, siendo infrecuente la localización metafisaria.

Material y Métodos:

Presentamos el caso de un varón de 13 años remitido a Oncología Infantil de nuestro centro por posible tumor óseo en tibia. El paciente refiere dolor en la rodilla de dos semanas de evolución asociado a fiebre. En las radiografías se observa una lesión lítica en metáfisis proximal de tibia que motiva la realización de RM. Tras revisar las imágenes, descartamos la naturaleza neoplásica de la lesión y se sospechó una osteomielitis, tras lo cual se realizó una corticotomía y vaciamiento del absceso y se inició antibioterapia intravenosa.

Resultados:

El postoperatorio fue favorable y en el cultivo del material creció Salmonella B. El paciente fue dado de alta con antibiótico oral, siendo dado de alta definitivamente a los dos años. No obstante, 3 años después, presentó otro cuadro similar. Tras realizar radiografías, TC y RM, se observaron dos lesiones líticas multiloculadas en tibia proximal con reacción inflamatoria perilesional, sugestivas de recidiva de Osteomielitis, por lo que volvió a intervenir, realizándose una ventana ósea y legrado, y rellenando la cavidad con Sulfato tricálcico y antibiótico. Los cultivos volvieron a ser positivos para Salmonella B. Tras la normalización clínico-analítica del paciente, fue dado de alta con antibioterapia oral, y se le dio el alta definitivamente a los dos años.

Conclusiones:

La Osteomielitis por Salmonella en pacientes inmunocompetentes es una patología infrecuente que puede, además, simular una lesión neoplásica si se encuentra en una localización atípica como las metáfisis. El diagnóstico debe ser clínico, radiológico y analítico, aunque el diagnóstico definitivo será mediante cultivo. El tratamiento definitivo es el legrado y relleno de la lesión asociado a antibioterapia, y es necesario tener en cuenta que la lesión puede recidivar.

NÚMERO

P-34

PRIMER AUTOR

DÍEZ ALBERO, LUIS

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

DÍEZ ALBERO, LUIS; SAURA SÁNCHEZ, ELADIO; LÓPEZ PRATS, FERNANDO

TITULO

PERONÉ FLOTANTE TRAS TRAUMATISMO DE ALTA ENERGÍA. CASO CLINICO

RESUMEN

Introducción:

El peroné flotante tras un traumatismo de alta energía es una entidad muy poco frecuente. Si bien se han descrito 73 casos hasta la fecha de luxación divergente de tobillo en la literatura, en solo 2 de ellos se ha asociado una lesión en la articulación tibioperonea proximal.

Material y Métodos:

Mujer de 17 años que tras accidente de tráfico sufre caída presentando dolor y deformidad de tobillo izquierdo, junto con dolor e impotencia funcional de rodilla ipsilateral, presentando hematomas en cara externa e interna. En las radiografías se aprecia una luxación pura divergente de tobillo izquierdo tipo IV. Se realiza reducción cerrada en urgencias. Se complementa estudio con una RMN de tobillo y rodilla, para descartar afectación en la articulación tibioperonea proximal, que objetiva una rotura completa de la sindesmosis y del ligamento deltoideo así como una fractura sin desplazamiento de meseta tibial externa junto con un desgarro de la cápsula tibioperonea proximal y una desinserción completa del ligamento lateral externo y del tendón bicipital de su inserción en la cabeza peroneal, resultando en un peroné flotante. Se realiza reanclaje de la sindesmosis y del ligamento deltoideo, así como del ligamento lateral externo y el tendón bicipital mediante dispositivos twin-fix y reducción de peroné tanto a nivel proximal como distal mediante implantes invisiknot. Se inmovilizó con férula cruropédica 4 semanas por asociar además rotura del ligamento lateral interno.

Resultados:

La paciente presenta recuperación completa de la fuerza a los 5 meses de seguimiento con movilidad completa de tobillo y rodilla

Conclusiones:

La disrupción conjunta de la articulación tibioperonea proximal y distal es una entidad muy poco frecuente, pero puede conllevar una gran inestabilidad de rodilla y tobillo si están asociadas. Por tanto, ante un traumatismo de alta energía en el tobillo es necesaria la exploración minuciosa de la rodilla ipsilateral.

NÚMERO

P-35

PRIMER AUTOR

VILLAR BLANCO, ALFREDO

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

AUTORES

ALFREDO VILLAR BLANCO, M^a ANGELES BLASCO MOLLA, CARLA CARRATALÁ PÉREZ, MARINA ESTEBAN PEÑA, MARTA GARCÍA CHAMORRO, MARÍA DEL SOL GÓMEZ APARICIO

TITULO

CIERRE FISARIO HUMERAL PRECOZ COMO CONSECUENCIA DE QUISTE ÓSEO ESENCIAL

RESUMEN

Introducción:

El quiste óseo esencial es la lesión benigna ósea más frecuente en los niños y suele afectar a la metáfisis de huesos largos como el húmero o el fémur. Su principal complicación es la fractura patológica.

objetivo: Exponemos el caso clínico de un niño de 15 años que sufre una disimetría del miembro superior derecho, debido al desarrollo de un quiste óseo esencial en húmero proximal, durante 7 años.

Material y Métodos:

Paciente varón de 7 años que sufre 2 fracturas patológicas de húmero proximal derecho. En estudios radiológicos se observa una lesión ósea en húmero compatible con quiste óseo esencial. La biopsia apoya el diagnóstico.

Se decide tratamiento con infiltraciones, las dos primeras con sulfato calcico y metilprednisolona y las 3 últimas con hidroxiapatita, a lo largo de 7 años, En los controles radiológicos durante el tratamiento del quiste se observa cierre de la fisis proximal del húmero al año del inicio, que acaba generando una disimetría evidente.

Se decide esperar a resolución de quiste para tratamiento de la disimetría, que es de 8cm.

Se interviene mediante alargamiento humeral con fijador externo monolateral

Resultados:

Una vez conseguida la curación completa del quiste y resuelta la disimetría, se realiza la EMO..El joven retorna a la actividad normal con movilidad completa de hombro y codo.

Conclusiones:

El tratamiento quirúrgico de los quistes óseos esenciales se realiza generalmente para disminuir el riesgo de fractura. La disimetría por retardo de crecimiento longitudinal puede ocurrir en el 14% de los pacientes. En nuestro caso la disimetría fue originada por un cierre fisario precoz consideramos de interés este hecho para el resto de profesionales en la materia y sugerimos un estudio más amplio de las razones por las cuales se genera el cierre fisario.

NÚMERO

P-36

PRIMER AUTOR

VILLAR BLANCO, ALFREDO

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

AUTORES

ALFREDO VILLAR BLANCO; MARIA DEL SOL GÓMEZ APARICIO; PATRICIA GÓMEZ BARBERO; CARLA CARRATALÁ PÉREZ; MARINA ESTEBAN PEÑA; JOSE LUIS RODRIGO PÉREZ

TITULO

FRACTURA DIAFISARIA DE RADIO ASOCIADA A LUXACIÓN DE LA CABEZA IRREDUCTIBLE. A PROPÓSITO DE UN CASO

RESUMEN

Introducción:

Las fracturas articulares de codo son lesiones frecuentes en la práctica clínica diaria. Ocasionalmente se asocian a una luxación, la cual suele implicar lesiones ligamentosas graves en las estructuras circundantes.

Objetivos: Se expone el caso clínico de una fractura diafisaria de radio asociada a una luxación posterior de codo y a una luxación irreductible de la cabeza radial debido a una causa poco común.

Material y Métodos:

Paciente varón de 70 años que acude al Servicio de Urgencias de Traumatología tras caída casual

En el estudio radiológico se visualizó una luxación posterior de codo asociada a fractura diafisaria del tercio medio de radio y una luxación radiocubital proximal.

El paciente fue intervenido mediante un abordaje de Henry, se efectuó reducción abierta y fijación interna de la fractura diafisaria de radio.

Ante la imposibilidad de reducción cerrada de la cabeza radial se realizó un abordaje de Kaplan pero tras lograr la reducción abierta en varias ocasiones, esta oponía una gran resistencia y volvía a su situación de luxación anteromedial.

Tras examinar el campo observamos el tendón del bíceps rodeando el cuello del radio 360° e impidiendo la reducción del mismo. Ante tales hallazgos, lo reducimos a su posición anatómica e inmediatamente se produjo una reducción espontánea de la cabeza radial.

Resultados:

Tras un periodo de inmovilización de 10 días con una férula braquiopalmar posterior se inició el protocolo de rehabilitación con movilización activa, limitando el movimiento del codo durante las primeras 3 semanas con una ortesis de ligamentos. A los 3 meses, el paciente presentaba un balance articular activo de -5° a 120° de flexo-extensión, prono-supinación completa y se observó la consolidación radiológica de la fractura.

Conclusiones:

La fractura diafisaria de radio asociada a una luxación posterior de codo y a una luxación anteromedial de cabeza radial debida a la interposición del tendón del bíceps en una situación extremadamente infrecuente. Tal es así, que no hemos encontrado ningún caso en adultos en la bibliografía. Por tanto, lo consideramos de interés para que el resto de profesionales tengan en cuenta esta posibilidad ante luxaciones de cabeza radial irreductibles

NÚMERO

P-38

PRIMER AUTOR

FERNÁNDEZ RUIZ, MARÍA DOLORES

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

FERNÁNDEZ RUIZ, MARÍA DOLORES; MENCHI ELANZI, ISSAM; DÍEZ ALBERO, LUIS; MORIL PEÑALVER, LORENA; LOPEZ PRATS, FERNANDO

TITULO

FRACTURA-LUXACIÓN COMPLEJA Y ABIERTA DE ANTEBRAZO: CASO CLÍNICO

RESUMEN

Introducción:

El antebrazo está formado por radio, cúbito, la articulación radiocubital proximal, distal y la membrana interósea. Lesiones en cualquiera de estas estructuras provocan inestabilidad del antebrazo. El tratamiento es la reducción abierta y fijación interna con placas buscando una estabilidad absoluta.

