

NÚMERO

P-01

PRIMER AUTOR

BORRELL CHOVER, ANNA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET

AUTORES

BORRELL CHOVER, ANNA; ESTEBAN PEÑA, MARINA; PÉREZ MOTOS, SANDRA

TITULO

ROTURA DE CABEZA DE CERÁMICA EN PACIENTE CON PRÓTESIS TOTAL DE CADERA. TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES ASOCIADAS.

RESUMEN

Introducción:

La artroplastia total de cadera es considerada, en cirugía ortopédica, uno de los procedimientos quirúrgicos con mayores tasas de satisfacción y mejoras en la calidad de vida de los pacientes.

Sin embargo, complicaciones debidas a los materiales empleados en las superficies de fricción aparecen en un 5% del número total de implantes, lo que ha dado lugar al desarrollo y estudio del comportamiento de diversos materiales.

Actualmente, están disponibles varias opciones (cerámica sobre cerámica, cerámica sobre polietileno, metal sobre polietileno...), cada una con sus ventajas e inconvenientes.

Material y Métodos:

Presentamos el caso de un paciente varón de 43 años intervenido prótesis total cadera derecha en 2001 por antecedente de microcefalia cabeza femoral, utilizando par fricción cerámica-cerámica.

Sigue controles en consultas externas sin incidencias hasta que en 2019 acude a urgencias de nuestro centro refiriendo chasquido en cadera al levantarse del sillón.

La radiografía simple anteroposterior y axial de cadera derecha evidenció una posible rotura de la cabeza de cerámica de la prótesis total de cadera que se confirma mediante TAC.

Se decide realizar un recambio de la cabeza de cerámica mediante la implantación del sistema Biolox Option L de 28 mm que consta de dos componentes: Funda interior (aleación de titanio) y cabeza femoral de cerámica delta BIOLOX.

Resultados:

El paciente fue dado de alta y evaluado de forma seriada en consultas externas de traumatología.

Tres meses después de la cirugía, el paciente inició deambulacion sin ayudas con buena tolerancia. Seis meses después, el balance articular era completo y no presentaba dolor a las rotaciones ni a la impactación.

Conclusiones:

El par de fricción cerámica-cerámica se caracteriza por un desgaste mucho menor y por una mayor biotolerabilidad, siendo la principal indicación para la elección de este par, un paciente joven con vida activa.

Una rotura de cerámica, se considera prácticamente una emergencia, siendo indicación de revisión quirúrgica precoz para reducir más daños en el inserto o en el vástago. Esto nos hace reflexionar sobre la importancia de un diagnóstico precoz y por tanto la necesidad de pensar en esta complicación en los pacientes con este tipo de artroplastia, ya que la imagen radiográfica en urgencias no siempre es evidente e implica tener un alto grado de sospecha.

En casos de fallo de un componente cerámico, el uso de una cabeza metálica contra polietileno puede provocar complicaciones secundarias debido al desgaste de las cabezas metálicas por las partículas asociadas al componente cerámico.

Los implantes de cerámica con una funda o adaptador de titanio ofrecen la posibilidad de cambiar el cabezal de cerámica original por uno nuevo sin revisión del vástago si las condiciones del cono siguen siendo adecuadas. Consiguiendo mediante esta técnica aumentar la resistencia al desgaste adicional del cabezal de cerámica.

PÓSTER ELECTRÓNICO

NÚMERO

P-02

PRIMER AUTOR

DÍEZ ALBERO, LUIS

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

DÍEZ ALBERO, LUIS; MORIL PEÑALVER, LORENA; SEVILLA MONLLOR, ALEXANDRA; FORNÉS GALLEGO, ENRIQUE; LAPEÑA MARTÍNEZ, ANDRÉS

TITULO

LINFOMA NO-HODGKIN PRIMARIO DE SACRO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

RESUMEN

Introducción:

El linfoma óseo es una entidad muy infrecuente. Constituye menos del 2% de los linfomas y el sacro constituye una localización primaria poco habitual. únicamente 11 casos han sido descritos hasta la fecha.

Material y Métodos:

Paciente mujer de 46 años con dolor lumbar de un mes de evolución de características mecánicas con radiculopatía S1. No se objetiva lesión ósea aguda en las radiografías practicadas. Se realiza TAC en centro privado que informa de lesión lumbal de 28 x 97 mm de diámetro en ala sacra derecha de características malignas. Se solicita RMN que confirma la lesión con extensión a partes blandas. Los marcadores tumorales y las proteínas plasmáticas no fueron elevadas. La biopsia con análisis histopatológico informó de linfoma B difuso de célula grande con positividad para cMYC, BCL2, BCL6, CD20, CD79a, PAX5, MUM1, con un índice Ki67 del 75%.

Resultados:

Tras el diagnóstico de linfoma B difuso de célula grande primario sin metástasis a distancia, se inicia tratamiento quimioterápico con 6 ciclos de R-CHOP seguido de radioterapia.

Conclusiones:

El linfoma primario sacro es una entidad muy poco frecuente, pero debe estar en el diagnóstico diferencial de una lumbalgia con radiculopatía.

NÚMERO

P-03

PRIMER AUTOR

LIZANA GARCIA, JOSÉ MIGUEL

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

LIZANA GARCÍA, JOSÉ MIGUEL; MORIL PEÑALVER, LORENA; ORIHUELA GARCÍA, JOSÉ CARLOS; SERRANO TORRES, PABLO; CASTROVERDE MARTÍNEZ, NIEVES

TITULO

EXOSTOSIS ANTERIOR DE HUMERO COMO SECUELA DE FRACTURA SUPRAINTERCONDILEA

RESUMEN

Introducción:

La fractura supracondílea es una fractura frecuente en niños menores de 10 años. Se produce cuando el niño cae con extensión de codo y flexiona o abduce el hombro. La fractura ocurre en su punto más débil, que es la paleta humeral. Las complicaciones de este tipo de fracturas pueden variar desde alteraciones rotacionales, neurovasculares o consolidación viciosa.

Material y Métodos:

Se presenta el caso de una niña de 9 años que, tras ser intervenida de una fractura supracondílea Gardland tipo III, intervenida en otro Hospital en 2019 con reducción abierta y osteosíntesis con agujas Kirschner, presenta a los dos años, limitación a la flexión de codo hasta 90º, con exostosis en cara anterior de paleta humeral.

Resultados:

Se realizó abordaje antero lateral sobre codo izdo. Se identifica nervio cutáneo braquial externo que se desplaza. Se aprecia la tumoración en zona central de paleta humeral, protruyendo sobre el musculo braquial anterior, por lo que se accede a través de disección longitudinal del mismo. Se accede a tumoración y se reseca mediante exéresis con gubia. Se comprueba bajo escopia su exéresis y se comprueba así mismo la movilidad del codo bajo sedación, que en este caso se encuentra entre los 0-140º. Cierre de piel con Vycril rapid.

Conclusiones:

Las fracturas supracondíleas de codo son lesiones frecuentes en niños hasta los 10 años, cuyas complicaciones mas frecuentes son neurovasculares y deformidades angulares. No obstante, otras mas raras pueden ser las consolidaciones viciosas, cuyo tratamiento sintomático para mejorar la movilidad del codo es bastante satisfactorio, mediante una intervención sencilla, pero con cautela para evitar el daño de estructura neurovasculares de la zona afectada.

NÚMERO

P-04

PRIMER AUTOR

LIZANA GARCÍA, JOSÉ MIGUEL

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

LIZANA GARCÍA, JOSÉ MIGUEL; MORIL PEÑALVER, LORENA; LAPEÑA MARTÍNEZ, ANDRÉS; VARGAS MALDONADO, MIGUEL; MARTÍNEZ HURTADO, JUAN PEDRO

TITULO

COVID19, UN INCOMODO INQUILINO DEL SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO.

RESUMEN

Introducción:

El COVID19 es una enfermedad compleja con muchas manifestaciones clínicas (respiratoria, gastrointestinal, neurológica, etc).

Poca bibliografía existe de sus manifestaciones nerviosas a nivel periférico.

Se plantea la hipótesis de un posible caso de STC en el contexto de una infección por SARS-COV2.

Material y Métodos:

Se presenta el caso de una mujer de 87 años, ingresada en nuestro hospital por insuficiencia respiratoria, en el contexto de una neumonía por COVID19. Durante su estancia, la paciente presenta debilidad y parestesias en territorio palmar de primero a cuarto dedo de mano derecha, no presentes antes del ingreso.

Resultados:

A la exploración destaca debilidad a la flexión de primer a cuarto dedo de mano derecha Phallen y Durkan positivos, pero Tinel negativo. Fue valorado por neurología además, quienes descartaron origen central de neuropatía mediante pruebas de imagen, y coinciden en el diagnóstico de STC. Al ser dada de alta, se realizó EMG de forma ambulatoria, que mostró una conducción disminuida en territorio del nervio mediano de dicha mano, compatible con una neuropatía moderada del mismo, que confirma el diagnóstico.

Conclusiones:

El COVID19 presenta, al igual que otros muchos virus, manifestaciones sistémicas, de las que cobra gran importancia el dolor neuropático en personas susceptibles a padecerlo. Se está estudiando la posible relación con la aparición o el agravamiento de patologías tan frecuentes en la población general como son el síndrome del túnel carpiano, entre otros. A pesar de ello, son pocos los casos disponibles en el momento actual y sería necesario un mayor número de casos para establecer la relación causal entre ambas patologías.

NÚMERO

P-05

PRIMER AUTOR

LIZANA GARCÍA, JOSÉ MIGUEL

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

LIZANA GARCÍA, JOSÉ MIGUEL; REBATE NEBOT, EVA; FORNÉS GALLEGO, ENRIQUE FABIÁN; DIEZ ALBERO, LUIS; MARIA DOLORES FERNÁNDEZ RUIZ

TITULO

¿NUEVA MANIFESTACIÓN EN PACIENTE CON OSTEOCONDROMATOSIS FAMILIAR?

RESUMEN

Introducción:

La osteocondromatosis múltiple se caracteriza por la aparición de numerosos tumores benignos y de aspecto cartilaginoso. Estos presentan un patrón de crecimiento en forma de exostosis, teniendo predilección por las metáfisis de los huesos largos. Además, un 90% de los pacientes afectados ostentan mutaciones de los genes supresores de tumores EXT1 o EXT2.

Material y Métodos:

Paciente de 34 años, conocido por nuestro servicio tras ser diagnosticado de osteocondromatosis múltiple hace 6 años, acude a consultas externas de COT ante unas nuevas lesiones.

A la exploración, se observa tumoración dura y adherida a planos profundos en dorso de la articulación Interfalángica proximal de cuarto dedo de mano derecha y otra en la región anterior del hombro izquierdo. Ante dichos hallazgos, se solicitó una RMN y Gammagrafía que objetivaron una lesión hipercaptante en hombro izquierdo, no presente en estudios previos. Además, se identificaron lesiones ya observadas previamente en metáfisis proximal y distal de ambos fémures, tibias y húmero derecho.

Resultados:

Poco tiempo después de la consulta, el paciente fue intervenido de manera ambulatoria de la tumoración en la mano derecha mediante abordaje dorsal longitudinal del cuarto dedo y en un segundo tiempo escisión tumoral de tumoración del hombro mediante abordaje deltopectoral. Se remitieron ambas muestras a Anatomía Patológica, que confirmaron el resultado compatible con osteocondroma de ambas lesiones.

Un mes tras la cirugía, el paciente presentaba movilidad correcta e indolora del dedo y del hombro, sin dolor alguno.

Conclusiones:

La osteocondromatosis familiar es una enfermedad de transmisión autosómica dominante cuyo tratamiento se basa en la resección aquellas lesiones que generen clínica o deformidades importantes.

Tras nuestra experiencia, consideramos importante el seguimiento periódico de los pacientes de manera multidisciplinar. Siendo imprescindible la solicitud de pruebas radiológicas de control y una exploración física exhaustiva, ya que estas presentan potencial de malignización en un pequeño porcentaje de los casos.

NÚMERO

P-06

PRIMER AUTOR

LIZANA GARCÍA, JOSÉ MIGUEL

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

LIZANA GARCÍA, JOSÉ MIGUEL; JOVER CARRILLO, ANTONIO DAMIÁN; REBATE NEBOT, EVA; ORIHUELA GARCÍA, JOSÉ CARLOS; SERRANO TORRES, PABLO

TITULO

OSTEOTOMIA CORRECTORA VALGUIZANTE EN CONSOLIDACIÓN VICIOSA DE FRACTURA ARTICULAR DE BASE 1º METACARPIANO.

RESUMEN

Introducción:

Las fracturas intrarticulares de la base del primer metacarpiano son fracturas complejas, cuyo tratamiento suele ser quirúrgico. Un manejo inadecuado de este tipo de fracturas, puede causar secuelas en cuanto a la movilidad articular o dolor permanente.

Material y Métodos:

Se presenta el caso de un varón de 23 años sin antecedentes personales de interés, que en agosto de 2019 acude a consultas externas de COT para seguimiento de fractura de piramidal que se trató de forma conservadora. Refiere tres semanas antes de la consulta una pelea con contusión en zona de primer metacarpiano de misma mano e impotencia funcional, por lo que no acudió a urgencias. A su llegada a consulta se realiza radiografía, donde se aprecia una fractura de base de primer metacarpiano intrarticular y ligeramente desplazada, que evolucionó a una consolidación viciosa. Dado el tiempo de evolución a su llegada a la consulta, se decidió intervenir la secuela de dicha fractura de forma programada.

Resultados:

El paciente fue intervenido por la Unidad de Mano de nuestro hospital en cirugía sin ingreso, realizándose una osteotomía correctora en extensión y valgüización de primer metacarpiano derecho. Se realizó incisión en zona dorso-volar base 1º MTC dcho y, bajo control radioscópico se colocan 2 agujas paralelas a línea articular distal a 1 cm aproximadamente. Se colocan otras 2 agujas de distal a proximal hasta la mitad de la sección anterior.

Previamente a la osteotomía se coloca placa específica mano de primer metacarpiano ajustada en zona proximal fijando aguja en posición correcta. Se retira la placa y se mantiene la aguja para guía final.

Se realiza osteotomía distal y osteotomía proximal parcial guiada con las agujas y se fija con placa dorsal de metacarpiano, con 3 tornillos de bloqueo proximales, 1 tornillo cortical distal colocado excéntrico para compresión de foco + 2 tornillos de bloqueo.

Se coloca una férula de inmovilización con el pulgar en extensión.

Conclusiones:

El paciente es seguido en consultas externas, después del proceso de rehabilitación, donde se aprecia un notable aumento de la abducción del pulgar y del rango de movilidad del mismo, así como una disminución de dolor a nivel de la articulación trapecio-metacarpiana.

Es interesante tener claras las indicaciones de tratamiento quirúrgico en según que tipo de fracturas, para evitar secuelas permanentes que dificulten aún más su manejo.

NÚMERO

P-07

PRIMER AUTOR

SERRANO TORRES, PABLO

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

SERRANO TORRES, PABLO; FORNÉS GALLEGRO, ENRIQUE FABIÁN; LIZANA GARCÍA, JOSE MIGUEL; LAPEÑA MARTÍNEZ, ANDRÉS; MARTÍNEZ HURTADO, JUAN PEDRO; AGUIRRE PASTOR, ALFREDO.

TITULO

FRACTURA PERIPROTÉSICA DE FÉMUR DISTAL EN PACIENTE CON MIELOMA MÚLTIPLE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

Resumen:

Introducción:

El mieloma múltiple es la segunda neoplasia hematológica en orden de frecuencia. Se define por la presencia de células plasmáticas monoclonales con capacidad para producir una paraproteína monoclonal y causar alteraciones clínicas en forma de anemia, insuficiencia renal, hipercalcemia o lesiones óseas.

La presencia de una fractura patológica periprotésica de fémur distal es poco frecuente y exige de un abordaje y una planificación detallada.

Material y Métodos:

Paciente de 81 años con prótesis total de rodilla izquierda desde 2011 y con Mieloma Múltiple desde 2015 que acude a Urgencias con clínica de gonalgia izquierda de 3 meses de evolución. En la última semana se ha agudizado el dolor y le incapacita la deambulacion. El paciente presenta una rodilla con inflamación, calor y rubor local. Presenta dolor a la palpación de ambos cóndilos femorales y una flexoextensión dolorosa con crepitación. Debido al dolor es imposible valorar la estabilidad de la rodilla y resto de exploración.

En la radiografía AP y LAT de rodilla izquierda se objetiva una fractura periprotésica de fémur distal Rorabeck tipo II susceptible de fractura patológica con una imagen lítica con patrón geográfico mal definido.

Se realiza ingreso para control del dolor y tratamiento definitivo de su lesión.

Resultados:

Se amplía el estudio con RMN de rodilla y se decide esperar a realización de PET-TC solicitado por Hematología. Tras completar un estudio formal del paciente, se objetivan lesiones óseas en acetábulo izquierdo y ambas palas ilíacas se presenta en sesión clínica y se programa quirófano para realización de osteosíntesis con recambio de prótesis con opción de realización de prótesis tumoral MUTARS.

En quirófano nos encontramos una importante pérdida del stock óseo del fémur distal con ambos cóndilos desestructurados. Ante dichos hallazgos se decide realización de prótesis tumoral fémur distal.

Conclusiones:

Las fracturas patológicas tienen una complejidad superior al resto y exigen un abordaje multidisciplinar. Al tratarse además de una fractura periprotésica exigía valorar

aspectos intrínsecos tanto de la expectativa de vida del paciente como de las características de la fractura. Todo ello nos llevó a considerar distintas opciones y la decisión final tuvo que tomarse de manera intraoperatoria ante los hallazgos encontrados.

NÚMERO

P-08

PRIMER AUTOR

LAPEÑA MARTÍNEZ, ANDRÉS

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

LAPEÑA MARTÍNEZ, ANDRÉS; DÍEZ ALBERO, LUIS; GARCÍA ORTIZ, MARÍA TÍSCAR; SERRANO TORRES, PABLO; MORIL PEÑALVER, LORENA

TITULO

INESTABILIDAD HEMODINÁMICA PROGRESIVA TRAS CIRUGÍA PROTÉSICA DE CADERA.

RESUMEN

Introducción:

La cirugía protésica de cadera es una intervención habitual en nuestra práctica diaria pero no exenta de problemas. Históricamente se ha asociado la realización del abordaje anterolateral con la insuficiencia glútea por afectación nerviosa y muscular (24.8%). Sin embargo, más raramente se han descrito afectaciones vasculares.

Material y Métodos:

Mujer de 79 años que acude a urgencias tras caída en la vía pública con dolor e impotencia funcional de la pierna derecha, sin presentar alteraciones neurovasculares.

Tras la realización de las pruebas radiológicas, se aprecia una fractura subcapital Garden III de cadera derecha. Al tratarse de una mujer anticoagulada por fibrilación auricular, se interviene de manera programada a los 2 días. La cirugía transcurrió sin complicaciones, colocándose una prótesis parcial a través del abordaje de Hardinge. En el postoperatorio inmediato, la paciente presentó una correcta evolución clínica y hemodinámica, permitiéndose la deambulación al segundo día. A partir de ese momento, la mujer presenta un deterioro clínico evidente con cifras tensionales bajas.

Resultados:

Ante dicha situación, se solicitó una analítica que mostraba un descenso acusado del hematocrito. La paciente continuó inestabilizándose pese a la administración de fluidos y la trasfusión de 2 concentrados de hematíes, siendo necesario contactar con UCI.

Clínicamente se apreciaba un aumento del volumen del muslo pero sin sangrado desde la herida quirúrgica. Debido a ello, se solicitó un TAC con contraste que mostró una lesión sangrante en la raíz del miembro. Este hallazgo motivó la remisión de la paciente a radiología intervencionista quien diagnosticó y embolizó un pseudoaneurisma dependiente de la arteria hipogástrica derecha. Posteriormente, la paciente evolucionó sin secuelas de la cirugía y de la hemorragia.

Conclusiones:

La inestabilización hemodinámica subaguda tras una cirugía es infrecuente y, normalmente, debida a un sangrado digestivo. Ante la sospecha clínica, debemos pensar en la posibilidad de una lesión vascular y solicitar un TAC con contraste que incluya el aparato digestivo y pelvis para poder localizar la lesión; siendo una posibilidad el tratamiento endovascular de la misma.