Material y Métodos:

Paciente de 40 años que acude a Urgencias con una fractura metafisodiafisaria simple distal de radio y una fractura diafisaria bifocal de cúbito abiertas grado I, con luxación abierta grado II dorsal del cúbito distal con artrotomía de muñeca izquierda. Realizamos lavado abundante de las heridas, vacunación antitetánica, antibioticoterapia precoz e inmovilización temporal con una férula.

Resultados:

Se interviene de urgencias realizando reducción abierta y fijación interna mediante placa LCP en el radio a través de un abordaje de Henry. Mediante abordaje posterior sobre cúbito proximal, se coloca placa LCP de 7 orificios. Abordamos posterolateralmente el cúbito distal, realizando una osteosíntesis con placa LCP de 10 orificios que se superpone cuatro orificios con la primera placa, y colocando 3 tornillos que unen las dos placas, evitando zonas de estrés y previniendo fracturas periimplante. Además solventa el problema de no tener placas LCP más largas. Tras comprobar inestabilidad r-c distal, colocamos una aguja de Kirschner de radio a cúbito. Realizamos Friedrich y cierre de heridas. Durante tres semanas mantiene una férula braquial. Al año apreciamos consolidación de la fractura. La paciente está asintomática, con flexoextensión de muñeca y codo completas, y con un rango de pronosupinación de 140º.

Conclusiones:

El tratamiento precoz con estabilización definitiva e inmediata con placas de las fracturas abiertas de antebrazo puede ofrecer buenos resultados, aunque se trate de una fractura abierta. Se debe comprobar la estabilidad de las articulaciones radio-cubital proximal y distalmente. La superposición de placas con tornillos que engranen ambas placas es una opción buena que suple el problema de no tener placas tan largas.

NÚMERO

P-39

PRIMER AUTOR

FERNÁNDEZ RUIZ, MARÍA DOLORES

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

FERNÁNDEZ RUIZ, MARÍA DOLORES; FORNÉS GALLEGO, ENRIQUE; HERNÁNDEZ MIRA, FRANCISCO GONZALO; LÓPEZ PRATS, FERNANDO

TÍTULO

FRACTURA POR INSUFICIENCIA SACRA EN "H": CASO CLÍNICO

RESUMEN

Introducción:

La incidencia de la fractura por insuficiencia sacra varía entre el 1 y el 1,8% en la población en riesgo. A menudo su diagnóstico se retrasa debido a las dificultades para detectar estas fracturas en la radiografía simple, y a la clínica inespecífica que presentan. Es importante el diagnóstico y tratamiento precoz dado que se asocian con un aumento de mortalidad. El objetivo es presentar el caso de una paciente con coxalgia y radiografías simples normales, con factores de riesgo. La sospecha de fractura sacra y la RMN de pelvis muestran el diagnóstico.

Material y Métodos:

Presentamos el caso de una mujer de 71 años con antecedentes de poliomielitis de miembro inferior derecho en la infancia, que acude a Urgencias por dolor en cadera y zona inguinal derecha de un mes y medio de evolución sin traumatismo previo. En la radiografía no se apreciaron lesiones óseas agudas. En la RMN se aprecia una fractura en ?H? de sacro y en la rama isquio e iliopúbica derechas, además de una atrofia de la musculatura de la hemipelvis derecha y muslo derechos secundario a la poliomielitis. Remitimos a la paciente a rehabilitación y pautamos teriparatida.

Resultados:

Al mes del diagnóstico refiere mejoría clínica, y a los tres meses la paciente está asintomática quedando sólo un leve dolor residual en región inguinal derecha. La RMN de control a los tres meses evidencia una franca mejoría de las fracturas sobre todo de las alas sacras, con leve persistencia de edema a nivel de ramas isquio e iliopúbica. Se le prescribe teriparatida seis meses más y la paciente es dada de alta.

Conclusiones:

La RMN tiene un papel fundamental en el diagnóstico de fracturas sacras por insuficiencia. En pacientes ancianos con comorbilidades preexistentes el tratamiento con teriparatida puede lograr una reducción del dolor y del tiempo hasta la consolidación.

NÚMERO

P-40

PRIMER AUTOR

FERNÁNDEZ RUIZ, MARÍA DOLORES

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

FERNÁNDEZ RUIZ, MARÍA DOLORES; GARCÍA ORTIZ, MARÍA TÍSCAR; MORIL PEÑALVER, LORENA; LÓPEZ PRATS, FERNANDO

TITULO

ADAMANTINOMA DE FÉMUR DERECHO CON RÁPIDA PROGRESIÓN EN PACIENTE ANCIANO: CASO CLÍNICO

RESUMEN

Introducción:

Los adamantinomas son tumores óseos raros (1%) que suelen afectar a huesos largos de varones entre la segunda y tercera décadas. Radiográficamente el tumor suele ser excéntrico, expansivo y osteolítico con un margen esclerótico agudo o mal definido. La RMN es crucial para valorar afectación a partes blandas. La literatura más reciente muestra tasas altas de recurrencia local y metástasis. Dada la rareza de estos tumores existe una falta de estudios a largo plazo para establecer pautas de tratamiento definitivas.

Material y Métodos:

Presentamos el caso de un varón de 83 años, exfumador desde hace 50 años, derivado a C.O.T. por gonalgia de meses de evolución. Se le solicita una radiografía apreciando una lesión lítica en tercio distal fémur derecho. En la RMN apreciamos lesión lítica con lisis en cortical posterior de 2,4 cm de diámetro y tumoración sólida de partes blandas asociada. La biopsia informa de adamantinoma clásico. El estudio de extensión es negativo.

Resultados:

Dada baja agresividad tumoral y edad avanzada del paciente, se decide realizar enclavado endomedular profiláctico con seguimiento en consultas, apreciando aumento del tamaño de la lesión. Diez meses más tarde se plantea al paciente cirugía con resección de lesión pero prefiere esperar. Al año presenta dolor y en la RMN se informa de franca progresión de la lesión que presenta una extensión de 16 cm. Realizamos osteosíntesis con placa percutánea y cementación de tornillos, tomando nueva biopsia, que informa de primario conocido. En TAC de extensión se informa de progresión ganglionar y pulmonar. Valorado por oncología se indica radioterapia paliativa, falleciendo el paciente 15 meses después del diagnóstico.

Conclusiones:

Dada la alta progresión local con metástasis en nuestro paciente, creemos necesario el tratamiento con resecciones amplias como tratamiento inicial del adamantinoma, que tendrá que ser demostrado por estudios con mayor número de pacientes y seguimiento a largo plazo.

NÚMERO

P-41

PRIMER AUTOR

FERNÁNDEZ RUIZ, MARÍA DOLORES

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

FERNÁNDEZ RUIZ, MARÍA DOLORES; HERNÁNDEZ ROS, PEDRO; MARTÍNEZ HURTADO, JUAN PEDRO; LAPEÑA MARTÍNEZ, ANDRÉS; LÓPEZ PRATS, FERNANDO

TITULO

GONALGIA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVO: CASO CLÍNICO.

RESUMEN

Introducción:

Es poco común el diagnóstico de un síndrome linfoproliferativo como consecuencia de una manifestación músculoesquelética, lo que deriva en una escasa evidencia de artículos en la literatura. En la población adulta la artritis que aparece en los síndromes linfoproliferativos, a menudo es poliarticular y asimétrica.

Material y Métodos:

Varón de 59 años, fumador, derivado a consultas de C.O.T. por gonalgia de dos meses de evolución sin traumatismo previo. Presenta dolor intenso e inflamación que le impide el sueño. Se le realiza radiografía de la rodilla donde se aprecia una gonartrosis grado 3, destacando una hipodensidad de 21.7x8.7mm en la región anterosuperior de los cóndilos femorales. A la exploración presenta una adenopatía inguinal ipsilateral. Se realiza una artrocentesis evacuadora en la rodilla y se remite la muestra a laboratorio, obteniendo un líquido de características inflamatorias. La analítica sanguínea muestra PCR aumentada de 203, y alteraciones en el hemograma. Se solicita una RMN preferente y se remite al paciente a Medicina Interna para completar estudio.

Resultados:

Solicitado un TAC toracoabdominopélvico apreciamos conglomerados adenopáticos ubicados desde cuello hasta ambas ingles, que orientan hacia linfoma como primera opción diagnóstica. La RMN de rodilla muestra una lesión de partes blandas en el tercio distal del muslo con una alteración difusa de la intensidad de la médula ósea en el fémur compatibles con una alteración neoplásica. Con la sospecha de Síndrome linfoproliferativo con afectación supra e infradiaphragmática se decide exéresis-biopsia de la adenopatía inguinal, para confirmación del diagnóstico y se remite al paciente a oncología para el tratamiento definitivo.

Conclusiones:

Dado el bajo índice de sospecha de este tipo de patología ante una gonalgia, a menudo se produce un retardo en el diagnóstico. Por tanto, se recomienda la inclusión de los síndromes linfoproliferativos como diagnóstico diferencial de los pacientes con gonalgia, así como el examen físico y la valoración radiográfica exhaustivas.

NÚMERO

P-42

PRIMER AUTOR

FERNÁNDEZ RUIZ, MARÍA DOLORES

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

FERNÁNDEZ RUIZ, MARÍA DOLORES; TALAVERA GOSÁLBEZ, JOSE; ORIHUELA GARCÍA, JOSE CARLOS; VASALLO PRIETO, ANTONIA; MORIL PEÑALVER, LORENA; LÓPEZ PRATS, FERNANDO

TITULO

OSTEOCONDritis LATERAL DE LA CÚPULA ASTRAGALINA. A PROPÓSITO DE UN CASO

RESUMEN

Introducción:

Los defectos osteocondrales del astrágalo siguen siendo un desafío para los cirujanos de pie y tobillo. Su etiología es desconocida pero su frecuencia va en aumento, especialmente en pacientes deportistas. La ubicación de una lesión osteocondral en la cúpula astragalina lateral es menos común que las lesiones localizadas en la región medial de la cúpula del astrágalo. Por ello, puede plantear dificultades de diagnóstico y tratamiento.

Material y Métodos:

Un varón de 45 años, sin antecedentes de interés, es revisado en las consultas de COT por dolor en el tobillo izquierdo tras sufrir un traumatismo un año antes. Fue tratado con antiinflamatorios y rehabilitación con mejoría temporal pero recidiva unos meses más tarde. A la exploración presenta dolor y derrames articulares de repetición desde hace 6 meses. Se le realiza una radiografía donde se aprecia una osteocondritis externa de cúpula astragalina izquierda grado II de Bernd y Harty. La RMN muestra cambios osteocondrales secundarios a osteocondritis astragalina con la interlínea articular preservada. Dadas las recidivas tras el tratamiento conservador se le propone cirugía.

Resultados:

Es intervenido quirúrgicamente realizándole un legrado del foco de osteocondritis, con lavado articular y microfractura artroscópica. Tras 6 meses de seguimiento el paciente está asintomático y es dado de alta. A los 3 años de la intervención sufre recaída sintomática, con dolor y limitación de la movilidad articular. Se vuelve a tratar conservadoramente sin éxito. Es intervenido realizándole una mosaicoplastia o trasplante de condrocitos autólogos, con autoinjerto de cresta iliaca. Tras tres años de seguimiento el paciente se encuentra asintomático, con una puntuación en la escala AOFAS para tobillo de 84 puntos.

Conclusiones:

Las lesiones osteocondrales de la cúpula lateral astragalina son raras. Existen numerosas técnicas de tratamiento que conviene tener en cuenta para aplicar la más apropiada dependiendo del estadio de la lesión.

NÚMERO

P-43

PRIMER AUTOR

PÉREZ MOTOS, SANDRA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

AUTORES

PÉREZ MOTOS, SANDRA; GÓMEZ BARBERO, PATRICIA; GARCÍA ÁLVAREZ, JESÚS; PÉREZ CORREA, JOSE IGNACIO; RODRIGO PÉREZ, JOSÉ LUIS.

TITULO

RETRASO DE CONSOLIDACIÓN TRAS USO DE FIJACIÓN EXTERNA TIPO SUZUKI

RESUMEN

Introducción:

Las fractura-luxación de la articulación interfalángica proximal (IFP), entre ellas las de pilón son lesiones de alta complejidad asociada a inestabilidad e impactación articular.

La fijación dinámica externa es una alternativa como tratamiento, que, gracias a la ligamentotaxis permiten la reducción con una movilización precoz.

Sin embargo, no están exentos de complicaciones.

Presentamos un retraso de consolidación secundario a un fijador tipo Suzuki que precisó de retirada y posterior tratamiento mediante reducción abierta y fijación interna con placa y aporte de autoinjerto.

Material y Métodos:

Mujer de 36 años que acude a Urgencias por fractura abierta conminuta de la articulación IFP del tercer dedo de la mano con afectación parcial del aparato extensor. De manera urgente se realiza limpieza, revisión del aparato extensor, reducción y fijación con sistema Suzuki. Tras dos meses, se controla la porción articular pero no se observa consolidación del fragmento distal, con aumento de la diastasis. Además asocia rigidez articular de la IFP de 0-30º.

Se decide retirar el sistema y tras curas de los portales, realizar tenolisis, artrolisis y reducción abierta con fijación con placas bloqueadas y autoinjerto de radio distal.

Resultados:

La paciente logra en el postoperatorio inmediato un rango articular de 0-100º en IFP y de 0-90º en MF, sin existir limitaciones en la IF distal. Desde el 2º día se inicia la rehabilitación activa. Al mes de la intervención se observa un balance articular de 0-80º de la IFP no doloroso, sin limitaciones del resto de articulaciones.

Conclusiones:

La fractura-luxación de la articulación IFP continúa suponiendo un reto debido al amplio espectro de tratamientos. Consideramos que la fijación tipo Suzuki es una alternativa adecuada para las fracturas de pilón. Sin embargo, no pueden controlar fracturas más distales y dado su compleja reproducibilidad, debe ser realizado por cirujanos expertos en la mano.

NÚMERO

P-44

PRIMER AUTOR

PÉREZ MOTOS, SANDRA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

AUTORES

PÉREZ MOTOS, SANDRA; MORALES RODRIGUEZ, JORGE; GARCÍA ÁLVAREZ, JESÚS; GÓMEZ BARBERO, PATRICIA; RODRIGO PÉREZ, JOSE LUIS.

TITULO

FRACTURA DE VOLKMANN Y FRACTURA DE TILLAUX, UNA ASOCIACIÓN EXCEPCIONAL EN EL ADULTO

RESUMEN

Introducción:

La fractura de Tillaux es una fractura típica de la adolescencia, se considera extremadamente rara en adultos ya que el ligamento se rompe antes de producirse la avulsión anterolateral. En la fractura de Volkmann se produce una fractura por avulsión de la tibia posterolateral tras un mecanismo de pronación y rotación externa. La asociación de estas dos lesiones en un adulto es poco frecuente habiendo encontrado solo dos casos publicados en nuestra búsqueda bibliográfica, suponiendo por ello un reto tanto diagnóstico como terapéutico.

Material y Métodos:

Mujer de 54 años que acude a Urgencias tras un accidente de tráfico en moto de baja energía con traumatismo en tobillo izquierdo. Presenta una importante tumefacción e impotencia funcional pero sin hematoma ni deformidad. Al realizar la radiografía inicial, se aprecia un arrancamiento de la tibia distal, visible únicamente en la proyección lateral. En la tomografía computarizada, se aprecia una fractura de la vertiente anterolateral de la tibia, asociada a una fractura de la vertiente posterolateral sin desplazar

Resultados:

Se inmovilizó temporalmente con una férula suropédica posterior y se intervino a las 24 horas. Mediante un abordaje anterolateral distal de tibia se fijó la fractura de Tillaux con dos tornillos canulados de rosca parcial. Debido a la ausencia de desplazamiento de la fractura de Volkmann tras la reducción de la fractura anterior, se optó por tratamiento conservador. En el postoperatorio la paciente estuvo inmovilizada 6 semanas mediante una férula suropédica posterior, iniciando consecutivamente la deambulación con una bota ortopédica hasta cumplir 12 semanas. Actualmente la paciente se encuentra realizando vida normal.

Conclusiones:

Las fracturas de tibia anterolateral y posterolateral asociadas son extremadamente infrecuentes en el adulto, por lo tanto, consideramos de interés científico la presentación de este caso, así como la discusión del manejo de esta patología y sus posibles secuelas para la mejora de su tratamiento.

NÚMERO

P-48

PRIMER AUTOR

DÍEZ ALBERO, LUIS

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

DÍEZ ALBERO, LUIS; HERNÁNDEZ MIRA FRANCISCO GONZALO; REBATE NEBOT, EVA JOVER CARRILLO, ANTONIO.

TITULO

TUMOR DE MASSON EN LA MANO. UTILIDAD DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA PARA EL DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO DIFERENCIAL

RESUMEN

Introducción:

La Hiperplasia Endotelial Papilar Intravascular (HEPI) o pseudoangiosarcoma de Masson, es un proceso benigno reactivo de las células endoteliales que se presentan de ?novo? (HEPI tipo I) o bien ante la presencia de un proceso vascular previo (HEPI tipo II). También se ha descrito un tipo III que aparece extravascularmente a raíz de un hematoma. Fue descrito por primera vez por Masson en 1923 y la importancia de la lesión reside en saber distinguirla de otros procesos neoplásicos a los cuales se asemeja macro y microscópicamente, como en concreto al Angiosarcoma, si bien el tratamiento es muy diferente Material y Métodos:

Desde el año 2012 a 2019 ha sido intervenidos por la Unidad de referencia de Mano 161 tumores de partes blandas. De ellos, 24 han sido tumores de estirpe vascular, de los cuales 4 han sido diagnosticados como tumores de Masson en el estudio anatómo-patológico.

Evaluamos los datos quirúrgicos, la iconografía operatoria y las exploraciones complementarias, como RM para el diagnóstico diferencial.

Resultados:

El tumor de Masson representa un 2,5% del total de tumores de partes blandas, y un 16% de los tumores de estirpe vascular en nuestra experiencia de la Unidad de la mano.

El diagnóstico de presunción inicial que presentaban estos tumores, con la RM previa a la cirugía, se confirmó con el diagnóstico anatómo-patológico realizado tras la extirpación quirúrgica de la lesión

Conclusiones:

La Hiperplasia Endotelial Papilar Intravascular o tumor de Masson es un tumor vascular infrecuente. Interesa un diagnóstico diferencial sobre todo con el angiosarcoma.

Presenta unas características macroscópicas diferenciales respecto del resto de tumores vasculares o de partes blandas, que pueden ser identificadas mediante la RM.

Su abordaje quirúrgico no es diferente, pero ante una sospecha previa por el estudio de RM, se debe hacer hincapié en una resección precisa y completa para evitar recidivas.

NÚMERO

P-49

PRIMER AUTOR

MOLINA PÉREZ, MARTA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA

AUTORES

MOLINA PÉREZ, MARTA; SOLER PEIRÓ, MANUEL

TITULO

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA LA FRACTURA-AVULSIÓN DE LA BASE DEL TERCER METACARPIANO.