NÚMERO

P-09

PRIMER AUTOR

HERNANDEZ HERRERO, MARTA

CENTRO

HOSPITAL COMARCAL DE VINAROS

AUTORES

HERNÁNDEZ HERRERO, MARTA*; SANTILLANA RUIZ, JAVIER*;SANTANA ZORRILLA, SAMANTA *; EUGENA MARTÍNEZ, ALEJANDRO**;RENAU HERNÁNDEZ, ESMERALDA ***;VALERO QUERALT, MIGUEL ANGEL *.

*SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL COMARCAL DE VINARÒS

TITULO

CERVICALGIA EN ADOLESCENTE CON DIAGNOSTICO DE SINDROME DE KLIPPEL FEIL

RESUMEN

Introducción:

El síndrome de Klippel-Feil es una causa excepcional de cervicalgia. Es una enfermedad congénita caracterizada por la fusión de 2 o más vértebras, pudiendo asociar también otras malformaciones y alteraciones óseas. La tríada clínica característica consiste en cuello corto, implantación baja del cabello en la región occipital y limitación de la movilidad cervical.

Material y Métodos:

Se presenta un caso de un niño de 13 años, jugador de futbol que refiere cervicalgia asociada a crujidos cervicales de 4 meses de evolución, sin traumatismo previo.

A la exploración presenta un cuello corto lateralizado a la derecha asociado a dolor a la palpación a nivel de musculatura paravertebral cervical bilateral con limitación a los movimientos a la rotación y lateralización derecha y flexoextensión cervical asociado a una contractura muscular.

Resultados:

En el estudio radiográfico cervical se aprecia defecto en segmentación cervical en los niveles C3-C4 y C6-C7 y en la RM cervical se observa un defecto en la segmentación cervical múltiple con fusión de los cuerpos vertebrales C3-C4 de predominio izquierdo y de C6-C7 de predominio derecho con alteración en la curvatura cervical en el plano coronal, escoliosis malformativa cervical de doble curvatura por defecto de segmentación en C4-C5 y C5-C6. Para completar el estudio se solicita escoliograma, analítica, ecografía renal y ecocardiografía normal.

Conclusiones:

La malformación de segmentación vertebral congénita se trata de un diagnóstico infrecuente en la edad pediátrica y cuya sospecha puede generarse a partir de un examen clínico y estudio de imágenes radiológicas.

NÚMERO

P-10

PRIMER AUTOR

MARTINEZ LOPEZ, DIEGO

CENTRO

HOSPITAL DOCTOR PESET, VALENCIA

AUTORES

MARTÍNEZ LÓPEZ, DIEGO; VILLAR BLANCO, ALFREDO; COLOMINA LAIZ, TERESA

TITULO

TRATAMIENTO DE LA SINOVITIS VILLONODULAR PIGMENTADA DIFUSA DE RODILLA MEDIANTE SINOVECTOMÍA ARTROSCÓPICA SEGUIDA DE SINOVIORTESIS RADIOISOTÓPICA.

RESUMEN

Introducción:

La sinovitis villonodular pigmentada (SNVP) es una enfermedad benigna pero localmente agresiva de proliferación sinovial que puede ocurrir en todas las articulaciones, vainas tendinosas y bursas, con predilección por la rodilla.

El tratamiento inicial se basa en la sinovectomía, abierta o artroscópica. Tras la cirugía, existe una alta tasa de recurrencia. La sinoviortesis radioisotópica como adyuvante a la sinovectomía quirúrgica parece disminuir la tasa de recidiva local.

Se presenta el manejo de un caso de SNVP de rodilla mediante sinovectomía artroscópica y radiosinoviortesis adyuvante.

Material y Métodos:

Varón de 25 años con episodios de dolor y edema articular de repetición en rodilla derecha de varios años de evolución sin antecedente traumático referido.

En la exploración física, discreto derrame articular y dolor difuso. No alteraciones en balance articular ni en estabilidad de rodilla.

Se realiza una resonancia magnética (RM) en la que se aprecian varias imágenes lobuladas con depósitos de hemosiderina rodeando al ligamento cruzado anterior, por detrás del ligamento cruzado posterior y en el receso suprapatelar que, por sus características orientan a SVNP difusa.

Tras los resultados de la RM, se realiza una sinovectomía artroscópica con exéresis de varios nódulos hiperpigmentados de color ocre y se remiten las muestras a Anatomía Patológica que confirman el diagnóstico de SVNP.

A los 4 meses de la cirugía, se realiza sinoviortesis radioisotópica mediante la administración intraarticular de 5 mCi de Y-90 junto a 0.5 mCi de 99mTc en la rodilla derecha, comprobando mediante imagen gammagráfica la correcta distribución del radiofármaco en la articulación.

Resultados:

A los 6 meses de la sinoviortesis el paciente se encuentra asintomático, no refiriendo nuevos episodios de dolor y derrame y sin complicaciones asociadas al tratamiento. Se realiza un nuevo control a los dos años persistiendo sin clínica.

Conclusiones:

La sinovectomía artroscópica, por el menor riesgo de complicaciones respecto a la sinovectomía abierta, seguida de sinoviortesis radioisotópica es el tratamiento de elección para los casos de SVNP difusa de rodilla.

NÚMERO

P-11

PRIMER AUTOR

SANTILLANA RUIZ, JAVIER

CENTRO

HOSPITAL COMARCAL DE VINAROS

AUTORES

SANTILLANA RUIZ, JAVIER; HERNÁNDEZ HERRERO, MARTA; SANTILLANA HERNÁNDEZ, IÑIGO; SANTANA ZORRILLA, SAMANTA; MARTINEZ VERGARA, JOSE LUIS*; VALERO QUERALT, MIGUEL ANGEL

TITULO

FRACTURA EN EPITROClea DEL CODo EN NIÑOS ¿CUANDO OPERAR?

RESUMEN

Introducción:

Las fracturas de la epitroclea representan el 11 al 20% de las lesiones en codo en la población pediátrica. Existe controversia en el manejo de estas fracturas, considerándose el tratamiento ortopédico cuando no son desplazadas o mínimo desplazamiento y optándose por manejo quirúrgico con desplazamiento

Material y Métodos:

El objetivo de este estudio es describir los resultados clínicos y radiológicos de 2 pacientes pediátricos diagnosticados con fractura de epitroclea comparando un tratamiento ortopédico y otro quirúrgico

Resultados:

Paciente de 10 años que sufrió una caída sobre codo izquierdo presentando dolor, tumefacción e impotencia funcional diagnosticando radiológicamente y mediante TAC como fractura de epicóndilo medial con desplazamiento del núcleo de osificación de 4 mm, se optó por tratamiento ortopédico inmovilizado durante 3 semana con evolución favorable.

Paciente de 6 años que sufrió una caída sobre codo izquierdo presentando dolor, impotencia funcional e inestabilidad en valgo. Fue diagnosticado mediante TAC, de fractura por avulsión de 2 fragmentos del epicóndilo medial con desplazamiento lateral de más de 2mm. El paciente fue operado mediante reducción abierta y fijación con osteosíntesis (2 agujas de Kirschner) presentando una evolución favorable a las 6 semanas.

Conclusiones:

El tratamiento de esta fractura puede ser ortopédico o quirúrgico. No se evidenció diferencia significativa en las tasas de consolidación con los dos tipos de manejo en estos dos casos como sucede en las revisiones de varias series de varios autores.

NÚMERO

P-12

PRIMER AUTOR

HERNANDEZ HERRERO, MARTA

CENTRO

HOSPITAL COMARCAL DE VINAROS

AUTORES

HERNÁNDEZ HERRERO, MARTA; SANTILLANA RUIZ, JAVIER; SANTILLANA HERNÁNDEZ, IÑIGO; RAMÓN LÓPEZ, KATIA; SANTANA ZORRILLA, SAMANTA; VALERO QUERALT, MIGUEL ANGEL

TITULO

UNA FRACTURA ACUÑAMIENTO VERTEBRAL OSTEOPOROTICA EN ENFERMEDAD DE KUMMEL

RESUMEN

Introducción:

La enfermedad de Kummel es una fractura-acuñamiento de un cuerpo vertebral precedida por un traumatismo menor, cuya etiología más aceptada es la necrosis avascular, siendo más frecuente en personas mayores y varones y con una localización preferentemente en las últimas vértebras dorsales y primeras lumbares.

Material y Métodos:

Paciente varón de 80 años, con antecedentes de diabetes tipo II, HTA, Dislipemia, AVC, FA, Insuficiencia Renal en estudio por posible amiloidosis e intervenido mediante laminectomía por hernia discal L4-L5.

Tras un traumatismo de 1 mes de evolución presentó una fractura-aplastamiento de L1, en tratamiento con corsé termoplástico y tras evolución tórpida de dolor se apreció una mayor progresión de su acuñamiento con mayor grado de pérdida de altura a nivel de L1, sin clínica neurológica.

Ante el empeoramiento clínico y radiológico se solicitó inicialmente una RM lumbar y una analítica. Ante el resultado de RM se solicitó una TAC lumbar para la realización de una cifoplastia y biopsia ósea.

Resultados:

En la RMN lumbar se apreció fractura acuñamiento L1 con pérdida de altura del muro anterior del 60% con respecto al posterior con estenosis leve de intensidad agudo/subagudo con edema de la esponjosa ósea y línea paralela al platillo superior con características de intensidad de señal correspondientes con líquido (fluid sign) y gas intravertebral, signos de osteonecrosis (Enfermedad de Kummel).

Se le realizó una cifoplastia como tratamiento definitivo, observando una mejoría clínica.

Conclusiones:

La enfermedad de Kummel es una afección poco común (7-37%), más frecuente en personas mayores y varones, consistente en una fractura-acuñamiento de un cuerpo vertebral que progresa a cifosis tras un traumatismo menor.

Es importante el conocimiento de esta enfermedad para realizar diagnóstico diferencial con patología osteoporótica, tumoral o infecciosa e insistir en la realización de pruebas de imagen ante la persistencia del dolor.

NÚMERO

P-13

PRIMER AUTOR

GUTIÉRREZ PEREIRA, JAVIER

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO ALICANTE

AUTORES

GUTIÉRREZ PEREIRA, JAVIER

TITULO

MÁS ALLÁ DE LA LUMBOCIATALGIA

RESUMEN

Introducción:

La lumbociatalgia supone uno de los motivos más frecuentes de consulta en los servicios de urgencias de traumatología. Presentamos una revisión del diagnóstico diferencial de la claudicación neurogénica vs vascular a través de un caso de síndrome de Leriche diagnosticado y tratado inicialmente como estenosis de canal lumbar de forma errónea.

Material y Métodos:

Presentamos el caso clínico de una paciente que acude a Urgencias por dolor lumbar irradiado a glúteo, pantorrilla y pie derecho no relacionado con traumatismo o sobreesfuerzo. Además presenta claudicación en aumento en los últimos meses, fuerza y sensibilidad conservadas sin parestesias en región de silla de montar. En la Resonancia Magnética se objetiva protrusión L5-S1 con estenosis foraminal bilateral significativa. Debido al mal control del dolor se decide intervenir quirúrgicamente mediante descompresión y artrodesis L4-S1.

Resultados:

Tras la cirugía la paciente presenta escasa mejoría del dolor y claudicación. Además, asocia signos de hipoperfusión periférica. En el Angio-TAC se confirma la presencia de trombosis oclusiva de aorta abdominal distal a arterias renales, probablemente en el contexto de síndrome de Leriche, por lo que es intervenida por cirugía vascular para realizar bypass axilo-bifemoral y amputación supracondílea de miembro inferior derecho.

Conclusiones:

Es fundamental realizar de forma sistemática una correcta exploración de pulsos periféricos en pacientes con clínica de lumbociatalgia. Diferenciar la claudicación de origen neurogénico vs origen vascular puede suponer un reto diagnóstico.

NÚMERO

P-14

PRIMER AUTOR

MARISCAL RUIZ RICO, GONZALO

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITECNICO LA FE, VALENCIA

AUTORES

MARISCAL, GONZALO; GRELL, BERNHARD; PEDRAZA, ARANZAZU; CORES, CLAUDIA C.; BARRÉS, MARIANO

TITULO

DETERIORO DE LA ENFERMEDAD VASCULAR Y AMPUTACIÓN BILATERAL EN UN PACIENTE TRAS INTERVENCIÓN DE FRACTURA DE CADERA

RESUMEN

Introducción:

La fractura de cadera en pacientes amputados de miembro inferior es una asociación poco frecuente. La biomecánica alterada y la osteoporosis asociada de estos pacientes suponen un reto para el cirujano ortopédico.

Material y Métodos:

Presentamos el caso de un paciente de 64 años con antecedentes personales de EPOC, osteoporosis e isquemia crónica de los miembros inferiores. Fue sometido a múltiples intervenciones por isquemia crónica y complicaciones relacionadas. Acudió a urgencias tras una caída casual en su domicilio presentando una fractura pertrocanterica izquierda. En el momento de la fractura se le realizó un bypass femoro-tibial con vena cefálica y basilar en la extremidad inferior izquierda y un bypass femoro-tibial posterior de sistema venoso superficial invertido en la extremidad inferior derecha.

Resultados:

La fractura de la cadera izquierda fue tratada con clavo endomedular. Tres meses después se le practicó una amputación transmetatarsiana del miembro inferior izquierdo. Siete meses después, el paciente acudió a urgencias con una fractura pertrocanterica derecha que fue tratada con clavo endomedular. Un mes más tarde, acudió con una amputación supracondílea del miembro inferior derecho y tres meses más tarde se le practicó una amputación supracondílea del miembro inferior izquierdo.

Conclusiones:

La fractura de cadera conlleva una importante pérdida de sangre que, en pacientes con un aporte sanguíneo precario, podría llevar a una progresión del escalón quirúrgico de la isquemia crónica (en este caso la amputación bilateral). En estos pacientes es fundamental evitar la "complacencia" y la prevención de caídas para evadir la amputación

NÚMERO

P-15

PRIMER AUTOR

BORRELL CHOVER, ANNA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET

AUTORES

BORRELL CHOVER, ANNA; CARRATALÁ PÉREZ, CARLA; VILLAR BLANCO, ALFREDO

TITULO

ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN LESIÓN LÍTICA ÓSEA CON ALTO RIESGO DE FRACTURA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

Introducción:

El defecto fibroso cortical es una lesión benigna del hueso en desarrollo y consiste en tejido osteofibroso anormal que afecta habitualmente a la metáfisis de huesos largos. Comúnmente aparecen en fémur distal, tibia proximal y peroné. La incidencia máxima es de 4 a 8 años y a menudo se descubren de manera incidental en radiografías simples.

Material y Métodos:

Presentamos el caso de un varón de 17 años que refiere dolor de rodilla derecha sin antecedente traumático. El estudio radiológico mediante radiografía simple y tomografía computerizada, pone de manifiesto dos lesiones líticas en tibia proximal derecha que afectan a más del 50% del diámetro de la misma. Ante el riesgo de fractura, se decidió intervenir al paciente de forma programada mediante exéresis de lesión, relleno de defecto con hueso de banco y colocación de placa profiláctica con tornillos de cortical según técnica percutánea.

Resultados:

El paciente fue dado de alta con posterior seguimiento en consultas donde se evidenció inicio de curación del defecto. Clínicamente el paciente se encontraba sin dolor y sin limitaciones funcionales, realizando vida normal. Se le permitió un regreso gradual a la actividad deportiva. Después de 3 meses, las radiografías simples demostraron una osificación de la lesión, decidiéndose extracción del material de osteosíntesis.

Conclusiones:

Según la bibliografía existente, el tratamiento quirúrgico estaría reservado para aquellos casos en los que el tamaño de la lesión o la proporción de hueso involucrado predispone a fracturas patológicas o si ya se ha producido una fractura. En estos casos, el legrado y sustitución con injerto óseo pueden aliviar el dolor y permitir una recuperación completa en jóvenes con lesiones óseas líticas benignas.

NÚMERO

P-16

PRIMER AUTOR

SANTILLANA RUIZ, JAVIER

CENTRO

HOSPITAL COMARCAL DE VINAROS

AUTORES

SANTILLANA RUIZ, JAVIER; HERNÁNDEZ HERRERO, MARTA;; SANTILLANA HERNÁNDEZ, IÑIGO; SANTANA ZORRILLA, SAMANTA ; HONRUBIA ESCRIBANO, CARLOS; VALERO QUERALT, MIGUEL ANGEL

TITULO

FRACTURA POR FATIGA TRAS AUMENTO DE ACTIVIDAD DEPORTIVA

RESUMEN

Introducción:

La fractura por fatiga o de estrés se produce por un aumento de la actividad funcional o por sobrecarga mecánica del hueso sano, de forma independiente a traumatismos directos. En el deporte, la causa de dichas fracturas de fatiga, son principalmente la repetición del gesto deportivo, que produce un estrés funcional que finaliza en una fractura ósea.

Material y Métodos:

Varón de 12 años que practica tenis de alta competición con dolor a nivel del tercio distal del radio en muñeca derecha y a nivel de tabaquera anatómica sin traumatismo directo siendo diagnosticado primeramente como una sobrecarga y tendinitis de la muñeca en tratamiento fisioterapéutico. Ante la no mejoría clínica acudió a consultas por dolor en tabaquera anatómica, en la rx se apreció fractura de tercio medio del escafoides no desplazada y la RM confirmó la presencia de un trazo de fractura de tercio medio de escafoides con moderada edematización de curso subagudo con signos de viabilidad del fragmento proximal, por lo que se procedió a la realización de un tratamiento ortopédico.

Resultados:

El paciente tras un periodo de inmovilización y posterior inicio de la actividad progresiva, a los 8 meses reinició la competición a alto nivel, volviendo a obtener su estado físico y rendimiento igual al previo de la lesión.

Conclusiones:

Este tipo de fracturas por estrés presentan un retraso diagnóstico debido al curso insidioso de semanas de dolor e incapacidad. El dolor es progresivo en intensidad y en ocasiones no se encuentra acompañado de un mecanismo de lesión específico y los síntomas son agravados por la actividad física y se alivian con el reposo. Es necesario buscar específicamente aumentos en el nivel de frecuencia, intensidad de la actividad física y/o técnica realizada, relacionando el tipo de ejercicio con el sitio del dolor y la posible fractura.

NÚMERO

P-17

PRIMER AUTOR

MARTINEZ LOPEZ, DIEGO

CENTRO

HOSPITAL DOCTOR PESET, VALENCIA

AUTORES

MARTÍNEZ LÓPEZ, DIEGO; VILLAR BLANCO, ALFREDO; LÓPEZ LÓPEZ, SERGIO

TITULO

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE SCHWANNOMA EN PIE.

RESUMEN

Introducción:

El Schwannoma, también llamado neurilemoma, es un tumor benigno, sólido y de crecimiento lento derivado de células de Schwann en los nervios periféricos.

Representa únicamente alrededor del 5% de los tumores benignos de tejidos blandos.

Material y Métodos:

Se presenta el caso de una mujer de 37 años con cuadro de 5 meses de evolución de dolor en cara medial de tobillo derecho que empeora con la marcha sin traumatismo asociado.

En la exploración, la paciente no presenta tumefacción ni lesiones observables. Presenta dolor a la palpación de recorrido tibial posterior en región retromaleolar sin apreciarse otras alteraciones.

Se realiza una radiografía en la que no se encuentran hallazgos de interés.

Se solicita una resonancia magnética(RM) en la que se aprecia una lesión con baja señal en T1 y alta señal en secuencias T2, de 2x1cm, sobre el Músculo flexor largo del Hallux contactando con el paquete vasculonervioso del túnel del tarso.

Se realiza exéresis de la lesión para análisis anatomopatológico. Se realiza incisión posteromedial, retromaleolar interna. Se realiza disección por planos hasta hallar la tumoración, que se encuentra posterior al Músculo flexor del hallux, por encima del nervio tibial posterior.

Resultados:

La anatomía patológica de la lesión confirma el diagnóstico de tumor benigno de la vaina nerviosa o Schwannoma.

La paciente presenta una evolución excelente, siendo valorada en consulta a los 6 meses de la cirugía encontrándose completamente asintomática.

Conclusiones:

El Schwannoma es un tumor benigno que raramente afecta al pie o tobillo. La clínica es variable en función de la localización aunque el principal síntoma es el dolor. La RM es la prueba de imagen más útil para establecer el diagnóstico de sospecha, que se confirma con la biopsia de la lesión. El tratamiento de elección en los casos sintomáticos es la exéresis quirúrgica, con excelentes resultados y sin apenas recidivas.