RESUMEN

Introducción:

Las fracturas de los metacarpianos representan aproximadamente un tercio del total de las fracturas de la mano. Debido a su diferente comportamiento funcional, clásicamente, se ha diferenciado el primer metacarpiano del resto de homónimos. De los diferentes tipos que existen, la fractura-avulsión de la base es la menos frecuente. Aunque ha sido ampliamente descrita cuando afecta al quinto metacarpiano, la bibliografía es escasa respecto a la fractura-avulsión de la base del tercer metacarpiano.

Diagnóstico y tratamiento de la fractura de la base del tercer metacarpiano con avulsión del extensor carpi radialis brevis (ECRB).

Material y Métodos:

Paciente varón de 43 años que acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital tras caída con mecanismo de hiperflexión dorsal sobre muñeca izquierda. Clínicamente destaca edema, tumefacción dorsal y deformidad a nivel de la segunda hilera del carpo, dolorosa a la palpación. Asocia impotencia funcional para la extensión del carpo. La radiografía muestra un fragmento óseo desplazado dorsalmente a nivel carpometacarpiano. El TAC confirma la avulsión ósea de la base del tercer metacarpiano, volteado por la tracción de ECRB.

Se realiza, bajo escopia intraoperatoria, cirugía con abordaje dorsal del carpo, reducción abierta con ayuda de aguja y fijación mediante un tornillo canulado de 2.7 mm. Se mantiene inmovilización con férula antebraquial posterior cuatro semanas.

Resultados:

Tras inmovilización, se inicia rehabilitación mediante ejercicios pasivos de muñeca las dos primeras semanas. A partir de las seis semanas post-cirugía se autorizan ejercicios activos.

Pasados tres meses desde la cirugía, el paciente niega dolor o limitación funcional. Balance articular completo. Radiográficamente se observa consolidación de la fractura.

Conclusiones:

La fractura-avulsión de la base del tercer metacarpiano es infrecuente.

El diagnóstico debe incluir el uso del TAC.

La fijación con tornillos tras reducción abierta de la fractura es una opción quirúrgica que proporciona buenos resultados.

NÚMERO

P-50

PRIMER AUTOR

ALONSO CARAVACA, ADRIÁN

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALÈNCIA

AUTORES

ALONSO CARAVACA, ADRIÁN; BAS HERMIDA, TERESA; CASTILLO SORIANO, MIGUEL ÁNGEL; DE PEDRO ABASCAL, MIGUEL; ORTEGA YAGO, AMPARO

TITULO

MORTALIDAD EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS INTERVENIDOS DE CIRUGÍA DEL RAQUIS

RESUMEN

Introducción:

Determinar la prevalencia de cirugía de columna en el Servicio de COT del Hospital La Fe, así como su distribución sexo, tipo de patología y procedimiento.

Material y Métodos:

Datos de 66 pacientes mayores de 80 años intervenidos de columna en el Servicio de COT del Hospital La Fe, entre febrero de 2015 y febrero de 2020 con seguimiento durante 12 meses. Realizamos un análisis descriptivo de las variables recogidas, entre otras, mortalidad a los 6 y 12 meses, e índices de fragilidad: Charlson Comorbity Infex (CCI), Fried Failty Index modificado (mFFI-11) y su variante el mFFI-5, así como con el índice ASA.

Resultados:

Un 72.7% de los pacientes fueron mujeres. El 69.7% se sometieron a cifoplastia (86.5% mujeres y 12.5% hombres). Un 48.5% de las cifoplastias presentaban patología traumática subyacente, que además fue el motivo de consulta más frecuente (63.6%). Un 16.7% obtuvo cirugía abierta mediante artrodesis (54.6% con etiología degenerativa). Las patologías más frecuentes fueron la fractura lumbar (39.4%) y la torácica (37.9%). El tiempo quirúrgico y la estancia hospitalaria media fueron de 138.4 minutos y 12.5 días. El 27.3% presentaron complicaciones en el postoperatorio inmediato, siendo el 58.0% de gravedad 3 en la escala SAVES. La readmisión a los 30 días se presentó en el 12.1%. Un 13.6% fallecieron en los primeros 6 meses, y un 3.5% en los 6 meses siguientes (mortalidad al año de 16.6%). Los valores promedio de los índices de fragilidad fueron de 1.8 para el mFFI-11, de 1.2 para el mFFI-5 y de 5.5 para el CCI. El valor medio de ASA fue 2.6.

Conclusiones:

La cifoplastia fue la intervención más frecuente para pacientes mayores de 80 años. De frecuente etiología traumática. Menos de un tercio de los pacientes presentaron complicaciones, siendo éstas de gravedad media. Encontramos una mortalidad de 16.6%, ligeramente superior a la bibliografía consultada.

NÚMERO

P-51

PRIMER AUTOR

GARRIDO ROJO, RAQUEL

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

AUTORES

GARRIDO ROJO, RAQUEL; SIMÓN PÉREZ, VICENT; DESERIO CUESTA, JULIO; GARCÍA CHAMORRO, MARTA

TITULO

SUBLUXACIÓN ROTATORIA ATLOAXOIDEA TRAUMÁTICA EN EL ADULTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

RESUMEN

Introducción:

La subluxación rotatoria atloaxoidea se observa con mayor frecuencia en la edad pediátrica, siendo excepcional en adultos. Frecuentemente está asociada a un mecanismo traumático. Presentamos el caso de un paciente adulto tratado de forma conservadora con halo craneal.

Material y Métodos:

Varón de 43 años que sufre una caída accidental de espaldas desde 1 metro de altura. Presenta un TCE sin pérdida del nivel de consciencia. Refiere dolor intenso con limitación a la rotación cervical. Se realiza un TC cervical en urgencias, siendo diagnosticado de subluxación rotatoria atloaxoidea sin fracturas asociadas (Fielding y Hawkins tipo I).

Resultados:

El paciente fue tratado de urgencia mediante la colocación de un halo con tracción cervical progresiva hasta 5 kg. Al día siguiente se realizó una RM de columna cervical que evidenció una reducción satisfactoria de la lesión, con integridad de ligamentos transversos y alares, y distancia atloaxoidea conservada. A las 3 semanas se cambió el halo-craneal por un halo-chaleco que se mantuvo durante 3 meses más. La evolución clínica fue satisfactoria, con resolución de la cervicalgia y recuperación de la movilidad rotatoria cervical.

Conclusiones:

La subluxación rotatoria atloaxoidea es una lesión infrecuente en adultos y su manejo es aún controvertido. Parece aconsejable el manejo conservador mediante inmovilización con halo-chaleco, reservando el tratamiento quirúrgico para los casos de inestabilidad o cervicalgia crónica intensa. La tasa de recurrencia y el fracaso de la reducción se correlacionan con el tiempo transcurrido desde la lesión hasta la reducción. En estos casos la intervención quirúrgica también está justificada.

NÚMERO

P-54

PRIMER AUTOR

MARTINEZ LOPEZ, DIEGO

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

AUTORES

MARTINEZ LOPEZ, DIEGO; COLOMINA LAIZ, TERESA; LOPEZ LOPEZ, SERGIO

TITULO

TRATAMIENTO DE DISPLASIA FIBROSA DE FÉMUR PROXIMAL MEDIANTE FIJACIÓN INTERNA CON CLAVO INTRAMEDULAR EN UN VARÓN DE 48 AÑOS TRAS UN HALLAZGO INCIDENTAL.

RESUMEN

Introducción:

La displasia fibrosa (FD) es un proceso tumoral benigno genético manifestado como un defecto localizado en la diferenciación y maduración de los osteoblastos que provoca la sustitución del hueso normal por estroma fibroso y tejido óseo inmaduro.

En este trabajo presentamos el manejo de un varón de 48 años con lesiones esqueléticas de FD en fémur proximal y alto riesgo de fractura.

Material y Métodos:

Varón de 48 años con antecedentes personales de obesidad de más de 120 kg. No dolor óseo en ningún punto ni alteraciones en la marcha.

Como hallazgo incidental tras un estudio por colelitiasis se detectaron lesiones óseas en fémur proximal y consecuentemente se amplió el estudio.

La radiografía simple de pelvis mostró una lesión lítica intramedular de bordes bien definidos en fémur proximal y acetábulo derecho.

En la tomografía axial computerizada y en resonancia magnética se detalló la naturaleza de la lesión, orientando a lesión benigna y planteando un diagnóstico diferencial entre Displasia Fibrosa Polioestóica y Fibromixoma Lipoesclerosante principalmente.

Tras descartar manifestaciones extraesqueléticas y otras alteraciones, se decide tratamiento quirúrgico de la lesión femoral para prevenir posibles fracturas. Se decide fijación interna mediante colocación de un clavo intramedular. La muestra de material remitida al servicio de Anatomía Patológica confirmó el diagnóstico de FD.

Resultados:

Tras la cirugía, el paciente evoluciona favorablemente y sin complicaciones, siendo dado de alta al 2º día postoperatorio. El paciente es valorado en Consultas Externas de Traumatología a las 3 semanas de la intervención y a los 3 meses, presentando buena evolución clínica, encontrándose sin dolor y deambulando con ayuda de una muleta por precaución, y sin alteraciones en el control radiológico.

Conclusiones:

La indicación de cirugía en la FD de cuello femoral se basa en el grado de deformidad ósea, historia de fracturas previas y el probable riesgo de fractura.

La FD del fémur proximal en el hueso maduro puede ser tratada adecuadamente y de forma segura mediante clavos intramedulares, placas o injerto de hueso alogénico, en función de las características individuales del paciente

NÚMERO

P-55

PRIMER AUTOR

LÓPEZ LÓPEZ, SERGIO

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

AUTORES

COLOMINA LAIZ, TERESA; MARTÍNEZ LÓPEZ

TITULO

A PROPOSICIÓN DE UN CASO: FRACTURA AGUDA POSTQUIRÚRGICA DE CALCÁNEO EN PACIENTE JOVEN

RESUMEN

Introducción:

Paciente varón de 27 años que presenta fractura de tuberosidad posterior de calcáneo derecho, la cual requirió reducción abierta y fijación interna. A los 9 días acude de nuevo por caída de baja energía presentando refractura de dicho calcáneo con exposición ósea.

Material y Métodos:

Se realizó una revisión de la literatura existente en Pubmed mediante las palabras: ¿fracturas de calcáneo?, ¿complicaciones de las fracturas de calcáneo? y ¿fracturas avulsión del calcáneo?.

Resultados:

El calcáneo es el hueso del tarso que se fractura con mayor frecuencia. Se pueden clasificar en fracturas intraarticulares y extraarticulares, respecto a estas últimas para su tratamiento se puede optar tanto por uno conservador como por uno quirúrgico, hallando una gran variedad en estos últimos. Según estudios realizados se ha podido observar hasta un 60% de complicaciones en este tipo de fracturas, siendo la pérdida secundaria de reducción una de las más frecuentes (hasta un 30%). Además, también se ha hallado una asociación entre el desplazamiento y la aparición de otras complicaciones.

Conclusiones:

Es necesario un estrecho seguimiento postquirúrgico en estos pacientes, dado la alta tasa de complicaciones graves que pueden asociar. Por otro lado, como estas complicaciones no varían en frecuencia según el tipo de técnica quirúrgica elegida no se puede establecer un gold standard.

NÚMERO

P-56

PRIMER AUTOR

CARRATALÁ PÉREZ, CARLA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

AUTORES

CARRATALÁ PÉREZ, CARLA; HURTADO CEREZO, JAVIER; GÓMEZ BARBERO, PATRICIA; VILLAR BLANCO, ALFREDO; ESTEBAN PEÑA, MARINA; RODRIGO PÉREZ, JOSE LUIS

TITULO

TEDÓN DISTAL DEL BÍCEPS BRAQUIAL BIFURCADO: ROTURA DE LA PORCIÓN CORTA CON INTEGRIDAD DE LA PORCIÓN LARGA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

Introducción:

El tendón que compone la inserción distal del bíceps puede encontrarse bifurcado en una porción corta y una porción larga hasta en un 25% de los individuos. La rotura de la porción corta es una lesión poco habitual y difícil de diagnosticar.

Material y Métodos:

Paciente de 53 años que refiere dolor súbito en brazo derecho tras levantar peso. Se apreciaba signo de Popeye inverso con palpación de la inserción distal del bíceps a nivel de la fosa antecubital, pero asimétrica con contralateral. El paciente era capaz de flexionar el codo y supinar el antebrazo pero con dolor y menor fuerza. Se realiza ecografía que informa de rotura de la inserción distal del bíceps con persistencia de fibras en zona proximal. Ante los hallazgos, se realiza resonancia magnética, que informa de tendón distal bifurcado con rotura de su porción corta.

Resultados:

Se decide tratamiento quirúrgico mediante reanclaje de la porción corta a la tuberosidad radial, apreciándose en la cirugía la integridad de la porción larga. Se inmovilizó el codo con férula 2 semanas y, posteriormente, se inició movilización progresiva. A las 12 semanas el paciente había conseguido una flexoextensión y pronosupinación completa e indoloras.

Conclusiones:

La porción corta de la inserción distal del bíceps se inserta en una localización más distal de la tuberosidad radial que la porción larga. La incidencia de su lesión parece ser mayor de lo que sugiere la literatura. Debemos sospecharla ante un signo de Popeye inverso con palpación de tendón a nivel de fosa antecubital junto con supinación y flexión de codo posibles pero con fuerza disminuida.

El tratamiento dependerá de la edad y la actividad, siendo recomendable en personas jóvenes y activas un tratamiento quirúrgico.

NÚMERO

P-57

PRIMER AUTOR

VILLAR BLANCO ALFREDO

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

AUTORES

ALFREDO VILLAR BLANCO; ANTONIO PEREZ BLASCO; CARLA CARRATALÁ PÉREZ; JOSE LUIS RODRIGO PEREZ; ANNA BORRELL CHOVER

TITULO

TRATAMIENTO EXITOSO CON PERLAS DE SULFATO CÁLCICO TRAS RETIRADA DE OSTEOSÍNTESIS INFECTADA

RESUMEN

Introducción:

Las infecciones en traumatología son un auténtico reto para los cirujanos ortopédicos.

El objetivo de este trabajo es mostrar la excelente evolución con el uso de perlas de sulfato de calcio (Stimulan) tras una osteosíntesis de cadera fallida por una infección.

Material y Métodos:

Mujer de 82 años que tras una fractura pertrocanterea de cadera izquierda es intervenida realizándose un enclavado cefalomedular tipo Gamma corto. La paciente es dada de alta a los 10 días con buen estado general. Es revisada en consultas externas a los 15 días presentando buena evolución de la herida. Posteriormente coincidiendo con la situación de la pandemia por Covid-19 la paciente no acude a las revisiones programadas en consulta.

A los 5 meses de la cirugía la paciente acude a urgencias refiriendo dolor de cadera izquierda asociada a fiebre de 39º; por la sospecha de infección se ingresa para tratamiento antibiótico; durante el ingreso se procede a la retirada del material de osteosíntesis aislándose en las muestras quirúrgicas Escherichia Coli.

A los 10 días solicitamos estudio de TC donde se visualiza progresión de la infección por todo el músculo sartorio izquierdo. Se decide entonces realizar una nueva limpieza y desbridamiento quirúrgico aportando Stimulan con Gentamicina y Vancomicina en el canal femoral y en todo el recorrido del sartorio.

Resultados:

Se realiza un nuevo TC a los 15 días apreciándose mejoría de las colecciones infecciosas.

A los 25 días del ingreso la paciente es dada de alta con tratamiento antibiótico oral, con buen estado general y descenso de los parámetros analíticos de infección.

La paciente se mantiene en descarga durante 3 meses, durante ese periodo es preciso realizar un desbridamiento de la herida quirúrgica por una dehiscencia.

Actualmente, a los 7 meses de la cirugía y el tratamiento con Stimulan, se encuentra sin dolor, caminando con andador y con una PCR<10 y VSG<30.

Conclusiones:

El tratamiento con Stimulan nos permite una liberación local, controlada y dirigida de antibiótico en el lugar concreto de la infección, además, su uso, potencia la formación ósea al reabsorberse, siendo un tratamiento de gran utilidad en infecciones asociadas a fracturas y osteomielitis.

NÚMERO

P-59

PRIMER AUTOR

PÉREZ MOTOS, SANDRA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

AUTORES

PÉREZ MOTOS, SANDRA; SALOM TAVERNER, MARTA; GÓMEZ BARBERO, PATRICIA; ALGUACIL PINEL, JONATAN; MORALES RODRÍGUEZ, JORGE; RODRIGO PÉREZ, JOSÉ LUIS

TITULO

REFRACTURA DE LA TUBEROSIDAD ANTERIOR DE LA TIBIA EN ADOLESCENTE CON ANTECEDENTE DE FRACTURA BILATERAL ¿UN PREDISPONENTE DESCONOCIDO?

RESUMEN

Introducción:

Las fracturas de la tuberosidad tibial en la infancia son lesiones extremadamente infrecuentes, menos del 1% de todas las epifisiolisis. Su forma bilateral es aún más extraña, encontrando solo 45 casos en menores en nuestra búsqueda.

Las fracturas bilaterales tienen una mayor tasa de retirada del material de osteosíntesis y dehiscencia de la herida quirúrgica en comparación con las unilaterales, pero no ha sido publicada ninguna refractura en pacientes con antecedente de fractura en ambas tuberosidades.

Presentamos el caso de un adolescente con una refractura de la tuberosidad anterior de la tibia, con antecedente de epifisiolisis bilateral de la misma zona 6 meses antes.

Material y Métodos:

Varón de 13 años que acude a urgencias por dolor en rodilla derecha tras realizar un movimiento de hiperextensión. Como antecedentes de interés, el paciente presentó 6 meses antes epifisiolisis de ambas tuberosidades tibiales tipo IV de la Clasificación modificada de Ogden sin desplazamiento, tratándose conservadoramente.

Se solicita una radiografía en la que se visualiza una fractura de la tuberosidad tibial con extensión intraarticular. Se realiza un TC que confirma una fractura IIIb sin desplazamiento y se decide tratamiento conservador con yeso cerrado 6 semanas.???

Resultados:

El paciente se encuentra asintomático actualmente, realizando vida normal y con rango articular completo, igual al contralateral. Se descartó como factores predisponentes una reincorporación a la actividad deportiva temprana y, por parte de Reumatología, patología ósea que predisponga a fracturas.???

Conclusiones:

Las fracturas de la tuberosidad tibial de la infancia son lesiones extremadamente raras y su forma bilateral es aún más excepcional.

En nuestra búsqueda bibliográfica no hemos encontrado ninguna refractura en paciente con antecedentes de fractura bilateral, por lo que este podría ser el primer caso.

En este paciente se descartaron las principales causas de refractura, por lo que planteamos la lesión inicial como un posible nuevo factor de riesgo.????