NÚMERO

P-18

PRIMER AUTOR

PÉREZ MOTOS, SANDRA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET

AUTORES

PÉREZ MOTOS, SANDRA; GARCIA DE LUCAS, FERNANDO; MORALES RODRIGUEZ, JORGE

TITULO

ABORDAJE TRANSUNGUEAL MODIFICADO: EXÉRESIS COMPLETA DE TUMOR GLÓMICO SIN DISTROFIA UNGUEAL

RESUMEN

Introducción:

Presentamos el caso de un paciente con una tumoración subungueal con elevado dolor. Se realizó su exéresis mediante una modificación del abordaje transungueal estándar para conseguir la extracción completa y disminuir la distrofia ungueal posterior.

Material y Métodos:

Paciente sin antecedentes de interés que presenta tumoración subungueal en el 1er dedo de mano derecha de años de evolución.

Muestra una deformidad a nivel de la base de la uña que provoca distrofia y cambio de color ungueal. Además de Love test positivo.

Se realiza una radiografía sin hallazgos patológicos y una resonancia magnética que sugiere un tumor benigno nodular de 7x6mm en la zona central de la base ungueal de probable origen vascular. Se decide su exéresis y análisis histopatológico.

Bajo anestesia e isquemia troncular. Se realizan incisiones diagonales sobre el eponiquio y se retrae para poder voltear la uña. Se separa la matriz del lecho ungueal y se realiza una apertura longitudinal del lecho a nivel de la lesión. Se extrae el tumor y se cierra el lecho ungueal con sutura reabsorbible de 6/0. La reimplantación de la uña y el cierre de la piel con sutura tipo monofilamento de 4/0.

Resultados:

El paciente actualmente realiza vida normal; presenta remisión completa del dolor sin distrofia ungueal, ni alteraciones neurovasculares distales y sin recidivas hasta la fecha.

El estudio anatomopatológico concluyó tumoración nodular, bien delimitada sin signos de malignidad de origen vascular compatible con tumor glómico.

Conclusiones:

-El tumor glómico es un tumor benigno infrecuente, pero con gran afectación de la calidad de vida motivada por el dolor, en el cual nuestro objetivo es la exéresis completa evitando la distrofia ungueal.

-El abordaje transungueal modificado es una alternativa válida que, si se realiza con precisión presenta elevada probabilidad de extirpación completa sin secuelas ungueales.

NÚMERO

P-19

PRIMER AUTOR

MARTÍNEZ GIL, LAURA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE ALICANTE

AUTORES

MARTÍNEZ GIL, LAURA; IZQUIERDO PLAZAS, LAURA; PÉREZ SÁNCHEZ, IVÁN; PIQUERAS VIDAL, PEDRO; AUSINA GÓMEZ, SALVADOR

TITULO

SINDROME MAZABRAUD Y SU ASOCIACIÓN CON EL SÍNDROME DE MCCUNE-ALBRIGHT.

RESUMEN

Introducción:

El síndrome de Mazabraud (MS) es un síndrome poco frecuente. Se caracteriza por la asociación de displasia fibrosa (FD) y mixomas intramusculares (IM). Con una prevalencia de 1/1.000.000.

En el síndrome de McCune-Albright (MAS) la displasia fibrosa poliostótica se asocia con manchas café con leche y enfermedades endocrinas. La asociación de MS y MAS en el mismo paciente es muy infrecuente, habiéndose descrito solo 26 casos en la literatura. En el siguiente artículo se presentan dos casos clínicos para familiarizarnos con el diagnóstico y tratamiento de estos síndromes.

Material y Métodos:

Se presenta el caso de una mujer de 65 años con Síndrome de Mazabraud (Caso 1), presentando displasia ósea poliostótica (fémur y pala iliaca izquierdos) y con mixomas intramusculares múltiples predominantes en muslo izquierdo con recidiva tras extirpación. El segundo caso y menos común, se trata de un varón de 65 años con displasia fibrosa poliostótica (costillas, diáfisis femoral y escápula izquierdos) y fibromas intramusculares múltiples (brazo y muslo izquierdos), asociados con alteraciones endocrinas (hipertiroidismo), correspondiendo a la asociación del MS con MAS (Caso 2). En ambos pacientes se realizó RMN para valoración de la evolución las lesiones óseas y de los mixomas.

Resultados:

En el caso 1 se realizó en 2002 exéresis marginal de tumoración en muslo izquierdo, enviada a anatomía patológica y obteniendo el diagnóstico histológico de mixoma. Actualmente presenta recidiva de mixoma en dicha región, pero se encuentra asintomática. Se realiza seguimiento anual con RMN de control para valoración de displasia ósea y crecimiento de mixomas. El caso 2 presentó fractura patológica bilateral de fémur en 2012, y fue intervenido quirúrgicamente. En controles con RMN anuales el paciente presenta crecimiento de los mixomas en antebrazo y muslo izquierdos, que precisaron intervención quirúrgica en 2020.

Conclusiones:

Ante la asociación de displasia fibrosa con mixomas intramusculares debemos descartar que se trate de un MS. Más raramente, si se presentan alteraciones endocrinas en el mismo paciente, podría estar asociado con MAS. Para el tratamiento actual, contamos con la cirugía ortopédica en casos de displasia con severo dolor óseo, deformidades o fracturas y de la extirpación quirúrgica en el caso de los mixomas.

NÚMERO

P-20

PRIMER AUTOR

VILLAR BLANCO, ALFREDO

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET

AUTORES

VILLAR BLANCO, ALFREDO; MARTINEZ PEREZ, CARLES; RIPOLL VIDAL, FRANCISCO; CARRATALÁ PÉREZ, CARLA; ESTEBAN PEÑA, MARINA; RODRIGO PÉREZ, JOSE LUIS

TITULO

QUÉ HACER CUANDO LA RÓTULA SE LUXA HACIA MEDIAL. TRATAMIENTO BASADO EN UN CASO CLÍNICO.

RESUMEN

Introducción:

Como es bien sabido por los cirujanos ortopédicos, la gran mayoría de las luxaciones de rótula son laterales. La luxación medial es una condición infrecuente asociada generalmente con cirugía previa de inestabilidad patelofemoral; en nuestro caso presentamos el tratamiento exitoso de una paciente que sufre varios episodios de luxación medial sin cirugía de estabilización previa.

Material y Métodos:

Paciente, mujer, 30 años, deportista, en seguimiento en consultas por gonalgia de 2 años de evolución e inestabilidad de rodilla que últimamente se ha hecho más evidente apareciendo hasta en dos ocasiones episodios de subluxación rotuliana medial.

En la exploración física presenta un Lachman y un cajón anterior positivos y un test de subluxación rotuliana medial positivo con dolor en el compartimento interno de la rodilla.

Solicitamos una RM en la que observamos una rotura del LCA y rotura de menisco interno.

La paciente realiza tratamiento rehabilitador potenciando el vasto lateral durante 6 meses, sin éxito.

Ante esta situación, intervenimos a la paciente realizando una plastia de cruzado con isquiotibiales y una reconstrucción del retináculo lateral mediante una banda del tracto iliotibial. Para realizar esta técnica, disecamos una banda de 3 cm aproximadamente del tracto iliotibial, que es insertada a la zona lateral de la patela a través de un túnel óseo, comprobando posteriormente su estabilidad intraoperatoria.

Resultados:

A la paciente se le permite apoyo y se inmoviliza la rodilla con una ortesis que se va graduando semanalmente.

A los 3 meses, tras el tratamiento rehabilitador, la paciente presenta una movilidad completa y no refiere nuevos episodios de luxación rotuliana.

A los 6 meses comienza a realizar de nuevo actividad deportiva con buena evolución.

Conclusiones:

La luxación rotuliana medial espontánea es infrecuente.

El tratamiento rehabilitador de esta entidad suele ser insuficiente.

El diagnóstico es clínico siendo en ocasiones las imágenes de la RM no concluyentes.

Existen diversas técnicas quirúrgicas para su tratamiento, entre ellas la reparación retinacular directa o como en nuestro caso, la reconstrucción mediante banda iliotibial o tendón rotuliano.

NÚMERO

P-21

PRIMER AUTOR

VILLAR BLANCO, ALFREDO

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET

AUTORES

VILLAR BLANCO, ALFREDO; PÉREZ CORREA, JOSE IGNACIO; MARTÍNEZ LÓPEZ, DIEGO; CARRATALÁ PEREZ, CARLA; ESTEBAN PEÑA, MARINA; RODRIGO PÉREZ, JOSE LUIS

TITULO

REPARACIÓN DE ROTURA CRÓNICA DE PECTORAL MAYOR MEDIANTE ALOINJERTO DE TENDÓN DE AQUILES.

RESUMEN

Introducción:

Las roturas del pectoral mayor si se identifican en fase aguda, se pueden solucionar realizando una sutura directa del músculo pectoral al húmero, sin embargo en las roturas crónicas, el anclaje directo del pectoral al húmero no suele ser posible, siendo necesarias técnicas como la descrita en nuestro caso.

Material y Métodos:

Paciente de 61 años en seguimiento por COT por síndrome subacromial derecho.

A la exploración presenta EVA 7, claudicación del supraespinoso y del manguito posterior, y claudicación moderada del subescapular y signo de Blow Horn positivo.

En una Rx de hombro presenta una artrosis Hamada 3.

La RM nos informa de rotura completa del manguito rotador.

Ante esto, intervenimos a la paciente realizando una artroplastia inversa de hombro y una transferencia de dorsal ancho mediante la técnica de L'episcopo modificada.

La evolución tras la cirugía es satisfactoria en cuanto a movilidad pero lo que llama la atención son las fasciculaciones y las contracciones involuntarias dolorosas que presenta en el pectoral mayor y la dificultad de manejo del brazo en altura.

Solicitamos una resonancia magnética que nos informa de una atrofia del pectoral mayor y una desinserción del mismo en la diáfisis humeral.

Dada la ausencia de mejoría con el tratamiento rehabilitador, proponemos tratamiento quirúrgico realizando una liberación de adherencias y una plastia de alotendón de Aquiles mediante la cual reinsertamos el pectoral mayor a la diáfisis humeral.

Resultados:

Tras la nueva cirugía la paciente a las 4 semanas ya no tiene fasciculaciones, la continuidad del pectoral es correcta y a los 6 meses presenta una rotación interna hasta T9 y una rotación externa hasta nuca.

Conclusiones:

Las roturas del pectoral mayor son una patología cada vez más frecuente; estas suelen ocurrir en culturistas y los esteroides anabólicos son su principal factor de riesgo.

Presentamos este trabajo como una alternativa a realizar una reparación directa con excesiva tensión o técnicas de liberación de la fascia (fascial release) que puedan debilitar más la musculatura.

NÚMERO

P-22

PRIMER AUTOR

VILLAR BLANCO, ALFREDO

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET

AUTORES

VILLAR BLANCO, ALFREDO; CHULIA CARRASCO, VERÓNICA; GIL MONZO, EVA REMEDIOS; MARTÍNEZ LÓPEZ, DIEGO; CARRATALÁ PÉREZ, CARLA; RODRIGO PÉREZ, JOSE LUIS

TITULO

AUTOINJERTO DE SEMITENDINOSO COMO TÉCNICA DE REPARACIÓN DE ROTURA DE TIBIAL ANTERIOR

RESUMEN

Introducción:

Las roturas del tibial anterior son raras, a veces pasan desapercibidas, pero cuando generan clínica pueden ser muy molestas para el paciente. En este caso presentamos un método exitoso de reconstrucción del tibial anterior en un paciente con rotura crónica del mismo.

Material y Métodos:

Varón de 68 años, que acude a consultas de traumatología con dolor de tobillo izquierdo, inestabilidad y caídas frecuentes de 6 meses de evolución.

Presentaba un antecedente traumático en este pie.

A la exploración se objetiva tumefacción en zona anterior del tobillo, dolor a la palpación del tibial anterior y pie caído.

Solicitamos un TC y una RM que nos confirman la sospecha de rotura del tendón del tibial anterior.

Ante esta situación, decidimos intervenir al paciente, se realiza una incisión longitudinal 1cm lateral al tendón nativo, identificándose el cabo proximal, que se prepara para la sutura, y respetando el retináculo extensor, la incisión se prolonga distalmente hasta la cuña medial, que se identifica correctamente mediante escopía.

Para la reconstrucción, se obtiene mediante tenotomo convencional el semitendinoso ipsilateral, que se prepara y se ancla a la cuña mediante un sistema ToggleLoc-Ziploop (Zimmer Biomet) y se sutura mediante la técnica pulvertaft al cabo distal del tendón nativo; durante todo este procedimiento el pie permanece en posición neutra. Se comprueba la correcta tensión del tendón suturado, sin evidenciarse cuerda de arco.

Resultados:

Colocamos una férula en posición neutra durante 3 semanas hasta la cura completa de la herida.

Posteriormente una ortesis tipo CamWalker permitiendo a las 6 semanas empezar la carga parcial y los movimientos pasivos del tobillo. A las 12 semanas se permite la carga total y ejercicios contraresistencia.

El paciente a los 6 meses de la cirugía presenta una evolución satisfactoria pudiendo retomar su actividad previa.

Conclusiones:

Las roturas crónicas del tendón tibial anterior pueden ser solucionadas de manera satisfactoria mediante una plastia. En nuestro centro recomendamos plastia de isquiotibiales debido a su alta resistencia y su cómoda obtención.

NÚMERO

P-23

PRIMER AUTOR

GRELL, BERNHARD

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITECNICO LA FE, VALENCIA

AUTORES

GRELL, BERNHARD; CORES QUIRÓS, CLAUDIA; MARISCAL RUIZ-RICO, GONZALO; PEDRAZA CORBI, ARANZAZU

TITULO

ESPONDILOLISTESIS TRAUMÁTICA - A PROPÓSITO DE 2 CASOS

RESUMEN

Introducción:

Se presentan dos casos de esta patología traumática del raquis lumbar atendidos en nuestro centro, resumiendo el diagnóstico, la epidemiología, la clasificación, los mecanismos lesionales más frecuentes y de los dos casos que presentamos, así como el manejo quirúrgico de la patología.

Material y Métodos:

Ambos casos fueron atendidos en el servicio de urgencias del HUIP La Fe, siendo posteriormente evaluados e intervenidos por la unidad de raquis. Se presenta la exploración y las pruebas complementarias que han llevado a la decisión terapéutica.

Resultados:

Se presentan imágenes intraoperatorias y controles posteriores de la intervención realizada, así como la evolución clínica hasta el alta y seguimiento posterior.

Conclusiones:

La espondilolistesis traumática supone una entidad traumática poco frecuente, pero que se debe tener en cuenta a la hora de evaluar la patología raquídea en traumatismos de alta energía, así como conocer su clasificación y manejo quirúrgico.

NÚMERO

P-24

PRIMER AUTOR

CHIAPPE, CATERINA

CENTRO

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA, VALENCIA

AUTORES

CHIAPPE, CATERINA; ALEJANDRO ROSELLÓ AÑÓN; MARIA DEL ROCIO VALVERDE VAZQUEZ; JAVIER COLOMA SAIZ; MARIA JOSÉ SANGÜESA NEBOT; JULIO DOMENECH FERNANDEZ

TITULO

LUXACIÓN TRAPECIO-METACARPIANA AISLADA: A PROPÓSITO DE UN CASO

RESUMEN

Introducción:

INTRODUCCIÓN: la luxación trapecio-metacarpiana aislada es una lesión infrecuente, de difícil tratamiento porque, aunque sea fácilmente reducible, presenta una elevada inestabilidad.

Material y Métodos:

MATERIAL Y MÉTODO: presentación de un caso clínico.

Resultados:

CASO CLÍNICO: Hombre de 55 años que acudió a Urgencias presentando luxación trapecio-metacarpiana de mano derecha. En la exploración física presentaba deformidad en la base del pulgar y en la radiografía se objetivaba luxación trapecio-metacarpiana. Tras reducir cerradamente BAL e inmovilizar con férula de escafoides, se constató en el control radiográfico que la luxación persistía. Dada la elevada inestabilidad de la lesión, se realizó una fijación percutánea con 2 AK de 1.8 mm de 1er a 2o MTC y de 1er MTC a trapecio. Se comprobó en radioescopia la correcta reducción y se inmovilizó con férula de escafoides.

Tras retirar la inmovilización y las AK en consulta a las 6 semanas, el paciente presentaba una movilidad buena sin dolor y empezó tratamiento rehabilitador.

A las 11 semanas refirió empeoramiento clínico con movilidad correcta, aunque dolorosa. En las imágenes radiográficas se apreció una subluxación de la articulación trapecio-metacarpiana que era reducible.

Dada la inestabilidad articular existente se indicó la estabilización trapecio-metacarpiana quirúrgica mediante el sistema Mini TightRope A las 6 semanas el paciente presentaba ausencia de dolor y buena movilidad.

Conclusiones:

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN: la luxación trapecio-metacarpiana es una lesión rara. El factor más importante para determinar el tratamiento de las lesiones agudas es el grado de estabilidad tras la reducción cerrada. Las lesiones estables se pueden inmovilizar con una férula de escafoides durante 6 semanas y en las inestables es necesaria la fijación percutánea con AK. Se reserva el tratamiento quirúrgico en los casos que presenten inestabilidad tardía o residual. La tendencia es intentar una reparación con anclajes de sutura y se reserva la reconstrucción con plastia ligamentosa en caso de fracaso.

NÚMERO

P-26

PRIMER AUTOR

VILLAR BLANCO, ALFREDO

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET

AUTORES

VILLAR BLANCO, ALFREDO; GÓMEZ BARBERO, PATRICIA; ALASTRUE GINER, BLANCA; CARRATALÁ PÉREZ, CARLA; ESTEBAN PEÑA, MARINA; RODRIGO PÉREZ, JOSE LUIS

TITULO

OSTEOMIELITIS CRÓNICA MULTIFOCAL RECURRENTE, UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO.

RESUMEN

Introducción:

La osteomielitis crónica multifocal recurrente (OCMR) es un proceso autoinflamatorio de difícil diagnóstico por su curso clínico inespecífico. En este caso presentamos una paciente con OCMR que evolucionó satisfactoriamente tras ser descartadas otras posibles etiologías.

Material y Métodos:

Niña de 7 años que acude a urgencias por dolor y tumefacción de tobillo izquierdo de 2 semanas de evolución. La AS y los hemocultivos son normales, PCR < 5, en la Rx se observa una lesión hipodensa en metáfisis distal de tibia que en una ecografía parece un proceso infeccioso con afectación de la cortical.

La paciente ingresa para tratamiento antibiótico, a los 5 días la evolución no es satisfactoria y se decide realizar un desbridamiento quirúrgico.

Se envían muestras a AP y a Microbiología, en las que aparecen linfocitos de aspecto activado sin crecer ningún patógeno.

La paciente es dada de alta con ATB oral.

Al mes la paciente presenta una disminución de la tumefacción y desaparición del dolor, en Rx de control el defecto cortical está totalmente rellenado.

A los 6 meses la paciente regresa refiriendo de nuevo dolor en la misma zona, en una RM se vuelve a apreciar un foco de osteítis en tibia distal.

Realizamos una biopsia en quirófano de la lesión, la cual se deriva de nuevo a Micro, sin crecer gérmenes, y a AP, mostrando signos inflamatorios compatibles con osteomielitis.

Resultados:

Ante esta situación, habiendo sido descartada la etiología infecciosa y también la tumoral, conjuntamente con el servicio de Pediatría sospechamos que la patología puede ser una osteomielitis crónica recurrente.

La paciente es tratada mediante Naproxeno cada 12 horas presentando una excelente evolución, y por ahora, 9 meses después, libre de recidivas.

Conclusiones:

La OCMR se trata de un proceso aséptico y crónico. Alterna periodos de recurrencia y remisión que duran entre 2 y 20 años. El verdadero reto de esta entidad es la difícil sospecha diagnóstica teniendo que descartar otras etiologías previamente. El tratamiento consiste en agentes antiinflamatorios +/- interferon o terapias biológicas.