NÚMERO

P-60

PRIMER AUTOR

MORALES RODRÍGUEZ, JORGE

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

AUTORES

JORGE MORALES RODRÍGUEZ, JESÚS GARCÍA ÁLVAREZ, JOSE MANUEL PELAYO DE TOMAS, JOSE LUIS RODRIGO PEREZ

TITULO

SINOVITIS VILLONODULAR DE CADERA CON IMPORTANTE EXTENSIÓN EXTRARTICULAR ANTERIOR. A PROPÓSITO DE UN CASO CON TRATAMIENTO MEDIANTE RESECCIÓN TUMORAL POR VÍA ANTERIOR

RESUMEN

Introducción:

La sinovitis villonodular (SiVi) es una rara disfunción sinovial que afecta principalmente a grandes articulaciones. Su comportamiento es similar al de una neoplasia, pudiendo invadir localmente tejidos circundantes o incluso malignizar. Aproximadamente el 80% se desarrollan en rodilla, siendo menos frecuente en hombro o cadera

Material y Métodos:

Presentamos el caso de una mujer de 45 años que acude al servicio de traumatología por intenso dolor en cadera derecha secundario a una caída. Inicialmente optamos por tratamiento conservador, pero tras 3 meses sin mejoría, solicitamos una resonancia magnética (RM) objetivando: derrame articular con colecciones bursales periarticulares a nivel del iliopsoas, asociados a residuos de hemosiderina que orientan hacia una SiVi de cadera. A pesar de ello, la paciente refiere mejoría clínica. Pasado un año, acude nuevamente por reagudización del dolor. Repetimos la RM apreciando un engrosamiento sinovial con extensión al iliopsoas derecho de unos 7,5cm, susceptible de crecimiento de la SiVi.

Resultados:

Optamos por una resección local de la SiVi vía anterior. Dado que no presentó afectación articular, descartamos la artroplastia de cadera como tratamiento definitivo. Realizamos un abordaje anterior de cadera, siendo necesario disecar y referenciar completamente el paquete vasculonervioso femoral para permitir su movilización durante la cirugía. Además, realizamos una capsulotomía y resección intraarticular del tejido sinovial. Tras seis meses de evolución, la paciente se mantiene asintomática, continuando controles evolutivos periódicos.

Conclusiones:

Existe poca literatura sobre la SiVi en cadera. Por el momento queda confirmado su importante tasa de recurrencias independientemente del procedimiento. El tratamiento más aceptado es la sinovectomía asociada o no a artroplastia. No obstante, a pesar de que la recidiva parece menor si se realiza artroplastias, la preservación de la articulación y la posibilidad de un recambio protésico posterior son factores contrarios a este tratamiento. Son necesarios nuevos estudios para continuar investigando sobre el tratamiento óptimo en esta patología.

NÚMERO

P-61

PRIMER AUTOR

MORALES RODRÍGUEZ, JORGE

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

AUTORES

JORGE MORALES RODRÍGUEZ, TERESA COLOMINA LAIZ, JOSE MANUEL PELAYO DE TOMAS, JOSE LUIS RODRIGO PEREZ

TITULO

LIPOSARCOMAS DE BAJO GRADO DE GRAN TAMAÑO EN EL MIEMBRO INFERIOR, UNA PATOLOGÍA POCO ESTUDIADA. PRESENTAMOS UNA SERIE DE 21 CASOS

RESUMEN

Introducción:

Los liposarcomas de bajo grado de gran tamaño del miembro inferior comprenden una patología con alto índice de cirugías, pero a su vez poco estudiada, encontrado poca literatura al respecto en nuestra búsqueda bibliográfica. Nuestro objetivo es estudiar las características de estos tumores.

Material y Métodos:

Presentamos un estudio retrospectivo donde se recogieron pacientes intervenidos quirúrgicamente de liposarcomas de gran tamaño del miembro inferior entre 2008 y 2018. Incluimos tumoraciones diagnosticadas mediante anatomía patológica como lipoma/liposarcomas con una medición radiológica mayor de 7 cm localizados en el miembro inferior. Se excluyeron tumores de características malignas. Se recogieron los datos demográficos y se realizó un estudio estadístico descriptivo. Al tratarse de tumores benignos, en todos los casos se realizó una exéresis tumoral simple.

Resultados:

Se recopilaron 21 casos con una media de edad de 55,4 años (32-72). La media del tamaño fue de 14,5 cm (+/- 6,47 cm). El 66,67% tuvieron lugar en la región del muslo, otros 4 en la musculatura glútea, 2 en rodilla y uno en la pierna. Destacamos que únicamente cuatro pacientes se encontraban en su peso óptimo según los estándares de IMC, encontrándose el resto en sobrepeso (52,3% en rangos de obesidad). Presentaron un 33,3% de recidivas locales tras la exéresis y un caso de malignización metastásica.

Conclusiones:

Los lipomas y liposarcomas de bajo grado son tumoraciones usualmente olvidadas en la patología ortopédica. Sin embargo, la recidiva de esta enfermedad no es despreciable (33,3%), sometiendo a los pacientes a una segunda intervención con las consecuencias físicas y psicológicas que ello supone. Por ello, es preciso ampliar el conocimiento de esta patología para mejorar el manejo terapéutico y establecer criterios quirúrgicos específicos. Por otro lado, cabe destacar la importante relación observada entre un IMC elevado y la presentación de esta patología, necesitando nuevos estudios que evalúen este posible factor de riesgo.

NÚMERO

P-62

PRIMER AUTOR

ESTEBAN PEÑA, MARINA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

AUTORES

ESTEBAN PEÑA, MARINA; CARRATALÁ PÉREZ, CARLA; VILLAR BLANCO, ALFREDO; GARCÍA ÁLVAREZ, JESÚS
BLAS DOBÓN, JOSÉ ANTONIO; RODRIGO PÉREZ, JOSÉ LUIS

TITULO

LESIÓN CONDRAL EN CADERA: IMPLANTE DE CONDROCITOS AUTÓLOGOS MEDIANTE MATRIZ.

RESUMEN

Introducción:

Las lesiones condrales en la articulación de la cadera pueden ser fuente de dolor importante y limitación funcional con alto riesgo de desarrollar coxartrosis. El tratamiento inicial de estas lesiones es conservador, reservando el tratamiento quirúrgico para aquellos casos en los que éste falla. Las opciones quirúrgicas incluyen condroplastia, microfracturas, mosaicoplastia, aloinjerto osteocondral, trasplante de condrocitos autólogos, condrogenesis autóloga inducida por matriz y adhesivo de fibrina, entre otras.

Material y Métodos:

Se presenta el caso de un paciente de 38 años con dolor persistente en cadera tras luxación traumática tratada conservadoramente. En la resonancia magnética se visualiza lesión tipo CAM sin otros hallazgos, por lo que se decide realizar artroscopia. Se reseca la lesión y se observa una lesión condral que es tratada mediante microfracturas. Tras la cirugía, el paciente persiste con dolor que limita la deambulación por lo que valoramos el implante de condrocitos autólogos.

Resultados:

El paciente es intervenido mediante implante de condrocitos autólogos mediante membrana en dos tiempos. A los 6 meses de la cirugía no presenta dolor con la deambulación ni trendelemburg. El control con RM al año muestra normalización de la señal del implante. A los 3 años de la intervención, el dolor de cadera ha recidivado y limita su vida presentando mejoría en periodos de baja actividad. Actualmente, se plantea la posibilidad de implantar una prótesis de cadera.

Conclusiones:

El tratamiento de las lesiones condrales de cadera continúa siendo controvertido en la actualidad. El MACI es una técnica efectiva cuya ventaja principal radica en la no limitación por el tamaño de la lesión y en su capacidad para generar tejido más similar a cartílago hialino. No se ha objetivado superioridad de ésta respecto a otras alternativas quirúrgicas. Muchas de estas técnicas se encuentran en desarrollo actualmente, por lo que se requieren nuevos estudios para evaluar sus resultados.

NÚMERO

P-63

PRIMER AUTOR

ESTEBAN PEÑA, MARINA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

AUTORES

ESTEBAN PEÑA, MARINA; VILLAR BLANCO, ALFREDO; CARRATALÁ PÉREZ, CARLA; GÓMEZ BARBERO, PATRICIA; RODRIGO PÉREZ, JOSÉ LUIS

TITULO

CIRUGÍA DE LIBERACIÓN DEL NERVIÓ CUBITAL A NIVEL DEL CODO: RESULTADOS Y COMPLICACIONES TRAS REVISIÓN DE 76 PACIENTES.

RESUMEN

Introducción:

Existen diferentes técnicas quirúrgicas para liberación del nervio cubital a nivel del codo. El objetivo de este estudio es valorar la existencia de alguna tendencia en cuanto a técnica quirúrgica empleada, complicaciones o cirugías de revisión en nuestro servicio.

Material y Métodos:

Estudio retrospectivo de pacientes intervenidos por neuropatía compresiva cubital a nivel de codo entre Enero de 2010 y Enero de 2020 en el Hospital Universitario Doctor Peset (Valencia). Fueron intervenidos 76 pacientes mediante procedimientos de descompresión in situ, transposición subcutánea o transposición submuscular. Se realizó un seguimiento clínico mediante escala visual analógica del dolor (EVA) y la clasificación de Mc Gowan modificada. Se registraron complicaciones y cirugías de revisión realizadas.

Resultados:

Se registran un total de 18 pacientes intervenidos mediante descompresión in situ frente a 50 pacientes intervenidos mediante transposición subcutánea observándose una tendencia a la utilización de ésta última a partir de 2012.

En los pacientes intervenidos mediante descompresión in situ se registró una mejoría funcional en el 72% de los casos y no presentaron cambios o empeoraron en el 27%. En el grupo intervenido mediante transposición subcutánea se observó mejoría en el 66 % de los pacientes y no presentaron cambios el 30% sin registrarse empeoramientos. 3 pacientes precisaron cirugía de revisión, sin relacionarse con una técnica específica. 6 pacientes presentaron recidiva, más frecuente en los intervenidos mediante transposición subcutánea. 1 paciente presentó dehiscencia de herida quirúrgica y se registró un caso de cicatriz dolorosa.