NÚMERO

P-27

PRIMER AUTOR

DE LA PINTA ZAZO, CARLOS

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELDA

AUTORES

DE LA PINTA ZAZO, CARLOS; FARRER MUÑOZ, PALOMA; ALBERO CATALÁ, LUIS; GONZÁLEZ SALAS, ELENA; PINEDA SALAZAR, MANUEL; BELLO TEJEDA, LAÍZ LISSETTE

TITULO

LESIÓN VASCULAR AGUDA TRAS LUXACIÓN ANTERIOR DE HOMBRO TRATADA ORTOPÉDICAMENTE

RESUMEN

Introducción:

La luxación de hombro es el tipo de inestabilidad más frecuente. Las complicaciones son infrecuentes, siendo muy rara la lesión de la arteria axilar tras una luxación glenohumeral anterior. El objetivo es presentar un caso clínico y revisar la bibliografía respecto a esta complicación infrecuente.

Material y Métodos:

Presentamos el caso de un varón de 85 años con luxación glenohumeral anterior como consecuencia de una caída casual desde su altura. Tras realizar maniobra de reducción cerrada, presentó dolor con hematoma severo en la región axilar y pectoral e hipotensión. La angiografía por tomografía computarizada reveló un sangrado activo debido a una lesión de la arteria circunfleja anterior, precisando tratamiento urgente mediante embolización.

Resultados:

Tras la embolización, el hematoma evolucionó favorablemente, sin presentar complicaciones durante el seguimiento. Se inmovilizó la extremidad superior con cabestrillo durante 3 semanas, comenzando posteriormente la rehabilitación. A los 3 meses, el paciente es dado de alta sin secuelas.

Conclusiones:

Los pacientes de edad avanzada tienen una elevada susceptibilidad a la lesión de la arteria axilar después de un traumatismo, como el de una luxación de hombro, debido a la pérdida de elasticidad arterial como consecuencia de la arterioesclerosis. Es importante destacar que esta complicación podría tener consecuencias catastróficas para el paciente, por lo tanto, es fundamental su reconocimiento y tratamiento precoz.

NÚMERO

P-28

PRIMER AUTOR

CUCÓ SANZ, LUCÍA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITECNICO LA FE, VALENCIA

AUTORES

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

TITULO

FRACTURA DE CÓNDILO EXTERNO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

RESUMEN

Introducción:

Aunque la primera causa de fractura de codo en el paciente pediátrico es la fractura supracondílea, debemos estar alerta ante otras entidades cuya exploración nos puede hacer dudar. Es el caso de la fractura de cóndilo lateral, que es al mismo tiempo una fractura articular y una epifisiolisis tipo S-H 4, lo que tendrá sus implicaciones de cara al tratamiento.

Material y Métodos:

Tras pruebas de imagen se diagnostica de fractura de cóndilo lateral de húmero distal.

Niño de 2 años tras caída y manejo ortopédico vs. Niño de 3 años tras traumatismo y manejo quirúrgico AK (fragmento volteado).

Resultados:

Tras estudios de imagen en el primer niño se decide tratamiento conservador con yeso cerrado braquial y seguimiento semanal con RX mientras que en el segundo niño se decide reducción abierta por abordaje lateral, con visión directa de la articulación para la reducción anatómica y escalón articular <2mm. Se reduce y estabiliza foco con 3 AK y bajo control por escopia se objetiva una correcta reducción de la fractura.

Conclusiones:

Ante este patrón de fractura, el objetivo es la reducción anatómica y el evitar la formación de puentes fisarios. Lo conseguiremos caracterizando correctamente el trazo de fractura con la ayuda de la clasificación de Jakob y en caso de duda, con una artrografía.

Tratamiento provisional férula braquial.

Posibles complicaciones.

NÚMERO

P-29

PRIMER AUTOR

MONIS GARCIA, ANA

CENTRO

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA, VALENCIA

AUTORES

MONÍS GARCÍA, ANA; MIRANDA GÓMEZ, IGNACIO; SANGÜESA NEBOT, MARÍA JOSÉ; DOMÉNECH FERNÁNDEZ, JULIO

TITULO

LESIÓN DEL NERVIO MEDIANO TRAS LUXACIÓN DE CODO

RESUMEN

Introducción:

Las luxaciones de codo son las terceras en frecuencia, muchas veces van asociadas a fracturas. La complicación neurológica más frecuente es la lesión del nervio cubital, seguido del radial. Las lesiones del nervio mediano son poco frecuentes.

Material y Métodos:

Presentación de un caso clínico

Resultados:

Mujer de 61 años que presentó luxación posterolateral de codo derecho con fractura de cabeza de radio. En urgencias se evidenció limitación para flexión palmar de muñeca y dedos con hipoestesia en cara palmar de los tres primeros dedos. Se trató de forma conservadora mediante reducción cerrada y férula braquial durante 5 semanas y rehabilitación posterior. Tras retirada de la férula presentaba limitación de la flexión activa de articulaciones interfalángica del primer dedo y ambas interfalángicas del segundo dedo, así como hipoestesia en pulpejo del segundo dedo. En RM y eco se observó atrofia y edema de vientres musculares flexores e indicios de neuropatía del nervio mediano derecho. En la electromiografía se evidenció una axonotmesis severa del nervio mediano proximal a la inervación al palmar mayor. Nervios radial y cubital sin alteraciones. Tras un año, presentaba mejoría del balance articular del codo y primer dedo, hacía puño completo; en el segundo dedo presentaba recuperación completa de la flexión activa de la IFP y había mejorado pero con limitación en IFD; se reincorporó a actividades habituales.

Conclusiones:

La lesión del nervio mediano tras una luxación de codo es poco frecuente. Es difícil saber si la lesión se ha producido en el mecanismo traumático, en la reducción o por compresión por la férula. Es muy importante una exploración neurológica completa antes y después de la reducción y al retirar la inmovilización para su detección precoz. En la mayoría de casos el mecanismo es una neurapraxia por contusión o elongación y es esperable una recuperación espontánea como sucedió en este caso.

NÚMERO

P-30

PRIMER AUTOR

GONZÁLEZ SALAS, ELENA

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELDA

AUTORES

GONZÁLEZ SALAS, ELENA; ALBERO CATALÁ, LUIS; FARRER MUÑOZ, PALOMA; DE LA PINTA ZAZO, CARLOS; PINEDA SALAZAR, MANUEL; MARTÍN GRANDES, MARÍA ROSARIO.

TITULO

FRACTURA-LUXACIÓN TIPO GALEAZZI EQUIVALENTE EN EDAD PEDIÁTRICA

RESUMEN

Introducción:

La fractura-luxación de Galeazzi es una fractura de radio asociada a luxación radio-cubital distal y es una patología infrecuente en adultos. En el caso de la población pediátrica, se presenta como fractura de radio asociada a la separación epifisaria del cúbito distal, siendo muy infrecuente, con una incidencia de 0.3- 2.8%.

Material y Métodos:

Presentamos un caso de un varón de 12 años que acude a urgencias por dolor y deformidad tras traumatismo en muñeca izquierda. En la exploración presenta dolor, deformidad e impotencia funcional de antebrazo y muñeca, sin déficit vasculonervioso distal.

En la radiografía se observa fractura metafisaria distal de radio con epifisiolisis tipo III de cúbito distal, desplazándose la epífisis entre cúbito y radio.

Resultados:

Se realiza reducción abierta de la epifisiolisis distal de cúbito y fijación con agujas de Kirschner y sutura transósea en pilar medial. La fractura de radio es tratada mediante reducción cerrada y fijación con aguja de Kirschner.

El paciente es dado de alta al día siguiente de la cirugía. A las 6 semanas evolución se realiza EMO de agujas tras consolidación ósea, iniciando tratamiento rehabilitador.

Tras 6 meses de evolución postoperatoria se observa flexo-extensión de muñeca completa con déficit de 20º en la supinación. Pronación completa y sin dolor con las actividades manuales de esfuerzo.

Conclusiones:

Este tipo de lesión es una patología muy infrecuente. La reducción abierta suele ser necesaria por el severo desplazamiento de la epífisis cubital distal y la interposición de partes blandas. La evolución suele ser favorable, aunque pueden presentar limitación funcional en los movimientos de pronosupinación de muñeca.

NÚMERO

P-31

PRIMER AUTOR

DESVIAT RUIZ, MARÍA

CENTRO

HOSPITAL GENERAL DE CASTELLÓN

AUTORES

DESVIAT RUIZ, MARÍA; RAMÓN LÓPEZ, KATIA; ROMERO MARTÍNEZ, JOSÉ MIGUEL; VALLS VILALTA, JUAN JOSÉ; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, NURIA

TITULO

HERNIA DE PETIT TRAS EXTREME LATERAL INTERBODY FUSION. A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

Introducción:

Extreme lateral interbody fusión o XLIF es un abordaje mínimamente invasivo empleado en cirugía de raquis para gran variedad de patología toracolumbar. Este permite acceder a la columna anterior a través del psoas, evitando potenciales complicaciones vasculares y nerviosas que aparecen como consecuencia de la vía anterior de raquis. Las hernias incisionales, y más concretamente las hernias lumbares, son una rara complicación del abordaje lateral.

Material y Métodos:

Mujer de 55 años intervenida en múltiples ocasiones por radiculopatía L4-S1 bilateral. Seis años tras XLIF L3-L4, presenta aparición espontánea de tumoración dolorosa en flanco izquierdo.

Resultados:

Se realiza RNM en la que es diagnosticada de hernia lumbar inferior o hernia de Petit. Se decide tratamiento quirúrgico por parte de Cirugía General para evitar posibles complicaciones.

Conclusiones:

El triángulo lumbar inferior o triángulo de Petit se encuentra delimitado por la cresta iliaca, el músculo dorsal ancho y los oblicuos abdominales. Las hernias lumbares son una rara complicación de la cirugía de raquis por vía lateral. Hay diversos factores de riesgo que predisponen a su aparición, como pueden ser anatómicos, abuso de tabaco, obesidad, estreñimiento, etc. Diversos autores describen como principal factor de prevención la cuidadosa disección muscular durante la cirugía, así como el correcto cierre por planos.

NÚMERO

P-32

PRIMER AUTOR

ALONSO CARAVACA, ADRIÁN

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITECNICO LA FE, VALENCIA

AUTORES

ALONSO CARAVACA, ADRIÁN; GARCÍA ESPERT, CARMEN; ORTEGA YAGO, AMPARO; DE PEDRO ABASCAL, MIGUEL; ENGUÍDANOS SÁNCHEZ, CELIA; SÁEZ PADILLA, ELENA

TITULO

LA VARIABILIDAD DE LA ENFERMEDAD DE KIENBÖCK. SERIE DE CASOS.

RESUMEN

Introducción:

El objetivo de este estudio es revisar la casuística disponible en nuestro centro sobre la evolución del Kienböck en busca de reducir la variabilidad clínica y terapéutica presente en la escasa literatura y de baja potencia estadística.

Material y Métodos:

Se trata de una cohorte ambispectiva mediante la búsqueda en las historias clínicas desde 2010-2022 de pacientes con enfermedad de Kienböck. Se obtienen los datos de 28 pacientes de nuestro hospital (edad, sexo, lateralidad, dominancia, varianza cubital, tratamiento realizado, exploración clínica, necesidad de tratamientos de rescate) y posteriormente se les cita presencialmente para repetir la exploración clínica (movilidad de muñeca, fuerza GRIP y pinza) y radiológica. Se realiza el cuestionario QUICK DASH y la EVA.

Resultados:

Un 75% de los pacientes fueron hombres de mediana edad (30-50), siendo la mano derecha y la dominante las que se presentaban con más frecuencia en el Kienböck. Casi la mitad de los pacientes (42%) eran trabajadores manuales o bien habían tenido algún antecedente de traumatismo. El procedimiento más frecuente fue la osteotomía de radio (33%), ya que la mayor parte de los pacientes presentaban varianza cubital negativa. El siguiente más frecuente fue el tratamiento conservador (26%), seguido de cirugía mínimamente invasivas con artroscopia. Un procedimiento de rescate fue necesario en 8 pacientes y el más frecuente consistió en artrodesis de muñeca, sin embargo, el manejo es muy variable en estos casos con una gran cantidad de opciones terapéuticas posibles. Un paciente requirió tres intervenciones quirúrgicas para lograr paliar los síntomas.

Conclusiones:

El tratamiento, en casi todos los casos logra paliar los síntomas un periodo variable de tiempo, pero éstos vuelven a recurrir y generalmente son necesarias más cirugías. Por lo tanto, los autores proponen ser lo más mínimamente invasivos para mejorar las condiciones sintomáticas de los pacientes, y no agotar opciones terapéuticas antes de tiempo, ya que podrán ser requeridas posteriormente. Se concluye de nuestro estudio que los síntomas suelen ser variables, de intensidad cíclica e independiente, en muchos casos del tratamiento. Además, esta enfermedad asocia gran disociación clínico-radiológica, pues no siempre un estadio avanzado se asocia con muchos síntomas a pesar de la progresión radiográfica.

NÚMERO

P-33

PRIMER AUTOR

FARRER MUÑOZ, PALOMA

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELDA

AUTORES

FARRER MUÑOZ, PALOMA; DE LA PINTA ZAZO, CARLOS; GONZÁLEZ SALAS, ELENA; ALBERT CATALÁ, LUIS; BELLO TEJEDA, LAIZ LISSETTE; MARTÍN GRANDES, ROSARIO

TITULO

FRACTURA AISLADA DE CÓNDILO MEDIAL DEL HÚMERO TIPO II DE MILCH EN ADULTO

RESUMEN

Introducción:

Las fracturas aisladas de cóndilo medial de húmero son raras, con muy pocos casos descritos en la bibliografía. Según el trazo de fractura se clasifican según el sistema de clasificación de Milch. El objetivo principal es presentar el caso de una fractura de cóndilo medial de húmero y su manejo terapéutico según la revisión bibliográfica de la literatura reciente.

Material y Métodos:

Varón de 77 años que tras accidente casual con traumatismo directo en codo derecho, presentaba dolor e inflamación en codo con exploración neurovascular normal. En radiografía se aprecia una fractura de cóndilo medial del húmero tipo II según la clasificación de Milch, indicándose tratamiento quirúrgico mediante reducción abierta y fijación interna con placa mediante abordaje medial.

Resultados:

En el postoperatorio, se inmovilizó el brazo mediante férula braquial posterior durante 2 semanas. Tras la retirada de la férula se inicia fisioterapia con ejercicios de movilidad pasiva y tratamiento de rehabilitación. A las 7 semanas presentaba una flexión de 130º y extensión de -30º. A las 4 meses mostraba movilidad completa y sin dolor, habiendo retomado su actividad habitual sin ninguna limitación funcional ni dolor con la carga de peso o movimientos repetidos.

Conclusiones:

La fractura aislada de cóndilo humeral medial es una lesión rara siendo el tratamiento de elección la reducción abierta y fijación interna. Aunque muchos autores eligen el abordaje posterior con osteotomía de olécranon, la vía medial también permite una buena visualización y síntesis de la fractura, una sencilla identificación del nervio cubital y una reducción de la morbilidad debida a la osteotomía de olécranon, con una buena recuperación funcional, aunque la rigidez articular sigue siendo la principal secuela postraumática, sobre todo en las tipo II de la clasificación de Milch.

NÚMERO

P-34

PRIMER AUTOR

GARCÍA ÁLVAREZ, JESÚS

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET

AUTORES

GARCÍA ÁLVAREZ, JESÚS; CEREZUELA JORDÁN C, LÓPEZ LÓPEZ S, GÓMEZ BARBERO P, PÉREZ CORREA JI, MORALES RODRÍGUEZ J, MONTANER ALONSO D, RODRIGO PÉREZ JL.

TITULO

UTILIZACIÓN DE LOS INJERTOS CON MONTAJE TIPO PUENTE EN EL TRATAMIENTO DE LAS ROTURAS MASIVAS DE MANGUITO DE LOS ROTADORES. NUESTRA EXPERIENCIA

RESUMEN

Introducción:

Las roturas masivas del manguito rotador (MR) tienen una prevalencia del 10-40% de todas las roturas de MR. El uso de membranas tipo puente, así como la reconstrucción capsular superior y el balón subacromial, son técnicas que tienen como finalidad el retrasar o evitar el uso de la prótesis de hombro en estos pacientes.

Material y Métodos:

Se llevó a cabo un estudio no aleatorizado, observacional, retrospectivo, en el que se analizaron 23 pacientes con patología en los tendones del MR a los que se les intervino mediante la implantación de una membrana de matriz dérmica acelular (Surederm[®]) en forma de "puente" entre el remanente proximal del MR y el lugar anatómico de inserción de éste en la huella humeral.

Se evaluó la movilidad del hombro en abducción, antepulsión, rotación externa e interna, antes y después de la cirugía, medidos mediante un goniómetro, con un seguimiento medio de 35.5 meses.

Por último, se comparó si existía mejoría en el movimiento, definido como ganancia de al menos 10º en algún rango de movilidad del hombro, con el grado de satisfacción percibido por el paciente (mejor, igual o peor).

Resultados:

También se evaluó el grado de satisfacción de los pacientes tras la cirugía presentando mejoría en cuanto al dolor en un 60.9%, igual en un 13% y empeoramiento en un 17.4%.

Se encontró mejoría estadísticamente significativa en antepulsión, abducción y rotación externa de los pacientes en los que se realizó una reparación del MR utilizando un "puente" de membrana (Surederm[®]), obteniendo al menos 10º de mejoría en al menos uno de los rangos de movilidad.

Conclusiones:

Consideramos que esta técnica puede ser una alternativa válida para estos pacientes, reservando opciones más agresivas en caso de ser necesarias.

NÚMERO

P-35

PRIMER AUTOR

MOLINA PÉREZ, MARTA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA

AUTORES

MOLINA PÉREZ, MARTA; FERNÁNDEZ GARCÍA, ERNESTO

TITULO

ALOINJERTO MASIVO DE CÓNDILO FEMORAL EN PACIENTE ADOLESCENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

RESUMEN

Introducción:

Debido a la limitada capacidad de regeneración del cartílago hialino nativo, el manejo de los defectos osteocondrales de gran tamaño (>4 cm²) en el paciente adolescente, supone un complicado reto para un cirujano ortopédico. Cuando se localizan en el cóndilo femoral, tratamientos como las microfracturas, la mosaicoplastia o las técnicas ACI o MACI suelen ser insuficientes. El trasplante mediante aloinjerto masivo es la principal alternativa terapéutica.

Material y Métodos:

Mujer de 16 años que acude a nuestro centro por gonalgia derecha. Clínicamente destaca hidrartros de repetición. La radiografía muestra signos radiológicos compatibles con osteocondritis disecante. Mediante RMN se confirma un defecto osteocondral en el borde lateral del cóndilo medial (zona ?clásica?) de 3 x 2 cm compatible con estadio IV de DiPaola.

Se realiza artrotomía parapatelar medial identificándose la lesión que se curetea cuidadosamente, preparando la zona receptora. Con ayuda del sistema BioUni Oats System (Arthrex) se obtiene la zona donante del aloinjerto osteocondral fresco (previamente solicitado al Banco de Hueso) con el diámetro exacto de la lesión. Éste se nutre con plasma de la paciente y se impacta mediante press-fit. Se realiza un cierre por planos convencional y se inmoviliza mediante una férula posterior isquiomaleolar

Resultados:

Se inicia rehabilitación mediante ejercicios pasivos de rodilla pasadas las dos primeras semanas. A partir de las seis semanas post-cirugía se autorizan ejercicios activos. Pasados tres meses desde la cirugía, la paciente niega dolor o limitación funcional y presenta balance articular completo. Radiográficamente se observa osteointegración del aloinjerto.

Conclusiones:

Las lesiones osteocondrales de gran tamaño son una patología infrecuente y de difícil resolución. El diagnóstico debe incluir el uso de RMN. El trasplante de aloinjerto masivo es una opción que proporciona buenos resultados clínicos y radiológicos en una lesión de 6 cm².

No existe conflicto de intereses.

NÚMERO

P-36

PRIMER AUTOR

PONT GUTIÉRREZ, CARLOS

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE ALICANTE

AUTORES

PONT GUTIÉRREZ, CARLOS; PÉREZ SÁNCHEZ, IVÁN; IZQUIERDO PLAZAS, LAURA; MARTÍNEZ GIL, LAURA; PIQUERAS VIDAL, PEDRO MARCOS; BENEITO PASTOR, OSCAR; AUSINA GÓMEZ, SALVADOR

TITULO

TRATAMIENTO DEL SARCOMA PLEOMÓRFICO INDIFERENCIADO DE PARTES BLANDAS. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO A PRÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

Introducción:

Los sarcomas de partes blandas son tumores agresivos que pueden provocar la muerte de los pacientes. Existen más de 50 tipos histológicos, entre los que se encuentra el Sarcoma Pleomórfico Indiferenciado.

Los síntomas y signos están en concordancia con el tipo histológico, aunque suelen ser lesiones dolorosas, irregulares, adheridas a planos profundos y de crecimiento rápido.

El diagnóstico incluye estudios de imágenes complementarios.

Material y Métodos:

Revisión de la bibliografía publicada.

Resultados:

Varón de 54 años, fumador, que acude al Hospital Universitario de San Juan (Alicante), con tumoración en antebrazo de aparición hacía 8 meses. En el último mes crecimiento rápido y perforación de la piel.

Se aprecia tumoración sólida de 5x5 cm en dorso de antebrazo, mal delimitada, dura y ulcerada. En ECO y RMN con contraste: extensión local que invade fascia y musculatura extensora, e infiltración del paquete vasculonervioso interóseo posterior.

Se completa estudio con TC toraco-abdomino-pélvico con contraste en el que se hallan 3 nódulos pulmonares < 1 cm.

Tras biopsia, se diagnostica de Sarcoma pleomórfico de alto grado. Se realiza exéresis ampliada de la tumoración, incluyendo sección del tendón extensor propio del índice y del 5º dedo, que se suturan al extensor común de los dedos y extensor carpis ulnaris, respectivamente. Posteriormente se realiza colgajo adipocutáneo rotacional basado en perforantes de interósea posterior. La zona donante es cubierta mediante matriz dérmica, que es sustituida 4 semanas después por aloinjerto cutáneo.

Conclusiones:

El sarcoma pleomórfico indiferenciado es una tumoración maligna infrecuente de partes blandas con pronóstico reservado; hasta un 5% de los pacientes presentan metástasis al diagnóstico, sobretodo pulmonares.

Su incidencia es mayor por encima de los 50 años. Se puede presentar en cualquier parte del cuerpo, más frecuente en extremidades. Son necesarias pruebas de imagen para completar el diagnóstico y la extensión.

El tratamiento de elección es quirúrgico, mediante exéresis ampliada (los márgenes libres son el predictor más fuerte de recurrencia local), seguido de radio y quimioterapia.

NÚMERO

P-37

PRIMER AUTOR

LAPEÑA MARTÍNEZ, ANDRÉS

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

LAPEÑA MARTÍNEZ, ANDRÉS; ORIHUELA GARCÍA, JOSÉ CARLOS; FORNÉS GALLEGO, ENRIQUE; LIZANA GARCÍA, JOSÉ MIGUEL; MORIL PEÑALVER, LORENA.

TITULO

REPARACIÓN DEL TENDÓN EXTENSOR DEL HALLUX TRAS ROTURA CRÓNICA.

RESUMEN

Introducción:

Las lesiones del tendón hallucis longus son poco frecuentes dentro de las acontecidas en el pie y normalmente son debidas a laceraciones traumáticas (1.6%), siendo más infrecuentes las crónicas y sin solución de continuidad en la piel. Existen distintas técnicas descritas en la bibliografía para reparar dicho tipo de lesiones.

Tenemos como objetivo presentar el caso de una mujer con rotura total de tendón hallucis longus de varios meses de evolución, así como la técnica empleada en su reparación.

Material y Métodos:

Mujer de 39 años que acude a consulta por impotencia para la elevación del hallux del pie izquierdo de varios meses de evolución (traumatismo directo). Durante la consulta, la paciente presentaba incapacidad para la dorsiflexión activa del hallux, aunque la movilidad pasiva era completa e indolora. Ante dichos hallazgos se solicitaron radiografías simples, que no presentaban alteraciones, y una ecografía. Esta última mostraba una región fibrótica en el tendón, compatible con una secuela de rotura tendinosa crónica, susceptible de reparación quirúrgica.

Mediante un abordaje longitudinal sobre el 1er metatarsiano, se resecó la lesión fibrótica y se disecó el tendón extensor del 2º dedo. Tras realizar sendos ojales en los cabos resecados del EHL, se realizó un loop con el EDL, tenodesándose a sí mismo. De esta manera, se obtuvo una correcta tensión del EHL que se mantuvo con una AK desde la FD al 1er metatarsiano.

El tratamiento postoperatorio constó de 3 semanas de inmovilización con férula hasta la retirada de suturas y AK, seguido de inicio de carga con CAM Walker bloqueada en dorsiflexión durante 3 semanas y posterior programa de rehabilitación .

Resultados:

La paciente presentó una correcta función a los 3 meses de la intervención, momento en el que reinició las actividades deportivas de nuevo. No se manifestaron alteraciones de la flexoextensión de tobillo, ni primer y segundo dedos.

Conclusiones:

Existen multitud de técnicas para la reparación de roturas crónicas del tendón extensor del hallux, sin embargo no hay bibliografía que respalde el uso de una en concreto. Nosotros recomendamos la técnica mostrada (Bastías et al. 2017) como alternativa eficaz en este tipo de lesiones dado el buen resultado clínico obtenido y su alta reproductibilidad.

NÚMERO

P-38

PRIMER AUTOR

OLUCHA PUCHOL, JOAN

CENTRO

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA

AUTORES

OLUCHA PUCHOL, J; BLASCO MOLLA, C; FORRIOL BRONCAL, F

TITULO

MONONEUROPATIA SELECTIVA DEL NERVIO SURAL A PROPÓSITO DE UN CASO

RESUMEN

Introducción:

La mononeuropatía selectiva del nervio safeno externo o sural es una entidad poco frecuente dentro de los síndromes de atrapamiento nervioso en el miembro inferior. Las causas más comúnmente descritas han sido traumáticas, lesiones ocupantes de espacio, iatrogénicas, vasculares, variaciones anatómicas y algunas enfermedades sistémicas.

Material y Métodos:

Presentamos el caso de una tumoración retromaleolar externa recidivada ocupante de espacio del tobillo izquierdo y asociando clínica neurológica sensitiva deficitaria. Fue intervenida 3 años antes mediante biopsia excisional en otro hospital, con diagnóstico anatomopatológico de ganglión.

Resultados:

Se realizó una nueva biopsia excisional de la tumoración con disección cuidadosa del nervio sural y sus ramas. El estudio anatomo-patológico confirmó el diagnóstico de ganglión subastragalino. Tras la intervención, se recuperó la hipoestesia del territorio del sural, no existiendo signos de recidiva de la lesión cinco meses después de su extirpación.

Conclusiones:

Pese a ser una zona de abordaje relativamente frecuente, es importante conocer la anatomía quirúrgica de la zona para evitar lesiones iatrogénicas. Es importante preservar la integridad del nervio sural más allá de la clínica que causa su lesión ya que es una opción frecuente de trasplante y biopsias de nervio periférico. La exéresis del ganglión debe ser cuidadosa para evitar las recidivas. El filiar la causa y realizar un buen diagnóstico diferencial es clave en el momento que nos enfrentamos al cuadro clínico

NÚMERO

P-39

PRIMER AUTOR

ORIHUELA GARCÍA, JOSE CARLOS

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

ORIHUELA GARCÍA, JOSE CARLOS; MORIL PEÑALVER, LORENA; FORNÉS GALLEGO, ENRIQUE

TITULO

QUE PUNTERÍA!. COMPLICACIONES DE LOS CERCLAJES.

RESUMEN

Introducción:

Presentar el caso, de una parálisis radial derecha tras una intervención quirúrgica de fractura de húmero, realizada con clavo IM y cerclaje colocado de forma percutánea

Material y Métodos:

Mujer de 75 años, intervenida de una fractura metafisodiafisaria de húmero proximal derecho. Mediante una vía de abordaje anterolateral, desde el acromion, se introduce un clavo IM. Debido a la presencia de un tercer fragmento, previo a la introducción del clavo, se realiza un mini abordaje lateral a nivel de foco de fractura para la colocación de un cerclaje y reducir dicho fragmento. Tras la intervención quirúrgica la paciente presenta clínica de afectación de nervio radial sin afectación sensitiva.

Resultados:

Dada la clínica de afectación radial y los resultados del electromiograma en el cual presenta mononeuropatía aguda/subaguda del nervio radial a nivel proximal, con un grado de afectación severo y actividad aguda de denervación actual, en los músculos dependientes del mismo, se decide la reintervención quirúrgica, realizando la revisión del nervio radial y emo del cerclaje. En la reintervención se observa atrapamiento parcial del nervio sin sección completa ya que se ha atravesado el nervio con el cerclaje. Tras la reintervención la paciente presenta una recuperación con aumento de la fuerza a la dorsiflexión de muñeca y dedos, sin presentar alteraciones sensitivas.

Conclusiones:

Las cirugías percutáneas tienen ventajas frente a las reducciones abiertas y fijaciones internas ya que lesionan menos las partes blandas, por lo que permiten una movilidad precoz, aunque son técnicamente más exigentes y no están exentas de complicaciones. La clínica de afectación nerviosa tras una cirugía percutánea podría ser una indicación para revisión precoz

NÚMERO

P-40

PRIMER AUTOR

CHULVI GIMENO, ÁLVARO

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN

AUTORES

CHULVI GIMENO, ÁLVARO. RAMÓN LÓPEZ, KATIA. ROMERO MARTÍNEZ, JOSÉ MIGUEL. VALLS VILALTA, JUAN JOSÉ. FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, NURIA.

TITULO

ARTRODESIS INTERSOMÁTICA LUMBAR ANTERIOR PARA CIRUGÍA DE RESCATE TRAS ROTURA DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

Introducción:

Una complicación frecuente de las artrodesis lumbares es la rotura del material, La incidencia oscila de un 1,6%-10% El fracaso de material de osteosíntesis después de la fusión lumbar puede generar dolor e incapacidad. El sacro es el lugar más habitual de rotura, y generalmente en la zona del cuello del tornillo. Esta complicación no implica nueva cirugía a no ser que produzca sintomatología.

Material y Métodos:

Paciente de 29 años diagnosticada de espondilolistesis L5-S1 e intervenida mediante artrodesis L4-S1 con abordaje posterolateral y foraminotomía S1 y L5 bilateral. No fue posible el uso de caja intersomática por vía posterior debido al colapso existente.

2 semanas después de la intervención quirúrgica, presenta dolor radicular en ambos MMII. No presentaba parestesias ni pérdida de fuerza.

En radiografía y TAC, se objetiva una rotura del material de osteosíntesis.

La cirugía consistió en un primer tiempo la extracción de los tornillos S1 rotos y posterior recolocación de tornillos. Se cambiaron las barras y se introducen tornillos de L5 bilateral, comprobando la reducción de la listesis.

En un segundo tiempo se realiza discectomía L5-S1 colocando una caja intersomática por vía anterior (ALIF) con placa de bloqueo y 2 tornillos

Resultados:

La paciente presentaba previamente a la primera intervención quirúrgica un índice de discapacidad de Oswestry (IDO) del 76%.

Actualmente, tras 4 meses desde la cirugía de rescate presenta dolor lumbar ocasional con un IDO del 26%.

Radiológicamente, presenta una buena evolución con evidencias de fusión en el segmento intervenido.

Conclusiones:

La técnica ALIF es una alternativa útil y segura para el manejo de complicaciones derivadas de fallo en artrodesis por vía posterolateral. El abordaje anterior permite la introducción de una caja intersomática que se relaciona con tasas más altas de fusión, generando una unión 360 ° dando seguridad y estabilidad a la artrodesis.

NÚMERO

P-41

PRIMER AUTOR

ALBERO CATALÁ, LUIS

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELDA

AUTORES

ALBERO CATALÁ, L; GONZÁLEZ SALAS, E; DE LA PINTA ZAZO, C; FARRER MUÑOZ, P; PINEDA SALAZAR, M; LISETTE BELLO, L

TITULO

FRACTURA DE C1 EN PACIENTE CON APÓFISIS ODONTOIDES CORONADA

RESUMEN

Introducción:

La apófisis odontoides coronada es una entidad radiológica consistente en el acúmulo de cristales de pirofosfato cálcico en los ligamentos del atlas, generando una imagen de corona alrededor de la misma. Es una patología infrecuente que se manifiesta más típicamente en mujeres.

Material y Métodos:

Presentamos un paciente varón de 83 años que sufre caída accidental con traumatismo craneoencefálico presentando cefalea y dolor persistente a nivel fronto-temporal y cervical. Sin antecedentes de interés. Ante la clínica persistente se realiza TAC craneal y cervical, en el que se objetiva pequeño sangrado subaracnoideo junto con fractura de arco anterior y posterior de C1, con separación de 7mm entre fragmentos anteriores y no significativa en posteriores. Además, se aprecia como hallazgo casual, el signo de la corona alrededor de la apófisis odontoides. Se realiza RM que confirma estabilidad ligamentosa sin afectación de estructuras neurológicas, con la que se indica tratamiento ortopédico mediante inmovilización con ortesis cervical tipo Philadelphia.

Resultados:

A los 2 meses de evolución, en TAC de control se observa un aumento de la separación de la fractura del arco anterior llegando hasta 1cm, con separación del arco posterior de 2mm. A los 3 meses, la fractura ya no presenta cambios respecto a TAC previo. El paciente evolucionó favorablemente, por lo que se decide retirar la inmovilización e iniciar tratamiento rehabilitador. A los 6 meses, es dado de alta con molestias cervicales ocasionales y no continuas.

Conclusiones:

Las fracturas de C1 corresponden con el 2% de las fracturas de la columna, siendo tratadas de manera ortopédica cuando exista estabilidad ligamentosa y ausencia de clínica neurológica. La corona de la odontoides es un hallazgo infrecuente y casual, que no necesita tratamiento si no da clínica, no existiendo publicaciones previas con esta asociación.

NÚMERO

P-42

PRIMER AUTOR

CUÑAT NAVARRO, LUÍS

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI DE CASTELLÓ

AUTORES

CUÑAT NAVARRO, LUÍS; VIDAL POMBO, ALEJANDRO; MARGARIT MARTÍN, XAVIER

TITULO

BANDA A TENSIÓN CON ALAMBRE VS FIJACIÓN CON PLACA EN FRACTURAS DE OLÉCRANON: ESTUDIO RETROSPECTIVO COMPARATIVO

RESUMEN

Introducción:

En este estudio queremos evaluar los resultados de funcionalidad a largo plazo en fracturas de olécranon tratadas de mediante obenque con alambre vs osteosíntesis con placa. Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en la tasa de complicaciones y extracción de material.

Material y Métodos:

Para realizar este estudio hemos seleccionado las fracturas de olécranon aisladas, atendidas en nuestro servicio de urgencias, entre los años 2010 y 2020, y que se trataron mediante obenque con alambre o osteosíntesis con placa. Las fracturas que se asociaban a otras fracturas o luxaciones han sido retiradas del estudio. Para evaluar los resultados en cuanto a movilidad articular se revisaron las notas de evolución de las consultas externas.

Resultados:

Se revisaron 321 fracturas, 110 cumplieron los criterios de inclusión. La edad media fue de 62 años, el 62% fueron mujeres, el 38% restante hombres repartidos de forma similar en ambos grupos además de presentar comorbilidades parecidas. El mecanismo lesional más frecuente fue caída desde la propia altura, 83 pacientes, seguido de accidentes de tráfico en 21 pacientes. De los 110 pacientes intervenidos, 92 fueron operados mediante banda a tensión con alambre, los 18 restantes, fueron intervenidos empleando osteosíntesis con placa. Los 18 pacientes tratados con placa, lograron una flexión 126º y una extensión de -16, de los pacientes de este grupo 7 requirieron emo (38,8%).

Por el contrario, de los 92 pacientes intervenidos mediante banda a tensión, se perdió el seguimiento de 11, los 82 restantes alcanzaron una flexión de 139º y una extensión de -9. En 37 pacientes de este grupo se realizó emo (45,7%).

Conclusiones:

No parece haber diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los resultados funcionales ni en la tasa de extracción de material de osteosíntesis entre ambos grupos.

NÚMERO

P-43

PRIMER AUTOR

VALVERDE VÁZQUEZ, MARÍA DEL ROCÍO

CENTRO

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA - HOSPITAL DE LLIRIA (VALENCIA)

AUTORES

VALVERDE VÁZQUEZ, MARÍA DEL ROCÍO; MORO MARTÍN, SUSANA; CHIAPPE, CATERINA; SANGÜESA NEBOT, M^a JOSÉ; DOMENECH FERNÁNDEZ, JULIO

TITULO

MIELOPATÍA CERVICAL COMPRESIVA POR CONDROCALCINOSIS

RESUMEN

Introducción:

La condrocalcinosis (pseudogota) es una artropatía inflamatoria por depósito de cristales de pirofosfato cálcico (CPPD) relacionada con enfermedades metabólicas y endocrinas, aunque la forma idiopática es la más frecuente. Estos depósitos se sitúan frecuentemente en articulaciones de las extremidades, siendo la columna cervical y concretamente el ligamento amarillo, una localización extraordinariamente rara. Los pocos casos descritos, se localizan en Japón y norte de África.

Material y Métodos:

Caso clínico

Resultados:

Varón de 78 años (caucásico) que sufre caída por pérdida de fuerza en MMII. Ingresa para tratamiento quirúrgico (fractura bimalleolar tobillo izquierdo).

El paciente refiere desde hace un mes debilidad en las piernas que ocasiona inestabilidad de la marcha impidiendo la deambulación, parestesias en MMSS, lumbalgia y cervicalgia de características mecánicas.

* EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA: fuerza manos 3/5, déficit sensitivo acrodistal en manos, hipoparestesia en MMII.

* RMN CERVICAL: estenosis de canal espinal a nivel cervical C4-C5 secundario a complejo disco-osteofitario posterior e hipertrofia de facetas interarticulares. A descartar mielopatía compresiva.

* PESS: tiempo de conducción central alargado en ambos nervios medianos y en tibial posterior derecho, compatible con afectación de la vía somato-sensorial.

* PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: laminectomía C4 + hemilaminectomía C5 obteniendo material denso-blanquecino tipo cáseum a nivel interespinoso izquierdo C4-C5 y en el ligamento amarillo generando su hipertrofia, responsable de la estenosis.

* INFORME HISTOPATOLÓGICO: depósito de cristales de pirofosfato cálcico en ligamento amarillo, compatible con condrocalcinosis.

Conclusiones:

- Diagnóstico diferencial con la osificación del ligamento amarillo.
- Características de la imagen: apariencia de tipo nodular en el plano sagital de la RMN.
- Diagnóstico definitivo: examen histopatológico.
- Los pacientes con síntomas neurológicos pueden requerir descompresión quirúrgica para la mejoría de los síntomas y la prevención de la progresión.
- A pesar de los pocos casos descritos en la bibliografía, la incidencia de condrocalcinosis en el ligamento amarillo cervical, puede que se encuentre subestimada debido a la ausencia de sintomatología neurológica.

NÚMERO

P-44

PRIMER AUTOR

VALVERDE VÁZQUEZ, MARÍA DEL ROCÍO

CENTRO

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA - HOSPITAL DE LLIRIA (VALENCIA)

AUTORES

VALVERDE VÁZQUEZ, MARÍA DEL ROCÍO; MONTÓN MARTÍNEZ, INMACULADA; DARDER PRATS, ANTONIO; CHIAPPE, CATERINA; SANGÜESA NEBOT, M^a JOSÉ; DOMENECH FERNÁNDEZ, JULIO.

TÍTULO

TUBERCULOSIS GLENOHUMERAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

RESUMEN

Introducción:

La tuberculosis, producida por *Mycobacterium tuberculosis*, afecta típicamente a los pulmones. La presentación osteoarticular es poco frecuente (10%) y a menudo se pasa por alto en el diagnóstico diferencial de patología articular. El 95% de los casos de tuberculosis osteoarticular se presentan en columna, cadera y rodilla. La articulación glenohumeral es una localización atípica lo que se traduce en un diagnóstico tardío.

Material y Métodos:

Caso clínico

Resultados:

Mujer de 76 años que presenta masa en hombro izquierdo, dolor e incapacidad a la abducción activa del hombro. (23/09/2019) RM hombro izquierdo: Rotura masiva del manguito rotador.

(19/02/2020) Aumento de tamaño de la masa, rubor, calor y derrame masivo subacromial que produce mucha limitación funcional. Fiebre y mal estado general.

Artrocentesis: Cultivos microbiológico y para células malignas negativos.