Conclusiones:

Tanto la descompresión in situ como la transposición subcutánea han mostrado buenos resultados en cuanto a mejoría de dolor y mejoría funcional, siendo ambas técnicas con escasas complicaciones. La tasa de revisión es baja y no se relaciona con una técnica quirúrgica específica. Estadíos más avanzados de la compresión no se relacionan con peores resultados funcionales.

NÚMERO

P-64

PRIMER AUTOR

MARISCAL RUIZ-RICO, GONZALO

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALÈNCIA

AUTORES

MARISCAL, GONZALO; PEDRAZA, ARANZAZU; GRELL, BERNHARD; CORES, CLAUDIA C.; DOMENECH, PEDRO; BLASCO, MARÍA ÁNGELES; SALOM, MARTA

TITULO

ENFERMEDAD LISOSOMAL HENRI DE TOULOUSE-LAUTREC (PICNODISOSTOSIS) ASOCIADA A FRACTURA ATÍPICA DE TIBIA: REPORTE DE UN CASO

RESUMEN

Introducción:

La picnodisostosis es un trastorno de almacenamiento lisosómico autosómico recesivo raro del hueso en el que está mutada la enzima catepsina K. La incidencia mundial es de 1 caso por millón. Se caracteriza por una condensación difusa del esqueleto con engrosamiento de la corteza y estrechamiento de la cavidad medular.

Material y Métodos:

Presentamos el caso de una niña de 4 años diagnosticada de picnodisostosis. La exploración radiológica mostró hipoplasia mandibular con ausencia de ángulo y rama vertical bilaterales, sutura lambdoidea diástásica con dolicocefalia, acrosteolisis, espondilolisis con espondilolistesis y un aumento generalizado y homogéneo de la densidad ósea con fractura patológica en cortical anterior de tibia derecha. La tibia presentaba ausencia de canal medular que impresionaba de osteopetrosis.

Resultados:

Se hospitalizó a la paciente con una reducción de la fractura y un yeso cerrado isquiopédico a la espera de la programación de la cirugía. La cirugía consistió en reducción, labrado y fresado de canal con colocación de un clavo telescópico de crecimiento de 5mm de diámetro.

Conclusiones:

El diagnóstico precoz de la picnodisostosis es esencial para la prevención de fracturas. La presentación de la picnodisostosis como una fractura atípica de tibia es rara y existe poca literatura sobre su manejo. En este caso mostramos su abordaje de manera detallada centrándonos sobretodo en el manejo del canal medular ausente.

NÚMERO

P-66

PRIMER AUTOR

GARCÍA ÁLVAREZ, JESÚS

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

AUTORES

JESÚS GARCÍA ÁLVAREZ; DIEGO MARTINEZ LOPEZ; SANDRA PÉREZ MOTOS; DIEGO VALVERDE BELDA; JOSE LUIS RODRIGO PEREZ

TITULO

LUXACIÓN TRAUMÁTICA CERVICO-TORÁCICA.

RESUMEN

Introducción:

Paciente varón de 65 años, que en el contexto de una caída con hiperflexión de raquis cervical por traumatismo craneoencefálico sufre una fractura-luxación a nivel de C7 -T1.

Material y Métodos:

Durante la exploración, se objetiva déficit sensitivo-motor a nivel de T8, con respiración abdominal diafragmática, paraplejía y anestesia en todo el territorio caudal a dicho nivel. El TC informa de listesis traumática grado 4 entre C7y T1 con luxación bilateral de carillas articulares. Se aprecia importante estenosis secundaria del canal espinal en esta transición, que junto a la clínica del paciente, orienta a sección medular. No se visualizaron fracturas vertebrales.

Tras el TC, se decidió colocar una tracción provisional tipo compás craneal, con el fin de distraer el segmento luxado e impedir la progresión neurológica.

Realizamos RM, que determina un foco importante de mielopatía a dicho nivel, sin llegar a presentar una sección completa de la médula.

Intervenimos al paciente para realizar una estabilización definitiva. Se llevó a cabo una reducción cerrada de la luxación bajo control de escopia. Se estabilizó la reducción con un soporte de craneo tipo Mayfield. Después, se realizó un abordaje de Smith-Robinson para la discectomía y artroplastia del disco C7 con placa de estabilización de C7-T1. Posteriormente, se realizó un abordaje posterior para completar la estabilización con artrodesis de C6 a T2 con barras bilaterales y tornillos pediculares.

Resultados:

Tras 3 meses de la cirugía, el paciente no ha recuperado nada a nivel motor pero sí presenta mejoría sensitiva a nivel distal. Continúa en rehabilitación.

Conclusiones:

A pesar de lo infrecuente que es esta patología, y de que la solución definitiva no está al alcance de cualquier hospital, si es importante recalcar cuál debe ser la actitud en urgencias y cómo se debe inmovilizar al paciente para garantizar su traslado a un centro de referencia.

NÚMERO

P-67

PRIMER AUTOR

GARCIA ALVAREZ, JESUS

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

AUTORES

JESÚS GARCÍA ÁLVAREZ; JORGE MORALES RODRIGUEZ; DIEGO MARTINEZ LOPEZ; DANIEL MONTANER ALONSO;
JOSE LUIS RODRIGO PEREZ

TITULO

HIDRADENOMA DE CÉLULAS CLARAS. TUMORACIÓN DIGITAL, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y MANEJO TERAPÉUTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

Introducción:

Paciente varón de 42 años con antecedente de tumoración en segundo dedo mano derecha de seis meses de evolución. Presenta tumoración marginal ungueal en borde cubital de la falange distal, que afecta a paroniquio, con pulpejo libre. Tiene características de dudosa benignidad con crecimiento lento. Su aspecto es inflamatorio excrecente y ulcerado.

Mostramos los diagnósticos diferenciales más comunes que debemos descartar y las opciones quirúrgicas que sean más resolutivas y menos yatrogénicas para el proceso tumoral.

Material y Métodos:

La ecografía muestra una lesión hipoecoica con vascularización de 15x9x5 mm. La radiografía fue normal. Las opciones terapéuticas quirúrgicas que se barajaron fueron la resección marginal, resección ampliada y amputación del segundo radio.

Las opciones para la cobertura cutánea del defecto fueron el injerto de piel libre, injerto de piel total y el colgajo en isla.

Finalmente se llevó a cabo una resección marginal con bordes libres de la lesión, y la cobertura con injerto de piel total.

Resultados:

La anatomía patológica determinó un tumor de estirpe glandular ecrino, el hidradenoma de células claras. Este tumor presenta una variante maligna (adenocarcinoma papilar digital agresivo), imposible de diferenciar por medio de las características histológicas con su versión benigna, con un riesgo de diseminación del 14% y una recurrencia del 50%. Este hecho justifica que ambas variantes deban ser tratadas de la misma forma, agresiva y precoz, mediante resección completa con márgenes libres, lo que disminuye la tasa de recidiva local del 50% al 5%.

Conclusiones:

Aunque es un tumor raro, estas dos variantes deben incluirse en el diagnóstico diferencial de cualquier paciente con un tumor en los dedos. Es importante tener un alto índice de sospecha en lesiones de aspecto similar, teniendo en cuenta su gran potencial metastásico, debemos realizar un tratamiento quirúrgico agresivo precoz, con el fin de disminuir el riesgo de recurrencia local y metastásico.

NÚMERO

P-68

PRIMER AUTOR

GARCIA ALVAREZ, JESUS

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

AUTORES

JESÚS GARCÍA ÁLVAREZ; SANDRA PÉREZ MOTOS; DIEGO MARTINEZ LOPEZ; ANTONIO PEREZ BLASCO; JOSE LUIS RODRIGO PEREZ

TITULO

CUANDO LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA SE COMPLICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

Introducción:

Las fracturas periprotésicas de rodilla son poco frecuentes (0,3 y 2,5%), a pesar de esto, la prevalencia está aumentando.

Material y Métodos:

Presentamos un caso clínico en el que se aglutinan numerosas complicaciones posibles tras la artroplastia total de rodilla, así como mostrar sus opciones terapéuticas y los resultados derivados.

Resultados:

Paciente mujer de 72 años en seguimiento en consultas externas de traumatología por gonartrosis derecha. Se decide realizar intervención quirúrgica mediante PTR. A los 2 meses, se observa imposibilidad para la extensión activa de la rodilla. Ecográficamente se demuestra una rotura completa del tendón rotuliano, por lo tanto, se realiza sutura tipo Krakow y autoinjerto de tendón cuadriceps.

Tres meses después, la paciente sufre una caída casual con fractura supracondílea de fémur derecho, por lo tanto, se realiza una nueva intervención quirúrgica colocando una placa tipo LCP junto a un cerclaje.

A los 23 meses de la cirugía, se produce una rotura de la placa a nivel del foco de fractura, tras lo cual, se opta por colocar un clavo endomedular retrógrado.

Cinco meses después, se produce una fractura sin antecedente traumático a nivel de la metáfisis tibial, por debajo de la quilla. Ante el discreto desplazamiento de la fractura y teniendo en cuenta las numerosas intervenciones realizadas en dicha extremidad, así como el empeoramiento general del estado de salud de la paciente, se decide optar por realizar un tratamiento conservador de la fractura.

En los controles sucesivos, se observa consolidación de la fractura, aunque la paciente presenta una rodilla en flexo, y debido a la angulación que presenta el platillo tibial tras la consolidación, se observa una limitación para la flexo-extensión.

Conclusiones:

Con este caso clínico se pretende demostrar las posibles complicaciones que se pueden derivar tras la PTR, a pesar de ser un procedimiento muy habitual, no está exento de complicaciones.