PET-TC: Colección redondeada de centro hipodenso/ametabólico con aire en su interior, y halo periférico hipermetabólico.

(27/02/2020) Drenaje percutáneo de absceso. Muy escaso líquido. Cultivos microbiológicos negativos.

Linezolid + meropenem iv una semana y cefuroxima + linezolid oral al alta hospitalaria otra semana.

Recidiva. Derrames serohemáticos continuos

(03/06/2020) Sinovectomía y limpieza de articulación Biopsia de bursa subacromial: inflamación granulomatosa

(27/07/2020) Cultivo: *Mycobacterium tuberculosis* complejo Tratamiento tuberculoso con isoniazida + rifampicina + etambutol + pirazinamida 2 meses, manteniendo rifampicina + pirazinamida 4 meses más.

Conclusiones:

La tuberculosis debe considerarse en el diagnóstico diferencial de presentaciones atípicas de osteoartrosis, dolor persistente y pérdida funcional prolongada en la articulación glenohumeral cuando el tratamiento convencional resulta ineficaz.

España es el segundo país de la Unión Europea con la incidencia más alta de tuberculosis (>20 casos/100.000 personas/año).

Para el diagnóstico son necesarias pruebas específicas como la tinción con Ziehl-Neelsen.

El diagnóstico de certeza es anatomopatológico: inflamación granulomatosa con necrosis caseosa.

El tratamiento farmacológico antituberculoso ha demostrado ser eficaz para la remisión de la tuberculosis osteoarticular.

NÚMERO

P-45

PRIMER AUTOR

LOPEZ LOPEZ, SERGIO

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET

AUTORES

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

TITULO

LESIÓN MULTILIGAMENTOSA DE RODILLA: A PROPÓSITO DE UN CASO

RESUMEN

Introducción:

Las lesiones multiligamentosas de rodilla (MLKI) se definen como aquellas en la que al menos dos de los 4 ligamentos principales de la rodilla están afectados. Son entidades desbastadoras donde suele haber afectación de estructuras vasculonerviosas.

A pesar del que el tratamiento de elección es el quirúrgico todavía no hay consenso con respecto al momento idóneo de la cirugía: agudo, etapas y diferido.

Material y Métodos:

Varón de 30 años que acude a urgencias tras un accidente de moto en el cual se ha golpeado de lado con un coche a una velocidad de 40 km/h, saliendo despedido unos 15 metros. El paciente refiere dolor lumbar y en rodilla izquierda.

Ante la exploración quirúrgica presente por el paciente se decidió realizar una RMN de rodilla la cual concluyo lesión aguda y completa del ligamento colateral medial con rotura completa del ligamento cruzado anterior y posterior.

Resultados:

Se decidió realizar una cirugía por etapas, en la cual se procede primero a la reparación de las estructuras extracapsulares, en este caso el ligamento colateral medial y posteriormente a las 6-8 semanas del resto de estructuras.

El paciente fue sometido a una reparación del ligamento colateral medial a las 2 semanas en un primer tiempo y a continuación la plastia de los ligamentos cruzados al mes y medio de la otra cirugía.

Posteriormente se siguió en consultas y se realizó una interconsulta a rehabilitación. Después de 1 año el paciente se encuentra con una movilidad completa de rodilla, ha recuperado la musculatura de la pierna y las maniobras de estabilidad de rodilla (cajones, lachman, varo-valgo?) son negativas.

Conclusiones:

Se realizó este tipo de secuencia de tratamiento debido a que los estudios han demostrado que es la que ofrece mejores resultados. Actualmente el paciente ha vuelto a su actividad laboral habitual.

NÚMERO

P-46

PRIMER AUTOR

LAPEÑA MARTÍNEZ, ANDRÉS

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

LAPEÑA MARTÍNEZ, ANDRÉS; FERNÁNDEZ RUÍZ, MARÍA DOLORES; MARTÍNEZ HURTADO, JUAN PEDRO; CASTROVERDE MARTÍNEZ, NIEVES; VARGAS MALDONADO, MIGUEL.

TITULO

FRACTURA SUBCAPITAL DE CADERA EN EDAD PEDIÁTRICA. ACTITUD A SEGUIR Y POSIBLES COMPLICACIONES.

RESUMEN

Introducción:

La fractura subcapital de cadera en edad pediátrica es una entidad rara (0.3-0.5%). Generalmente se producen tras un traumatismo de alta energía (85%) o sobre un hueso patológico. Entre las complicaciones más importantes se encuentran la necrosis avascular y el cierre fisario precoz.

Tenemos como objetivo presentar el caso de una niña con fractura de cadera tras caída desde altura, así como las recomendaciones sobre su manejo.

Material y Métodos:

Niña de 11 años trasladada a urgencias tras precipitarse desde la ventana de su casa. En la exploración inicial destaca el acortamiento y dolor a la movilización de la pierna y compresión pélvica. El resto de la exploración es anodina.

Tras la estabilización en el box de urgencias, se realiza un TAC Total Body que muestra una fractura subcapital de cadera derecha (Delbet tipo II), de ala sacra derecha, rama iliopúbica izquierda y fractura bifocal de mandíbula. Ante los hallazgos, se intervino la fractura de cadera de manera urgente. Fue necesaria la reducción mediante mesa de tracción y extensión, abducción y rotación interna del miembro. Tras ello se realizó una síntesis con tres tornillos canulados en conformación de triángulo invertido sin atravesar la fisis.

Resultados:

La paciente evolucionó de manera favorable durante el postoperatorio, siendo dada de alta a los 3 días. Mantuvo la descarga durante 8 semanas, a partir de la cual inició un programa físico progresivo hasta la deambulación en carga completa e inicio de actividades deportivas. Al año de la intervención, la paciente no mostraba signos de necrosis avascular de cadera o de cierre fisario.

Conclusiones:

Las fracturas de cadera en edad pediátrica deben ser reducidas anatómicamente y fijadas en menos de 12-24 horas con tal de evitar complicaciones graves. Pese a cumplir estos objetivos, se ha demostrado una alta tasa de necrosis avascular (alcanzando prácticamente el 30% en las fracturas del tipo II). Dentro del tratamiento se contemplan el uso de yesos pelvipédicos (<4 años), agujas de kirschner, tornillos canulados (atravesando o no fisis) o de DHS. En cualquier caso, el seguimiento deberá ser clínico y radiológica hasta al menos de 18 meses para descartar las temidas complicaciones.

NÚMERO

P-47

PRIMER AUTOR

ORIHUELA GARCÍA, JOSE CARLOS

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

ORIHUELA GARCÍA, JOSE CARLOS; SEVILLA, ALEXANDRA; FERNANDEZ ,M^a DOLORES

TITULO

COMPLICACIONES DE LOS CORTICOIDES: SINDROME DE NICOLAU (EMBOLIA CUTIS).

RESUMEN

Introducción:

La infiltración de corticoides intraarticulares o extraarticulares en COT es muy frecuente y se asocia con una baja tasa de complicaciones. El síndrome de Nicolau es una forma iatrogénica rara de necrosis cutánea con formación de una úlcera necrótica cutánea que ocurre en el lugar de la infiltración y que puede progresar a necrosis muscular de la zona en los casos más graves.

Material y Métodos:

Mujer de 47 años remitida desde su Médico de cabecera a Consultas externas de COT para valoración de posible bursitis trocantérica izquierda. Refiere que fue a un Hospital privado y allí le infiltraron con corticoides (Trigon depot) y desde entonces refiere aumento del dolor y presencia de una úlcera cutánea en el lugar en el que le realizaron la infiltración.

A la exploración se aprecia una úlcera cutánea necrótica en el lugar de la infiltración. La RMN realizada informa necrosis grasa focalizada a nivel de trocánter mayor izquierdo sin repercusión de estructuras adyacentes.

Resultados:

Se deriva a la paciente a Cirugía plástica que le propone un injerto graso. La paciente decide finalmente no intervenir y continúa seguimiento por COT y RHB. Presenta una evolución favorable al seguimiento sin complicaciones de la úlcera, disminución del dolor y funcionalidad completa de la cadera.

Conclusiones:

El síndrome de Nicolau, Embolia cutis o Dermatitis livedoide es un síndrome de origen iatrogénico muy infrecuente y muy poco descrito en la literatura de la infiltración con ciertos fármacos, entre los que se incluyen los corticoides, que produce necrosis cutánea, grasa y de la musculatura subyacente debido, según las hipótesis, a un mecanismo de vasoespasmo local e isquemia posterior por la entrada directa del fármaco en la vascularización de la zona. Se han descrito casos de atrofia muscular debido a necrosis de la musculatura, siendo ésta la complicación más grave y más incapacitante de este cuadro

NÚMERO

P-48

PRIMER AUTOR

ORIHUELA GARCÍA, JOSE C.

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

ORIHUELA GARCÍA, JOSE C.; PAGÁN, ALEJANDRO; SERRANO, PABLO

TITULO

FRACTURA DEL TERCIO PROXIMAL DE CLAVÍCULA. ¿TRATAMIENTO CONSERVADOR?. PSEUDOARTROSIS, AFLOJAMIENTO DE MATERIAL, INFECCIÓN Y EMO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

Introducción:

Las fracturas de clavícula suponen entre un 2.4-10% del total de las fracturas del adulto. Un 80-85% afectan al tercio medio, un 15-20% al tercio externo y un 5% al tercio interno. Las fracturas de tercio proximal son infrecuentes y se producen por mecanismos indirectos, caída sobre el hombro o la mano y en pacientes jóvenes por traumatismos de alta energía. Las tasas de pseudoartrosis en fracturas de tercio interno sin desplazar es de alrededor del 6.7% y un 14.3% para fracturas desplazadas.

Material y Métodos:

Varón 49 años que sufre accidente laboral con precipitación desde 5 metros de altura con fractura de D11 que fue intervenida, fractura tercio interno de clavícula derecha sin desplazar, esternón y escápula que se trataron de manera conservadora. AP: Ex-adicto a cocaína, alcoholismo, ansiedad y depresión. Tras 22 meses de seguimiento persiste clínica dolorosa con pseudoartrosis del tercio interno de clavícula en TAC y se decide tratamiento quirúrgico mediante cruentación del foco de pseudoartrosis, retirada del opérculo central e injerto autólogo de cresta iliaca derecha y RAFI con TCIF y placa anatómica Acumed2®.

Resultados:

El resultado clínico-radiológico postquirúrgico es óptimo y el paciente es dado de alta.

A los 10 días acude a urgencias por dolor y en la radiografía se observa una fractura por estrés mecánico del extremo distal de clavícula por probable insuficiencia del sistema y se decide programar para intervención.

A los 5 días acude de nuevo a urgencias por dolor y supuración de la herida quirúrgica.

Se realiza drenaje del material purulento, EMO de la placa por aflojamiento del material y cerclaje con sutura de ambos extremos de la fractura conminuta. En los cultivos se aísla SARM y es tratado con antibioterapia iv. El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta.

Conclusiones:

Este tipo de fracturas suele tratarse de manera conservadora pero cuando fracasa se recomienda RAFI ya que hasta un 28% de los pacientes presentan dolor moderado-severo tras el tratamiento conservador. Sin embargo, las posibles complicaciones de la cirugía, como se ha visto en este caso, no son en absoluto desdeñables.

NÚMERO

P-49

PRIMER AUTOR

RICO FERRÁNDEZ, MIRANDA

CENTRO

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA

AUTORES

RICO FERRÁNDEZ, MIRANDA; PINO ALMERO, LAURA; MÍNGUEZ REY, MARÍA FE

TÍTULO

TÉCNICA DE GALEAZZI COMO TRATAMIENTO DE LA INESTABILIDAD FEMOROPATELAR EN EL ADOLESCENTE

RESUMEN

Introducción:

La inestabilidad femoropatelar en el adolescente puede suponer un reto a nivel quirúrgico dada la necesidad de respetar las fisis del esqueleto inmaduro. La técnica de Galeazzi mediante transposición del tendón del semitendinoso a través de la patela puede ser un método seguro y eficaz en estos casos.

Material y Métodos:

Se ha llevado a cabo un análisis retrospectivo del registro de una población de 10 pacientes (9 mujeres y 1 varón) de entre 12 y 16 años (edad media 14 años y 6 meses) atendidos en el Hospital Clínico Universitario de Valencia, que fueron intervenidos (tres de ellos de forma bilateral) entre 2018 y 2021 mediante la técnica de Galeazzi y que fueron seguidos en consultas posteriormente un mínimo de 12 meses. Se ha analizado las características radiográficas previas a la intervención mediante TC (9) o RMN (1), el tiempo hasta flexión completa tras la cirugía, episodios de nuevas luxaciones y otros síntomas asociados.

Resultados:

De los 10 pacientes analizados y las 13 intervenciones realizadas (7 izquierdas, 6 derechas), el tiempo medio hasta la flexión fue de 4 meses y 18 días. De los 10 pacientes, ninguno sufrió nuevos episodios de luxación. En cuanto a otra sintomatología, cabe destacar un episodio de subluxación y un caso de hipoestesia en cara lateral de rodilla.

Conclusiones:

En la muestra analizada, la técnica de Galeazzi para la estabilización rotuliana en pacientes adolescentes supone un método seguro y efectivo de tratamiento con el que no se han observado complicaciones postquirúrgicas a corto plazo y se ha obtenido una movilidad completa temprana sin nuevos episodios de luxación al año de seguimiento. Se requieren estudios con un mayor número de pacientes analizados y un tiempo de seguimiento más largo para obtener resultados de forma estadísticamente significativa.

NÚMERO

P-50

PRIMER AUTOR

CORES QUIRÓS, CLAUDIA CECILIA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITECNICO LA FE, VALENCIA

AUTORES

CORES QUIRÓS, CLAUDIA CECILIA; PEDRAZA CORBÍ, ARANZAZU; GRELL, BERNHARD JOSEF; MARISCAL RUIZ-RICO, GONZALO

TITULO

MANEJO DEL POLITRAUMA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

Introducción:

Se define politraumatizado aquel que presenta lesiones a consecuencia de un traumatismo que afectan a dos o más órganos, o bien aquel que presenta al menos una lesión que pone en peligro su vida. Más frecuente en varones y supone la primera causa de muerte entre los 14-25 años y en mayores de 65 años. También es la principal causa de muerte infantil entre los 5-14 años.

Material y Métodos:

Presentamos el caso de un varón de 62 años que tras un accidente de motocicleta de alta energía presente fractura de pelvis derecha inestable tipo C más luxación sacroilíaca, fracturas abiertas radio distal bilateral, fractura T10, fractura faceta T4, fractura apófisis transversa L1 y L5 y fracturas costales múltiples. El paciente es traído por el servicio de urgencias extrahospitalario tras tratamiento in situ con noradrenalina y fluidos. El paciente se encuentra consciente con Glasgow 9-10, presenta hematoma en pubis y periné sin sangrado al exterior, vía área permeable y TA no medible por hipoperfusión periférica. En el box de críticos se procede al lavado de fracturas de miembros superior con abundante suero fisiológico y se estabilizan con férulas de yeso. Durante el examen inicial en el box de críticos el paciente presenta dos paradas cardiorespiratorias por lo que se intuba, y se decide subir a quirófano para estabilización clínica del paciente.

Resultados:

En quirófano, por parte de cirugía general, se realiza una laparatomía medio xifopúbica sin encontrar causa del sangrado a nivel gastrointestinal. Por parte de traumatología, se procede a posicionar un fijador externo supraacetabular con tracción transesquelética de fémur derecho (8kg) y se realiza lavado de fracturas abiertas de miembros superiores con estabilización mediante férula antebraquial izquierda y férula braquial derecha. Tras posicionar el fijador externo, persiste la inestabilidad hemodinámica por lo que se realiza embolización de hipogástrica. A las 24 horas del accidente, se somete al paciente a diálisis por presentar fracaso renal tras rbdmiolisis severa. El paciente se encuentra con acidemia por acidosis respiratoria y metabólica. Tras 12CH el paciente continúa con presión arterial media aproximada de 65 mmHg con necesidad de apoyo noradrenérgico. Debido a la hipoperfusión el enfermo sufre una hepatitis aguda isquémica. A las 72 horas de ingreso, el paciente presenta empeoramiento clínico. Se explora en REA objetivándose miembro inferior derecho tumefacto con aumento de presión compartimental (36 mmHg). También, miembro superior derecho presenta aumento de la presión a la palpación, por lo que se retira férula, con mejoría inmediata de la tumefacción. Se mide presión compartimental (35 mmHg en dorso, 33 mmHg en volar). Se avisa a anestesia para intervención quirúrgica urgente. En quirófano se realizan fasciectomias de compartimento flexor y extensor de miembro superior derecho y miembro inferior derecho. Posterior, se estabiliza con fijadores externos. Se avisa a cirugía vascular que realiza eco doppler sobre pie derecho sin encontrar pulso pedio pero sí tibial posterior. A las 96 horas del ingreso avisan compañeros de REA de exitus. Acudimos a retirar fijador externo de pelvis, de fémur y de muñeca derecha.

Conclusiones:

La importancia de una buena atención inicial tanto en el lugar del accidente como intrahospitalaria siguiendo protocolos de politraumatizado. La necesidad de un manejo multidisciplinar de todos los especialistas implicados. La importancia, en los días sucesivos, de una constante revaloración tanto de su patología como de las principales

NÚMERO

P-51

PRIMER AUTOR

FORNÉS GALLEGO, ENRIQUE

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

FORNÉS GALLEGO, E; ORIHUELA GARCÍA, JC; DÍEZ ALBERO, L; TALAVERA GOSALBEZ, JJ; JOVER CARRILLO, A

TITULO

FRACTURA - ENUCLEACIÓN ABIERTA DE ASTRÁGALO. CUANDO PIENSAS QUE LA GUARDIA NO PUEDE EMPEORAR. A PRPÓSITO DE UN CASO

RESUMEN

Introducción:

A propósito de un caso, realizar una búsqueda bibliográfica sobre el tratamiento y manejo actual de las enucleaciones de astrágalo y presentar los resultados de la intervención quirúrgica

Material y Métodos:

Mujer de 38 años, que tras sufrir un accidente de tráfico, presenta una fractura-enucleación abierta de astrágalo derecho.

Tras la valoración y la exploración de la paciente, se interviene de urgencia.

Mediante una vía de abordaje siguiendo y ampliando la herida, se reduce la fractura sobre el cuello del astrágalo y se introducen 3 tornillos canulados de 4.5mm cerrándola en el cuello y solidarizándolo en un fragmento con el cuerpo del astrágalo Se posiciona una AK de 2.0mm de calcáneo a astrágalo para aumentar la estabilidad.

Se objetiva cajón anterior por traslación anterior astrágalo ? tibial, se consigue estabilizar mediante 2 tornillos de 3.5mm para reinserción capsular y del complejo ligamentario lateral del tobillo, objetivándose estabilidad del mismo.

Resultados:

La paciente permanece en descarga 6 semanas, retirándose entonces la aguja calcáneo - astragalina e iniciando ejercicios de flexo extensión activa de tobillo y colocación de bota Cam Walker para comenzar a deambular. Se remite a rehabilitación y a los 9 meses se realiza un TAC; El TAC objetiva consolidación con buena congruencia articular, leve osteopenia y cambios degenerativos en superficies articulares astrágalo - calcánea posterior y astrágalo - escafoidea Se realiza la extracción del material de osteosíntesis y es dada de alta sin dolor y deambulando con normalidad

Conclusiones:

La causa más frecuente de las fracturas de astrágalo son los accidentes de tráfico. El resultado y el pronóstico dependen fundamentalmente del grado de desplazamiento y conminución inicial, debiendo minimizar complicaciones y realizar una reconstrucción anatómica desde el inicio.

NÚMERO

P-52

PRIMER AUTOR

DE PEDRO ABASCAL, MIGUEL

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITECNICO LA FE, VALENCIA

AUTORES

DE PEDRO ABASCAL, MIGUEL; BAS HERMIDA, TERESA; RUBIO BELMAR, PEDRO; ALONSO CARAVACA, ADRIÁN; CASTILLO SORIANO, MIGUEL ÁNGEL; ORTEGA YAGO, AMPARO; MORALES VALENCIA, JORGE; PÉREZ VERGARA, SILVIA; BAS HERMIDA, PALOMA; BAS HERMIDA, JOSE LUIS

TITULO

DEFORMIDAD EN PACIENTES CON AME EN TRATAMIENTO CON SPINRAZA

RESUMEN

Introducción:

Con el presente trabajo pretendemos analizar el impacto de las inyecciones de Spinraza en pacientes con AME y escoliosis de cara a valorar tanto su evolución previa a la cirugía de corrección de deformidad vertebral como la capacidad de recuperación postquirúrgica.

Material y Métodos:

Analizamos 8 pacientes de entre 9 y 19 años con AME tipo 2 y 3 de los cuales 5 han sido intervenidos y 3 pendientes de intervención. Se valoran diferentes parámetros somatométricos (IMC, peso y altura), de función pulmonar (FVC%, FEV1%), escalas de funcionalidad (RULM, HFMSE), y parámetros de conducción nerviosa (Ulnar CMAP Amplitude y Peroneal CMAP Amplitude) en el momento diagnóstico, antes y después de la cirugía y en la revisión más reciente. También se ha valorado la progresión de la deformidad de los pacientes desde el inicio de la administración de Spinraza hasta el momento previo a la cirugía.

Resultados:

La media de dosis de Spinraza administradas a los pacientes fue 10,625. El IMC medio inicial de los pacientes fue 17,1 con un IMC prequirúrgico de 15,498, postquirúrgico de 16,032 e IMC en la última revisión de 15,183. En cuanto a los parámetros respiratorios las FVC% y FEV1% medias iniciales fueron respectivamente 72,075 y 84,914, prequirúrgicas 63,9 y 64,4 respectivamente, postquirúrgicas 50,93 y 49,90 respectivamente, y en la última revisión 52,84 y 59,90 respectivamente. El RULM medio inicial, prequirúrgico, postquirúrgico y en la última revisión han sido 20,625; 20,667; 18,667; y 20,750 respectivamente. El HFMSE medio inicial, prequirúrgico, postquirúrgico y en la última revisión han sido 17,375; 12,667; 10,667; y 18,00 respectivamente. La Ulnar CMAP Amplitude medio inicial, prequirúrgico, postquirúrgico y en la última revisión han sido 1,463; 1,533; 1,233; y 1,988 respectivamente. La Peroneal CMAP Amplitude medio inicial, prequirúrgico, postquirúrgico y en la última revisión han sido 1,188; 1,067; 1,10; y 1,525 respectivamente. En cuanto a la progresión de la curva el ángulo de Cobb inicial medio fue de 89,1º y el prequirúrgico medio de 94º con una progresión media de 5,57º.

Conclusiones:

El fármaco spinraza se ha mostrado útil en el control de la progresión de la curva con un pvalor de 0,008463.

NÚMERO

P-53

PRIMER AUTOR

FAJARDO SÁNCHEZ VERÓNICA DE LOS ÁNGELES

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN

AUTORES

FAJARDO SÁNCHEZ VERÓNICA DE LOS ÁNGELES JORDÁ GÓMEZ PABLO POYATOS CAMPOS JOSE

TITULO

HERNIA DISCAL DORSAL JUVENIL EN NIÑO DE 12 AÑOS, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

RESUMEN

Introducción:

Las hernias discales dorsales acontecen del 0.15% al 1.7% de la población adulta, número que disminuye aún más en la población infantil. Es importante realizar un buen diagnóstico diferencial para que no pasen desapercibidos procesos sistémicos.

Material y Métodos:

Se presenta el caso clínico de un niño de 12 años que tras un sobreesfuerzo realizando deporte presenta una deformidad escoliótica con curva torácica izquierda y dolor que impide las actividades básicas de la vida diaria. Fue estudiado por un equipo multidisciplinar mediante exploración física exhaustiva, telemetrías y resonancia magnética nuclear evidenciándose una hernia dorsal posterolateral derecha en el disco del nivel D9-10, que ocupaba el receso lateral derecho. El paciente fue tratado conservadoramente mediante fisioterapia y analgesia oral.

Resultados:

El paciente mejoró progresivamente tanto del dolor como de la deformidad en un plazo de 2 meses. En controles posteriores al año, el paciente se encontraba asintomático y la actitud escoliótica había desaparecido por completo.

Conclusiones:

Es primordial realizar un buen diagnóstico diferencial que excluya causas orgánicas del dolor dorsal en la infancia. Ante el hallazgo de hernias discales infantiles es importante tener en cuenta que el primer escalón terapéutico debe ser el tratamiento conservador. Hay que identificar los síntomas de alarma como la afectación neurológica que pueda hacer plantearse el tratamiento quirúrgico como primera opción.

NÚMERO

P-54

PRIMER AUTOR

POLO PÉREZ, ISABEL

CENTRO

CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

AUTORES

ISABEL POLO PÉREZ; ALBERTO TEJEDA GÓMEZ, FRANCISCO SEGURA LLÓPIS, JAVIER NAVARRO MUÑOZ, EMILIO FERRANDO MESEGUER

TITULO

OSTEOTOMÍA DEL EPICONDILLO FEMORAL LATERAL EN EL ABORDAJE DE FRACTURAS DE MESETA TIBIAL

RESUMEN

Introducción:

El buen resultado funcional tras la osteosíntesis de una fractura de meseta depende en gran medida de una reducción adecuada para obtener congruencia articular, lo cual no siempre se consigue dada la pobre visualización que se obtiene con los abordajes clásicos. En nuestro centro se optó por realizar abordajes con osteotomía de epicóndilo lateral dado el riesgo de daño neurovascular y en partes blandas que existe con la osteotomía de cabeza de peroné.

El objetivo de este trabajo consiste en describir los resultados funcionales obtenidos tras el tratamiento quirúrgico mediante dicho abordaje para reducción abierta y fijación interna de las fracturas de meseta tibial.

Material y Métodos:

Se revisaron de forma retrospectiva 4 casos de fractura de meseta tibial de nuestro servicio del HCUV tratadas mediante dicho abordaje.

La clasificación y planificación quirúrgica de las fracturas se realizó según la sistemática de Schatzker, Luo y Frosch, y la Ten Segment Classification.

Se recogieron y analizaron las variables epidemiológicas, complicaciones, se realizaron mediciones en telemetrías en ambos planos además de TC postquirúrgico para evaluar la calidad de la reducción, y se registró la puntuación del Knee Society Score.

Resultados:

De los 4 pacientes intervenidos 2 fueron mujeres y 2 hombres, con edad media de 50 años. En todos los casos se encontraba afectada la columna posterolateral de la meseta tibial. La media de tiempo quirúrgico fue de 187,75 minutos.

Según nuestra experiencia este abordaje permitió una óptima visualización y reducción de la fractura, no registrándose complicaciones intraoperatorias. Tras la intervención no se detectó ningún caso de daño del nervio ciático poplíteo externo ni trombosis venosa profunda.

Los resultados globales obtenidos a través de la Knee Society Score fueron satisfactorios.

Conclusiones:

La osteotomía de epicóndilo lateral en fracturas de meseta supone una técnica novedosa que supone una mejor visualización de la zona posterolateral de la meseta con un menor riesgo de daño neurovascular y de partes blandas y que presenta buenos resultados iniciales según nuestra experiencia.

NÚMERO

P-55

PRIMER AUTOR

GUANZETTI NIETO, ALESSANDRO

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO ALICANTE

AUTORES

GUANZETTI NIETO, ALESSANDRO GARCÍA LÓPEZ, ANTONIO FERNÁNDEZ KANG, ANA MARÍA

TITULO

LUXACIÓN ESTERNOCLAVICULAR POSTERIOR

RESUMEN

Introducción:

La luxación esternoclavicular posterior es una patología infrecuente que puede ocasionar hasta en un 25% de las ocasiones lesión de estructuras vitales del mediastino superior. Es por esto por lo que su diagnóstico precoz y tratamiento es fundamental.

Material y Métodos:

Presentamos un paciente de 37 años que acude a consulta por dolor y limitación de la movilidad en hombro derecho. Como antecedente presenta una luxación esternoclavicular derecha tras un accidente de tráfico 2 meses antes diagnosticada durante su ingreso que no recibió tratamiento en el momento agudo. En la exploración se aprecia deformidad a nivel proximal de la clavícula así como dolor 6 en la Escala EVA. Presenta una limitación funcional para la abducción por encima de los 80° y para la rotación externa del hombro. Exploración neurovascular normal, con adecuado relleno capilar. Se realiza un TAC que informa de la luxación posterior sin afectación de estructuras mediastínicas. Dado el déficit funcional y dolor del paciente se programa para realizar una reducción abierta y fijación de la articulación.

Resultados:

Se realiza abordaje transversal de la articulación esternoclavicular derecha hasta observar la luxación posterior. Posteriormente se resecan las partes blandas interpuestas en la articulación consiguiendo una adecuada reducción. Se realiza fijación con un cerclaje con fibertape, fijado con tornillos de biocomposite de biotnodesis de 3.8mm Arthrex ``R´´, y refuerzo con una artrodesis puente con una placa con 3 tornillos en clavícula y 3 tornillos en esternón. Por último se realiza la reconstrucción de la cápsula articular. En la revisión en consulta a los 2 meses de la cirugía el paciente presenta mejoría del dolor, 2 en la Escala EVA, y de la movilidad con rotación externa completa y abducción de 110°. Por último se programa para retirada de la placa.

Conclusiones:

Luxación esternoclavicular es una patología infrecuente que requiere una alta sospecha en urgencias por su potencial riesgo vital. La cirugía está indicada en caso de compromiso vital, afectación de estructuras neurovasculares o tras fracaso del tratamiento conservador. En nuestro caso, la reducción abierta y fijación interna de la lesión obtuvo buenos resultados funcionales y mejoría del dolor, y puede ser una técnica válida como tratamiento de esta patología.

NÚMERO

P-56

PRIMER AUTOR

SANZ ROMERA, JORGE

CENTRO

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA, VALENCIA

AUTORES

SANZ ROMERA, JORGE; LÓPEZ VEGA, MARCOS; MONÍS GARCÍA, ANA; DOMENECH FERNÁNDEZ, JULIO

TITULO

PROCESO SUPRACONDÍLEO Y ESTRUCTURAS ANATÓMICAS ASOCIADAS. A PROPÓSITO DE TRES CASOS.

RESUMEN

Introducción:

El proceso supracondíleo es una osificación en la cara anteromedial del húmero distal. Esta estructura se encuentra asociada al ligamento y arcada de Struthers. Existe una importante discrepancia sobre la prevalencia real de estas estructuras y su implicación en ciertos síndromes compresivos del miembro superior.

Material y Métodos:

Se presentan tres casos diagnosticados radiológicamente de proceso supracondíleo. Dos varones de 3 y 8 años y una mujer de 41 años al consultar por traumatismos a nivel del codo y epicondilitis respectivamente, presentan una excrecencia ósea en las radiografías de codo. En este póster se define cada estructura y se exponen las consideraciones clínicas más relevantes

Resultados:

Ambos casos no presentaban sintomatología dolorosa ni neurológica. El diagnóstico se estableció mediante radiografía simple y no precisaron más tratamiento que ser informados y tranquilizados. El ligamento de Struthers es una banda fibrosa que se inserta en el epicóndilo medial con origen en la zona anteromedial del húmero, donde se encuentra en ocasiones sobre un apéndice óseo conocido como proceso supracondíleo. Su prevalencia estimada es del 1.8% de la población. El nervio mediano y la arteria radial discurren inferiormente a este ligamento pudiendo ser comprimidos. La arcada de Struthers es una banda musculotendinosa en el extremo distal del brazo, entre la cabeza medial del tríceps y el tabique intermuscular. El nervio cubital pasa a través de esta estructura. En aquellos casos que presentan afectación del nervio mediano, la escisión del ligamento de Struthers y el proceso supracondíleo eliminó toda sintomatología

Conclusiones:

El desconocimiento del proceso supracondíleo puede llevar al falso diagnóstico de osteocondroma, cuando suele ser un hallazgo incidental sin relevancia clínica. Aunque suelen cursar de forma totalmente asintomática, hay que tener en cuenta estas estructuras ante síndromes compresivos nerviosos y/o vasculares en el miembro superior.

NÚMERO

P-57

PRIMER AUTOR

CARRATALÁ PÉREZ, CARLA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET

AUTORES

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

TITULO

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PULGAR EN Z EN EDAD PEDIÁTRICA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

Introducción:

La deformidad en "Z" del pulgar supone una flexión de la articulación metacarpofalángica (AMTF) y una hiperextensión de la articulación interfalángica (AIF). Comienza con una sinovitis de la AMTF que debilita el aparato extensor, generando una subluxación del tendón extensor pollicis longus (EPL) hacia cubital y volar. La gravedad dependerá de la reductibilidad articular. Se asocia a artritis reumatoide, aunque los casos pediátricos suelen ser congénitos.

Material y Métodos:

Varón de 15 años sin antecedentes que presenta dolor y deformidad en el primer dedo de la mano derecha. Incapaz de precisar el tiempo de evolución ni la presencia de traumatismo. En reposo, actitud en flexión de la AMTF junto con hiperextensión de la AIF, reductibles. Durante la extensión, presenta hiperextensión la AIF junto con leve extensión de la AMTF. La radiografía muestra una subluxación volar de la falange proximal sobre el primer metacarpiano junto a una hiperextensión de la AIF.

Resultados:

Se diagnostica de pulgar en "Z" en estadio leve (es reductible). Se decide tratamiento quirúrgico mediante liberación volar de partes blandas y retensado del tendón EPL, según la técnica de Iwamoto. Se realiza avance y reinserción del tendón sobre la base de la falange proximal en una posición dorsal y radial junto con una tenodesis del extensor pollicis brevis sobre el EPL para conservar la extensión interfalángica. Se mantiene fija la AMTF cuatro semanas y con ortesis hasta las seis. Posteriormente, rehabilitación 12 semanas.

Tras 1 año de evolución, el balance articular es completo y la deformidad permanece corregida.

Conclusiones:

Esta deformidad se inicia por un debilitamiento del mecanismo extensor. Su diagnóstico es clínico, aunque la radiografía mostrará el estado articular. Es crucial diferenciar entre deformidad reductible y fija para decidir el tratamiento. En deformidades reductibles se recomienda la reconstrucción del aparato extensor. En casos avanzados, se requerirá una artroplastia.

NÚMERO

P-58

PRIMER AUTOR

FORNES GALLEGO, ENRIQUE

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

FORNÉS GALLEGO, E; ORIHUELA GARCÍA, JC; SERRANO TORRES, P; MORIL PEÑALVER , L; JOVER CARRILLO, A.

TITULO

QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO EN ASTRÁGALO - A PROPÓSITO DE UN CASO

RESUMEN

Introducción:

El quiste óseo aneurismático es una entidad tumoral ósea benigna (1% de los tumores óseos primarios), la edad de presentación más frecuente es entre la primera y segunda década y las localizaciones más frecuentes son en huesos largos y vértebras, siendo la localización en astrágalo muy rara. Puede ser primario o asociado a otras lesiones benignas o malignas por lo que hay que realizar un adecuado diagnóstico diferencial. Es un tumor agresivo a nivel local y que clínicamente se manifiesta por dolor como síntoma principal.

Material y Métodos:

Paciente de 20 años que acude a la consulta con clínica de tenosinovitis de extensores en pie derecho y dolor insidioso en seno del tarso sin signos inflamatorios evidentes.

Como antecedentes se observa una fractura de estrés en la base del 3º metatarsiano. Tras varios meses de evolución la paciente presenta empeoramiento clínico, por lo que se solicita una nueva radiografía de control.

En la radiografía se observa una lesión lítica en el astrágalo, por lo que se solicita una RMN para el estudio de la lesión. Esta lesión se define como quiste óseo aneurismático en la zona del astrágalo con edema óseo asociado y tenosinovitis leve del tendón tibial posterior. Se incluye en lista para intervención quirúrgica

Resultados:

La paciente se interviene realizando un curetaje de la lesión y aporte de injerto autólogo de cresta ilíaca izquierda. Se realizó un abordaje sobre maléolo tibial asociando una osteotomía del mismo y una artrotomía que posteriormente se osteosintetizó con 2 tornillos de esponjosa.

La anatomía patológica confirma la sospecha diagnóstica de quiste óseo aneurismático. Tras 4 semanas de evolución postquirúrgica, la paciente no presenta dolor y se observa en la radiología simple, una integración del injerto, por lo que se retiró la férula. Se autorizó la carga a las 8 semanas. La paciente tras 17 semanas de evolución deambula en carga total sin dolor y sin limitación funcional.

Conclusiones:

Ante una imagen quística lítica multiloculada en RM tenemos que pensar en un quiste óseo aneurismático como primera opción, sin olvidarnos de realizar un adecuado diagnóstico diferencial sobre todo con tumores de estirpe maligna. El curetaje con la aportación de injerto, puede dar un buen resultado clínico y funcional al cabo de los meses, aunque la recurrencia no es infrecuente.

NÚMERO

P-59

PRIMER AUTOR

GONZÁLEZ ANDREU, SERGIO

CENTRO

HOSPITAL DE SAGUNTO

AUTORES

GONZÁLEZ ANDREU, SERGIO; SOLAZ ESTEVAN, JUAN; SORO HONRUBIA, FEDERICO.

TITULO

LUXACIÓN DE CADERA ATRAUMÁTICA EN PACIENTE CON NEUROFIBROMATOSIS TIPO I

RESUMEN

Introducción:

La neurofibromatosis tipo 1 (NF-1) es una enfermedad poco frecuente de herencia autosómica dominante. A nivel de aparato locomotor son poco frecuentes las asociaciones con fémur proximal; como lesiones quísticas, neurofibromas intraarticulares, coxa valga, aumento del offset femoral, etc.

Es poca la bibliografía existente acerca de casos de luxación de cadera en pacientes con NF-1, siendo su tratamiento poco definido y debatido.

Material y Métodos:

Niña de 14 años que acude al servicio de urgencias por dolor en cadera derecha. Encontrándose en sala de espera refiere un dolor súbito en cadera que impide la bipedestación. La paciente practica atletismo con frecuencia. A la exploración, la paciente presenta dolor con la movilización del MID y un rango de movilidad limitado con miembro en abducción y rotación externa. Mediante radiología simple se objetiva una luxación femoroacetabular derecha; observándose también una displasia del cuello femoral que presenta mayor longitud respecto a contralateral.

Se lleva a cabo la reducción cerrada en quirófano con anestesia general y se coloca una tracción blanda. Al tratarse de una luxación atípica, se completa estudio mediante TAC y RMN, apreciándose un neurofibroma intraarticular en cadera derecha.

Resultados:

Dada de alta hospitalaria con ortesis de cadera y la indicación de descarga del miembro durante 4 semanas.

Tras 6 meses de seguimiento ambulatorio, la paciente no refiere ninguna clínica, habiendo reiniciado la práctica de atletismo.

Conclusiones:

Son pocos los casos recogidos en la literatura. Los autores defienden la existencia de neurofibromas intraarticulares como mecanismo productor. El tratamiento conservador realizado mediante reducción cerrada, tracción y descarga temporal viene recogido en la literatura disponible. También se manejan otras opciones como la artroplastia y la resección de Girdlestone; casi siempre, en pacientes de mayor edad.

El pronóstico a largo plazo es incierto; ningún caso descrito en la literatura vigente supera los 6 años de seguimiento.

NÚMERO

P-60

PRIMER AUTOR

BORRELL CHOVER, ANNA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET

AUTORES

BORRELL CHOVER, ANNA; COLOMINA LAIZ, TERESA; MARTINEZ LÓPEZ, DIEGO

TÍTULO

FRACTURA-ARRANCAMIENTO DE ESPINA TIBIAL ANTERIOR CON LESIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR ASOCIADA. TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES ASOCIADAS.

RESUMEN

Introducción:

Las fracturas por avulsión de las espinas tibiales son lesiones de rodilla poco frecuentes y pueden asociarse a otras lesiones intraarticulares. Concretamente, el ligamento cruzado anterior (LCA), que al insertarse en la porción anterointerna de la espina tibial anterior y en el espacio preespinal, puede verse afectado en este tipo de fracturas.

Material y Métodos:

Presentamos el caso de una paciente mujer de 43 años que acude a urgencias del servicio traumatología tras sufrir un accidente esquiando con traumatismo en la rodilla derecha.

La radiografía simple anteroposterior y lateral de rodilla derecha, evidenció una fractura-arrancamiento de espina tibial anterior.

En el estudio mediante tomografía computarizada (TC) se objetivó una fractura-arrancamiento de espina tibial por probable avulsión, con más de un fragmento y con desplazamiento de los fragmentos de hasta 7 mm. Se observó, además, un acortamiento del ligamento cruzado anterior (LCA).