NÚMERO

P-69

PRIMER AUTOR

ESTEBAN PEÑA, MARINA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

AUTORES

ESTEBAN PEÑA, MARINA; VILLAR BLANCO, ALFREDO; CARRATALÁ PÉREZ, CARLA; COLOMINA LAIZ, TERESA; RODRIGO PÉREZ, JOSÉ LUIS

TITULO

NEUROPATÍA CUBITAL POR COMPRESIÓN A NIVEL DE LA MUÑECA. A PROPÓSITO DE UN CASO DE ATRAPAMIENTO EN CANAL DE GUYÓN POR GANGLIÓN.

RESUMEN

Introducción:

La compresión del nervio cubital se localiza más frecuentemente a nivel del túnel cubital en el codo y, en segundo lugar, a nivel del canal de Guyón en la muñeca. Existen diversas causas de compresión a nivel del canal de Guyón: gangliones, traumatismos, tumores, malformaciones arteriovenosas, variantes anatómicas y causas posturales, entre otras. El ganglión es la lesión benigna de partes blandas más frecuente de la muñeca.

Material y Métodos:

Se presenta el caso de una paciente de 48 años por dolor en mano derecha que ha ido aumentando desde hace 7 meses. Presenta 4º y 5º dedos de la mano en actitud de hiperextensión de articulaciones metacarpo-falángicas(MTC-F) y flexión de interfalángicas proximales(IFP) y distales(IFD). Refiere parestesia e hipoestesia en borde cubital de la mano de manera constante.

Resultados:

Se solicita estudio de electromiografía (EMG) de miembro superior derecho que muestra disminución de potenciales evocados del nervio cubital derecho sin bloqueos de conducción en el canal del codo, sugestivo de lesión crónica a nivel de canal de Guyón o bien radiculopatía C8. Se solicita resonancia magnética (RM) donde se descarta origen cervical. Se realiza RM de muñeca que muestra imagen quística sugestiva de ganglión volar comunicado con la articulación ganchoso-piramidal. Ante la importante repercusión clínica se decide cirugía de extirpación de ganglión y descompresión de nervio cubital.

Conclusiones:

La compresión de nervio cubital puede tener lugar a diferentes niveles. Es fundamental para orientar el nivel de la lesión una buena exploración clínica. El tratamiento de elección para neuropatías cubitales causada por gangliones en la muñeca es la exéresis quirúrgica del mismo, aunque también existen otras alternativas como la punción del ganglión o la utilización de férulas. Para decidir uno u otro tratamiento hay que tener en cuenta la causa, el tiempo de evolución, el tipo de lesión nerviosa y los tratamientos realizados previamente.

NÚMERO

P-70

PRIMER AUTOR

GARCIA ALVAREZ, JESUS

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

AUTORES

JESÚS GARCÍA ÁLVAREZ; SANDRA PÉREZ MOTOS; DIEGO MARTINEZ LOPEZ; TERESA COLOMINA LAIZ; JORGE MORALES RODRIGUEZ; JOSE LUIS RODRIGO PEREZ

TITULO

QUISTE SINOVIAL INTRAÓSEO EN HUESO GRANDE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

Introducción:

Paciente de 23 años de sexo femenino que acude por dolor en muñeca derecha de un año de evolución. A la exploración, presenta dolor moderado a la palpación de los tendones del extensor digitorum communis a nivel de la zona VII.

Material y Métodos:

En radiografías se apreció una zona de radiolucencia en la porción más radial, proximal y volar del hueso grande. El TC mostró una lesión lítica de contorno regular y con margen escleroso bien delimitado en el hueso grande, asociado a un colapso de la cortical en su vertiente volar y proximal, ligeramente impactada, con un fragmento óseo irregular de aproximadamente 4 mm desplazado hacia volar, condicionando un pinzamiento de la interlínea entre los huesos semilunar y grande.

El diagnóstico fue de un quiste sinovial intraóseo asociado a colapso de la cortical capitolar en hueso grande.

Resultados:

Ante el gran tamaño de la lesión, la extensa afectación articular y la clínica invalidante, se decidió exéresis de la lesión y artrodesis cuatro esquinas de la muñeca. Se realizó escafoidectomía y se continuó con la apertura del quiste intraóseo, curetaje del contenido quístico y relleno con injerto óseo autólogo procedente del escafoides resecado. Se fijó con 2 tornillos canulados de compresión con doble rosca sin cabeza la articulación semilunar-hueso grande y la piramidal-hueso grande, y se aportó el injerto de escafoides sobrante entre las superficies articulares. En la revisión anual, la paciente presentaba un balance articular activo similar a la muñeca contralateral, salvo por una ligera disminución de la flexión dorsal de la muñeca de unos 15º, persistía la ausencia de dolor y en la radiografía de control se observó la completa consolidación de la artrodesis.

Conclusiones:

Presentamos un caso poco frecuente de localización para un quiste sinovial, con repercusión clínica importante, así como una solución con muy buen resultado.

NÚMERO

P-71

PRIMER AUTOR

PEDRAZA CORBÍ, ARANZAZU

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALÈNCIA

AUTORES

PEDRAZA, ARANZAZU; MARISCAL, GONZALO; CORES, CLAUDIA; GRELL, BERNHARD

TITULO

HEMIVÉRTEBRA CONGÉNITA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

Introducción:

La hemivértebra es un tipo de anomalía congénita de la columna vertebral. Se trata de una malformación por déficit óseo del cuerpo vertebral desde el centro de crecimiento. Comprende una anomalía estructural de la columna que puede alterar potencialmente la curvatura de la misma.

Material y Métodos:

Presentamos el caso de una niña de 4 años diagnosticada de una hemivértebra de T12 por ausencia de hemisoma vertebral derecho. Dicha malformación vertebral condiciona en la paciente una cifoescoliosis congénita severa de convexidad izquierda.

Se realiza tratamiento quirúrgico de la malformación consistente en la resección de la hemivértebra. En un primer tiempo se coloca un halo de tracción para optimización de la deformidad con buena tolerancia. Tras ello, en un segundo tiempo, se realiza un abordaje posterior con liberación y resección del arco vertebral afectado.

Durante la intervención, se produce una alerta neurofisiológica consistente en la desaparición de los potenciales evocados motores en ambos miembros inferiores. Se instaura el protocolo de lesión medular y se realiza tomografía computerizada intraoperatoria. Finalmente, recupera los potenciales motores hasta iliopsoas y se coloca drenaje intramedular para descompresión.

Resultados:

Durante el ingreso, la paciente fue recuperando la función motora de forma progresiva, sin embargo, lo hizo más rápidamente en el lado derecho que en el izquierdo. Se instaura rehabilitación y consigue realizar bipedestación previa al alta. Asimismo, se adapta ortesis de tronco y se instruye al familiar en su manejo.

Conclusiones:

La hemivértebra es una deformidad congénita de la columna vertebral que puede condicionar una afectación de la curvatura y provocar una escoliosis congénita según su severidad. La indicación quirúrgica de la hemivértebra depende del grado de severidad que condiciona, sin embargo, resulta complicado determinarlo. La precocidad de la intervención en cuanto a la edad parece relacionarse con unos resultados más satisfactorios.

La bibliografía en estos casos resulta bastante escasa, por lo que en un futuro sería interesante disponer de un mayor número de estudios.

NÚMERO

P-72

PRIMER AUTOR

SIMÓN PÉREZ, VICENT

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE

AUTORES

SIMÓN PÉREZ, VICENT; BLASCO MOLLA, MARÍA ÁNGELES; DESERIO CUESTA, JULIO ALBERTO; GARCÍA CHAMORRO, MARTA; GARRIDO ROJO, RAQUEL; SALOM TAVERNER, MARTA

TITULO

DISPLASIA OSTEOFIBROSA DE TIBIA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

RESUMEN

Introducción:

La displasia osteofibrosa es una lesión fibro-ósea benigna y poco frecuente, que aparece en niños durante la primera década de la vida y que afecta casi exclusivamente a la tibia. Tiene un comportamiento impredecible y puede llegar a generar deformidades severas. Suele manifestarse como una tumoración gradual e indolora, aunque puede debutar como una fractura patológica. El diagnóstico es anatomopatológico. El objetivo del trabajo fue identificar, a partir de la presentación de un caso clínico, los aspectos clave para un correcto manejo de la DO.

Material y Métodos:

Se presenta un caso clínico de pseudoartrosis hipertrófica en aloinjeto de tibia izquierda en una paciente con displasia osteofibrosa diagnosticada a los nueve años, tratada con injerto de banco y osteosíntesis con placa a los catorce años.

Resultados:

Desde el diagnóstico, la paciente presentó un crecimiento agresivo de la tibia no doloroso, con gran deformidad de la extremidad. En ningún momento se evidenció regresión espontánea de la enfermedad. Se decidió escisión radical de la lesión a los catorce años de edad con colocación de injerto de banco y osteosíntesis con placa, que presentó múltiples complicaciones, como fracturas periimplante, deformidades severas, disimetrías y pseudoartrosis del aloinjeto. El tratamiento requirió más intervenciones, desde legrado con relleno de hidroxiapatita hasta injerto vascularizado de peroné, que ha consolidado y tibializado en tres años de evolución.

Conclusiones:

El manejo de la displasia osteofibrosa es controvertido. Unos autores recomiendan una actitud expectante, principalmente en lesiones menos agresivas. Otros abogan por un planteamiento más radical, con el objetivo de minimizar posibles deformidades y potenciales fracturas patológicas. Existen determinados tratamientos, como la escisión marginal o el curetaje, que no modifican la evolución natural de la enfermedad. No obstante, en lesiones con un comportamiento agresivo o ante fracturas patológicas repetidas, se recomienda, una vez finalizado el crecimiento, una escisión ampliada en bloque con injerto masivo.