Resultados:

Se decide fijación de la fractura mediante técnica artroscópica, donde:

Se reduce la fractura y se utiliza una guía tibial de LCA para perforar dos túneles a ambos lados la espina tibial avulsionada utilizando dos brocas guía.

Se pasan dos suturas tipo trenzada de alta resistencia que penetran en la base del LCA.

Se recuperan las suturas a través de los túneles mediante instrumental específico (micro suture-lasso) y se aseguran a la superficie anterior de la metafisis tibial. Tras la intervención, se comprueba la estabilidad de la reinserción y una movilidad articular completa.

Tres semanas después de la cirugía, la paciente inició un programa de rehabilitación activa, así como carga de peso progresiva. Seis meses después, el rango de movilidad articular se encontraba limitado a 12 grados de déficit de extensión por lo que se decide realizar una segunda cirugía con el fin de conseguir una movilización artroscópica bajo anestesia:

- Se evidencia abundante fibrosis articular (más pronunciada en el techo de la tróclea). El ligamento cruzado anterior permanecía íntegro, con fibrosis anterior asociada (lesión en cíclope).
- Se realiza desbridamiento y limpieza tipo artroclisis.
- Con ello se consigue un rango de movilidad de 130 grados en flexión y 0 grados en extensión.

Tras dos meses, se retira ortesis y se evidencia una extensión completa y ausencia de laxitud anteroposterior. La paciente es dada de alta.

Conclusiones:

En el caso presentado, en el que la paciente presenta una fractura por avulsión completa, conminuta y con desplazamiento de los fragmentos > 7mm (tipo IV según la clasificación de Meyers y McKeever), se opta por un

NÚMERO

P-61

PRIMER AUTOR

LAPEÑA MARTÍNEZ, ANDRÉS

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

LAPEÑA MARTÍNEZ, ANDRÉS; SALOM TAVERNER, MARTA; MARTÍNEZ GIL, LAURA; CUCÓ SANZ, LUCÍA; ENGUÍDANOS SANCHEZ, CELIA; LÓPEZ LÓPEZ, SERGIO.

TITULO

FRACTURA-LUXACIÓN DE CHOPART EN EDAD PEDIÁTRICA.

RESUMEN

Introducción:

La fractura-luxación de Chopart es una patología muy infrecuente en la edad pediátrica. En la escasa bibliografía existente, se describen los traumatismos de alta energía y posicionamiento del pie en flexión plantar e inversión como origen de las lesiones producidas.

Tenemos el objetivo de presentar el caso de un paciente de 11 años con fractura-luxación de Chopart, así como las recomendaciones basadas en nuestra experiencia y encontradas en la literatura.

Material y Métodos:

Varón de 11 años que acude a urgencias por dolor y deformidad del pie izquierdo tras caída desde un árbol.

A la exploración destaca una desviación medial y dorsal del mediopie, además de una gran inflamación y dolor. Tras la realización de radiografías simples se aprecia una fractura-luxación de Chopart (luxación astragaloescafoidea y fracturas de escafoides y cuboides).

Tras estos hallazgos, y con el fin de tomar una decisión terapéutica, se decide realizar un TAC. En él se confirman las lesiones descritas previamente, cuantificando el tamaño del fragmento dependiente del escafoides, motivo que justifica la cirugía.

Resultados:

En quirófano, y bajo anestesia general, se procede a la reducción cerrada de la fractura-luxación. Bajo fluoroscopia se aprecia la correcta congruencia articular y reducción de la fractura de escafoides. Ante dicha situación, se realiza una síntesis y fijación provisional percutánea con agujas de Kirschner: 2 AK desde la región dorsal del escafoides hasta el astrágalo y 1 AK desde el escafoides hasta el cuboides. Finalmente se asoció una férula suropédica.

Durante el ingreso el paciente presentó buena evolución clínica y radiológica, siendo dado de alta a los dos días sin alteraciones. Tras 4 semanas de inmovilización con férula se retiraron las AK, permitiendo la carga parcial a las 6 semanas. Desde entonces, el paciente presenta un buen estado funcional y radiológico.

Conclusiones:

La fractura-luxación de Chopart entraña una gran gravedad aunque es poco frecuente. Debe ser reducida y fijada con urgencia, monitorizando las partes blandas ante el riesgo de síndrome compartimental. Está indicada la fijación con agujas de la articulación de Chopart durante 3-4 semanas, además de aquellos fragmentos que tengan mayor tamaño. La reducción abierta se debe considerar en desplazamientos mayores de 2 mm tras la reducción cerrada.

NÚMERO

P-62

PRIMER AUTOR

VERDECIA ORTIZ, ALEJANDRO JOEL

CENTRO

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA

AUTORES

VERDECIA ORTIZ ALEJANDRO; MINGUEZ REY, MARIFE; PINO ALMERO, LAURA; FERRANDO MESEGUER, EMILIO

TÍTULO

PSEUDOARTROSIS CONGÉNITA DE TIBIA. ¿QUÉ TRATAMIENTO ELEGIR DE PRIMERA LÍNEA?

RESUMEN

Introducción:

La pseudoartrosis congénita de tibia es una enfermedad rara. Se presenta frecuentemente como una fractura patológica antes de los dos años, en un hueso angulado, con canal estrecho o formación quística.² En más de la mitad de los casos está afectado el peroné.

El tratamiento es quirúrgico, pues la enfermedad es progresiva hacia la deformidad. Se puede elegir entre fijación intramedular con injerto óseo autólogo; fijación externa de Ilizarov; injerto de peroné vascularizado con alguno de estos métodos de fijación; y amputación.² La técnica empleada debe adaptarse al tipo de pseudoartrosis, la edad y a la extensión del defecto.

La amputación se reserva como último recurso, cuando han fallado todos los intentos de cirugía anterior, persiste la pseudoartrosis, o no se ha ganado funcionalidad.

Material y Métodos:

Se presenta el caso de una niña con pseudoartrosis congénita de tibia derecha, sin afectación del peroné, intervenida en nuestro servicio a los 19 meses de edad, realizándose enclavado endomedular de la tibia con AK y agregando injerto óseo autólogo cortical con periostio, obtenido de la cresta ilíaca. Además, se buscó unión cruzada entre tibia y peroné.

Resultados:

Durante el seguimiento clínico y radiográfico, se ha comprobado la consolidación de la fractura, con sinostosis entre la tibia y peroné. Existe un ligero varo residual de la tibia y el peroné. En el plano sagital la alineación es excelente. Actualmente la paciente porta una ortesis de tobillo y pie, y no tiene disimetría de miembros.

Conclusiones:

La pseudoartrosis congénita de tibia es una entidad de tratamiento difícil. El enclavado endomedular con injerto óseo autólogo es una técnica fácil, que puede considerarse como primera línea de tratamiento, debido a que puede aplicarse a cualquier edad. En casos con necesidad de una amplia resección de tejido óseo, podría considerarse otra técnica quirúrgica.

NÚMERO

P-63

PRIMER AUTOR

VILLANUEVA DOLCET, CRISTINA

CENTRO

HOSPITAL FRANCESC DE BORJA DE GANDÍA

AUTORES

VILLANUEVA DOLCET, CRISTINA; PICAZO GABALDON, BENITO RAMON; MARTINEZ ALGARRA, JOSE CARLOS; SANZ AMARO, MARÍA DOLORES; ORENGA MONTOLIU, SONIA.

TITULO

ENFERMEDAD DE VAN NECK-ODELBERG: UNA CAUSA RARA DE COJERA EN LA EDAD PEDIÁTRICA.

RESUMEN

Introducción:

Varón de 9 años, diestro y atleta semiprofesional, remitido a urgencias de traumatología por parte de su pediatra por cojera izquierda intermitente de 6 meses de evolución asociada a imagen radiológica pseudotumoral en rama isquiopúbica izquierda. No causas aparentes ni antecedentes traumáticos asociados.

El dolor, intermitente y punzante, se localizaba a nivel glúteo, ingle y región perineal izquierda. La sintomatología se acentuaba tras la práctica deportiva, provocando cojera intensa izquierda, y remitía tras horas de reposo.

Material y Métodos:

El examen físico reveló talla y peso normales para su edad y sexo así como pubertad compatible con estadio IV de Tanner.

El paciente aquejaba un dolor lancinante cuando se aplicaba presión en la ingle y región izquierda del perineo. El resto de valoraciones musculoesqueléticas y sistémicas fueron normales.

Los exámenes de laboratorio se encontraban dentro de los límites de la normalidad.

En las radiografías AP y obturatriz de pelvis se apreció una hiperostosis fusiforme asimétrica redondeada de aproximadamente 1,5mm con un área hipodensa en su interior asociada a hipertrofia de la sincondrosis isquiopúbica. No reacción perióstica presente.

Se solicitó una resonancia magnética nuclear pélvica revelando un engrosamiento de la sincondrosis isquiopúbica izquierda, visible con mayor definición en las secuencias STIR/T2, sin formación de puentes fibrosos y asociado a edema óseo así como de partes blandas perilesionales.

El paciente fue diagnosticado de Síndrome de sincondrosis isquiopúbica, osteocondritis isquiopúbica o Enfermedad de Van Neck-Odelberg.

Resultados:

El tratamiento se basó en la toma de antiinflamatorios no esteroideos así como reposo relativo (carga parcial y restricción de actividad deportiva) durante 3 semanas. La evolución fue muy positiva desapareciendo los síntomas tras dicho periodo de tratamiento conservador. A los dos meses, al realizar otra RM, se observó una reducción del edema óseo y de partes blandas.

Conclusiones:

La osteocondritis isquiopúbica o enfermedad de Van Neck-Odelberg, es una entidad rara y poco conocida que se desarrolla en niños entre 4 y 13 años. Si bien es una patología cuyo tratamiento es conservador y posee un buen pronóstico, puede ser mal diagnosticada y conducir a un manejo invasivo innecesario de estos pacientes. Por lo tanto, debemos tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de la cojera en la edad pediátrica.

NÚMERO

P-64

PRIMER AUTOR

PIQUERAS VIDAL, PEDRO M

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE ALICANTE

AUTORES

PIQUERAS VIDAL, PEDRO MARCOS; MARTÍNEZ GIL, LAURA; PONT GUTIÉRREZ, CARLOS; BENEITO PASTOR, OSCAR
CEBRIÁN GÓMEZ, ROMÁN; MONTOZA NÚÑEZ, JOSE MANUEL

TITULO

OPCIÓN TRAS EL FRACASO DE LA CIRUGÍA DE RESECCIÓN DE LA ARTICULACIÓN RADIO CUBITAL DISTAL

RESUMEN

Introducción:

La artrosis de articulación radiocubital distal (ARCD) es uno de los principales diagnósticos en los pacientes con dolor en la muñeca. La ARCD tiene una gran relevancia en la funcionalidad del miembro superior, y su compleja biomecánica supone un reto para el cirujano ortopédico.

La ARCD en su mayoría suele ser secundaria a una fractura de radio distal. Se debe comenzar con un tratamiento conservador para disminuir la morbilidad. Se han descrito numerosos procedimientos quirúrgicos como la técnica de Darrach o Sauvé-Kapandji. En algunos casos tratados con estas técnicas la evolución no es favorable y el dolor en la ARCD persiste. El reemplazo protésico de la ARCD puede constituir una buena solución al fracaso de estas técnicas.

Material y Métodos:

El objetivo es presentar la técnica quirúrgica y los resultados clínicos precoces de la artroplastia total de la articulación radiocubital distal mediante la prótesis modular semiconstreñida APTIS de Scheker, en pacientes con alta demanda funcional y fracaso de otras técnicas quirúrgicas.

Para ello se presentan los datos de 2 pacientes, ambas diestras de 60 y 53 años que desarrollaron ARCD con dolor y limitación funcional como secuela de una fractura de radio distal a las que se les implantó una prótesis de Scheker tras el fracaso de otras intervenciones (Darrach y Sauve-Kapandji respectivamente). Se valoró el balance articular, la mala evolución previa a la indicación quirúrgica y resultado funcional mediante Quick-DASH.

Resultados:

Ambas pacientes muestran una mejoría del dolor y un aumento notable del balance articular de la muñeca lesionada tras la cirugía. El tiempo de seguimiento tras la cirugía fue de 2 años. La primera paciente presenta una flexo extensión de 55-55° y la segunda una flexión de 75° y extensión 45°, ambas con pronosupinación completa. No se han observado complicaciones postquirúrgicas y ambas están satisfechas por la mejoría clínica tras ser intervenidas y volverían a operarse. La puntuación de la escala Quick DASH obtenida ha sido de 18,18 en una de las pacientes y 25 en la otra, siendo previamente 40 y 50 puntos respectivamente.

Conclusiones:

Los resultados obtenidos son positivos en cuanto a mejoría del dolor, balance articular y funcionalidad de la muñeca. La prótesis parece ser una buena opción en pacientes con ARCD con fracaso de otras cirugías. Sería necesario la realización de estudios a largo plazo y con una muestra mayor para datos con mayor peso estadístico.

NÚMERO

P-65

PRIMER AUTOR

VALERO ALAPONT, FRANCISCO JAVIER

CENTRO

AUTORES

VÍCTOR MANUEL ZARZUELA SÁNCHEZ, LAURA CASTILLO RUIPEREZ, JOSÉ DIRANZO GARCÍA, LORENZO HERNÁNDEZ FERRANDO

TITULO

PRÓTESIS CUSTOM MADE EN EL TRATAMIENTO DE GRANDES DEFECTOS ÓSEOS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCION

Acude a urgencias de nuestro centro una paciente con una fractura periprotésica de tercio medio de fémur izquierdo sobre prótesis tumoral de rodilla. En primera instancia se trató mediante una placa NCB (Zimmer) de fémur con extensión proximal a trocánter mayor. A las 3 semanas sufre desmontaje del material de osteosíntesis, a lo cual se suma una dehiscencia de la herida con drenaje seropurulento de la misma.

MATERIAL Y METODOS

Ante la clara clínica de infección, se decide revisión en dos tiempos, el primero mediante limpieza y espaciador de cemento. El cultivo fue positivo para *Proteus mirabilis* por lo que se trató mediante ertapenem endovenoso + cotrimoxazol oral.

A las x semanas, una vez se normalizaron los parámetros de analíticos de infección y el estado de partes blandas fue correcto, se optó, debido al defecto óseo existente, por una prótesis de rodilla custom made impregnada en plata de Megasystem C (Link) que consiguiera preservar el fémur proximal.

Se accedió mediante una vía anterior a la rodilla con extensión lateral a la cadera. El segmento proximal protésico diseñado según tac estaba compuesto de un clavo intramedular junto con tornillo cefálico y dos tornillos de bloqueo. A ellos se acopló un segmento rotacional y en su porción distal, una PTR con vástago largo.

RESULTADOS

Tras la cirugía, la herida sufrió una dehiscencia de 1x1 cm por necrosis cutánea, que se trató con curas. Se permitió la sedestación de la paciente a la primera semana, indicándose fisioterapia para recuperar la flexo-extensión de la rodilla. Se autorizó la carga a las 8 semanas.

CONCLUSION

Cuando la reserva ósea es limitada, las prótesis custom made son una opción válida para mantener todo el stock óseo posible y las inserciones musculares, si bien, no dejan de ser un reto para el cirujano debido a su dificultad técnica.

NÚMERO

P-66

PRIMER AUTOR

MARTÍNEZ BOVAIRA, GUILLERMO

CENTRO

AUTORES

MARTÍNEZ BOVAIRA, GUILLERMO; CASTILLO RUIPEREZ, LAURA; ZARZUELA SÁNCHEZ, VÍCTOR; BERTÓ MARTÍ, XAVIER; HERNÁNDEZ FERRANDO, LORENZO.

TITULO

SARCOMA PLEOMÓRFICO INDIFERENCIADO SOBRE ANTIGUA ESQUIRLA METÁLICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

Introducción:

Los sarcomas de partes blandas constituyen un grupo de tumores de estirpe heterogénea, que se suelen presentar como una masa indolora con importante reacción local. La evolución, pronóstico y tratamiento dependen fundamentalmente de su estadificación. Entre éstos, destaca el sarcoma pleomórfico indiferenciado de estirpe fibrohistiocitaria.

El tratamiento consiste en una cirugía oncológica ampliada asociada a radioterapia pre o postoperatoria y quimioterapia, consiguiendo una tasa de supervivencia de hasta el 50% a los 5 años del tratamiento según la literatura.

Material y Métodos:

Varón de 74 años, con el antecedente de una masa inguinal izquierda de 4 meses de evolución con rápido crecimiento. Se objetivó una tumoración pétreo en la región de escarpa izquierda de 15 cms de diámetro, adherido a planos profundos. La RMN evidenció una tumoración de partes blandas de estirpe no lipomatosa ni fibrosa. De forma característica, se apreció un gran artefacto ferromagnético embebido en la lesión, que dificultaba el diagnóstico por imagen. Tras éste hallazgo, el paciente informó de una lesión con una esquirla metálica de 20 años de evolución debido a su trabajo en la metalurgia. La biopsia confirmó el diagnóstico de sarcoma pleomórfico indiferenciado.

Resultados:

Debido a la agresividad de la lesión, y tras consenso en Comité de Sarcomas Musculoesqueléticos, se realizó RT y QT neoadyuvante. A las seis semanas, se realizó una cirugía oncológica ampliada con intención curativa y preservación del miembro con la colaboración del Servicio de Cirugía Plástica. El defecto de partes blandas inguinal resultante precisó la cobertura primaria mediante un colgajo miocutáneo de recto abdominal vertical (VRAM) empleando una malla de propileno para el cierre de la pared abdominal.

El paciente evolucionó favorablemente. A los 6 meses de seguimiento clínico y radiológico el paciente se encuentra libre de enfermedad tumoral.

Conclusiones:

El enfoque oncológico y multidisciplinar para el abordaje del tratamiento de los sarcomas indiferenciados permiten la realización de una cirugía oncológica con finalidad curativa aportando buenos resultados clínicos.

NÚMERO

P-67

PRIMER AUTOR

MARTÍNEZ BOVAIRA, GUILLERMO

CENTRO

AUTORES

MARTÍNEZ BOVAIRA, GUILLERMO; VALERO ALAPONT, JAVIER; CASTILLO RUIPEREZ, LAURA; ZARZUELA SÁNCHEZ, VÍCTOR; HERNÁNDEZ FERRANDO, LORENZO.

TITULO

RECONSTRUCCIÓN PROTÉSICA PRIMARIA DE UN OSTEOSARCOMA DE ALTO GRADO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

Introducción:

El osteosarcoma es el tumor óseo primario, de características malignas. Se trata de una enfermedad heterogénea en términos de rango de edad, subtipos histológicos, abordajes terapéuticos y pronóstico.

Material y Métodos:

Mujer de 18 años de edad con antecedente de Síndrome de Turner, que presentaba una lesión radiológica de gran agresividad sobre los dos tercios proximales de la tibia. La biopsia confirmó el diagnóstico Osteosarcoma de Alto Grado. Tras el diagnóstico, se inició el tratamiento con quimioterapia neoadyuvante. El AngioTC preoperatorio, evidenció la infiltración tumoral del paquete tibial anterior y peroneo, siendo permeable únicamente el eje tibial posterior.

Se realizó una cirugía oncológica ampliada, resecano la masa tumoral con márgenes de seguridad. En este caso se optó por prótesis tumoral de rodilla, con vástago femoral impactado asociado a un sistema Compress en tibia distal, en el segmento óseo sano restante de 7cm. La prótesis fue recubierta por una malla de Trevira a la que se ancló la musculatura sana. Con el objetivo de aumentar la cobertura anterior de la prótesis y permitir la viabilidad cutánea, se asoció un colgajo rotacional de gastrocnemio medial. Posteriormente continuó el tratamiento con quimioterapia adyuvante.

Resultados:

Las piezas enviadas para estudio histológico se mostraron libres de enfermedad.

A las 8 semanas se autorizó la carga. A los 3 meses, las radiografías muestran el pedestal sobre la porción Compress. Actualmente, la paciente se encuentra libre de enfermedad.

Conclusiones:

Las cirugías de salvamento de la extremidad en situaciones límite suponen un reto para el cirujano oncológico. En nuestro caso, el sistema Compress permitió preservar el miembro aún con el limitado stock óseo presente, el cual imposibilitaba la reconstrucción con vástago.