



SOTOCAV

REVISTA ESPAÑOLA DE

Cirugía Osteoarticular

4

VOLUMEN 56
Nº. 288
OCTUBRE-DICIEMBRE
2021

SOCIEDAD DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VALENCIANA

48
Congreso
SOTOCAV



Congreso de la Sociedad
de Traumatología y Cirugía Ortopédica
de la Comunidad Autónoma Valenciana

Casa de la Cultura de **XÀTIVA**
14 y 15 de mayo 2020

ORGANIZA:
**Hospital Lluís Alcanyis de
Xàtiva**

PRESIDENTE:
Dr. José Ángel Tecles Tomás

www.sotocav.es
www.opccongress.com/sotocav2020/



OPC CONGRESO S.A.
Sociedad Española de
Organización de Congresos

Revista Española de Cirugía Osteoarticular

Ficha Técnica

Fundada en 1965, por el Prof. D. F. Gomar Guarner:

Revista Española de Cirugía Osteoarticular

Edición y publicidad:

Las reseñas de esta revista se publican periódicamente en:
Dialnet

Remisión de trabajos:

Dr. D. Damián Mifsut Miedes
Departamento de Cirugía
Facultad de Medicina. Universitat de València.
Avda. Blasco Ibáñez, 17
46010 Valencia.
Tel.: 96 368 41 69 - Fax: 96 386 48 05
e-mail: reco.sotocav@gmail.com

Especialidad:

Traumatología y Cirugía Ortopédica

Periodicidad:

4 números al año

Suscripciones:

reco.sotocav@gmail.com
Suscripción gratuita: Revista **OPEN ACCES**

Depósito Legal: V. 932-1966

ISSN: 0304-5056

ISSN electrónico: 2605-1656

Maquetación: D.M.M.

Junta Directiva SOTOCAV:

Presidente: Dr. José Poyatos Campos
Vicepresidente: Dtr. Antonio Silvestre Muñoz
Secretario: Dr. Benito Picazo Gabaldón
Vicesecretario: Dr. Enrique Gargallo Verge
Vocal Tesorer: Dra. Isabel Martín Flor
Vocal Alicante: Dr. Pablo Sebastián Giraldo
Vocal Castellón: Dra Lucia Roncero Vilanova
Vocal Docencia: Dr. Xavier Bertó Martí
Vocal Residentes: Dra. Cristina Villanueva Dolcet
Vocal Revista RECO: Dr. Damián Mifsut Miedes
Vocal Comunicación: Dr. Enrique Payá Zaforteza

Director Editorial:

D. Mifsut Miedes (H. Clínico U. Valencia)
Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina.
Avda. Blasco Ibáñez, 17. 46010 Valencia, Spain.

Director Científico:

F. Gomar Sancho (Universidad de Valencia)
Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina.
Avda. Blasco Ibáñez, 17. 46010 Valencia, Spain.

Comité de redacción SOTOCAV:

J. Baeza Oliete (H. U. y P. La Fe Valencia)
F. Baixauli García (H. U. y P. La Fe Valencia) E.
Baixauli Perelló (H. U. y P. La Fe Valencia) T. Bas
Hermida (H. U. y P. La Fe Valencia) V. Climent Peris
(H. Verge dels Liris d'Alcoi) J. Doménech Fernández
(H. Arnau de Vilanova Valencia)

I. Escribá Urios (H. U. y P. La Fe Valencia)

A. Lizaur Utrilla (H. General de Elda)

M.F. Mínguez Rey (H. Clínico U. Valencia)

D. Montaner Alonso (H. U. Dr Pesset Valencia)

E. Navarrete Faubel (H. U. y P. La Fe Valencia)

N. Olmedo García (H. General Castellón)

J. Poyatos Campos (H. General Castellón)

J. Ribes Iborra (H. U. La Ribera Alzira)

J.L. Rodrigo Pérez (H. U. Dr Pesset Valencia) M.

Salom Taverner (H. U. y P. La Fe Valencia) E.

Sánchez Alepuz (IMED Valencia)

A. Silvestre Muñoz (H. Clínico U. Valencia)

Consejo Editorial:

M. Cabanela (Clínica Mayo Rochester)

M. Clavel Sainz (H. U. Virgen Arrixaca Murcia) L.

Ferrández Portal (U. Complutense Madrid) P. Guillem

García (Clínica CEMTRO Madrid) A. López Alonso

(U. Alcalá de Henares)

F. López Prats (U. Miguel Hernandez Alicante) A.

Navarro Quilis (U. Autónoma de Barcelona) M.M.

Sánchez Martín (U. de Valladolid)

Nota LORTAD: Usted tiene derecho a acceder a la información que le concierne y rectificarla de ser errónea. A través de nuestra empresa, podrá recibir información comercial de otras empresas del sector. Si usted desea que sus datos no sean utilizados en ningún caso, por favor, indíquelo. Reservados todos los derechos mundiales. No puede reproducirse, almacenarse en un sistema de recuperación o transmitirse en forma alguna por medio de cualquier procedimiento sea éste mecánico, electrónico, de fotocopia, grabación o cualquier otro, sin el previo escrito del editor.

Revista Española de Cirugía Osteoarticular

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

Actualización Enero de 2021

Remisión de trabajos

Enviar el manuscrito con una copia a:
Revista Española de Cirugía Osteoarticular.

Dr. D. Mifsut Miedes. Departamento de Cirugía.
Facultad de Medicina. Avda. Blasco Ibáñez, 17.
46010 Valencia, Spain.

SERVICIO DE INFORMACIÓN: a través del
correo: reco.sotocav@gmail.com

Junto al artículo deberá enviar:

- Carta de presentación. En ella el autor explicará en 3-4 líneas cual es la aportación original del trabajo que presenta.
- Listado de comprobaciones formales del trabajo.
- Formulario anexo de declaración de autoría y cesión de derechos.

Envío a través de la web

- Para enviar un artículo debe estar registrado como autor de la Revista Española de Cirugía Osteoarticular "ON-LINE" a través de la página web: <http://www.cirurgia-osteoarticular.org>

Proceso de selección de manuscritos

- El sistema utilizado para la evaluación y selección de manuscritos es la revisión por pares externos. Cada artículo es revisado, al menos, por dos evaluadores. Todos los trabajos serán evaluados mediante el sistema de doble ciego. En el proceso de evaluación se considera, entre otros, la contribución del trabajo a la especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología, la pertinencia y vigencia de los temas analizados en el artículo, la calidad del trabajo y su aporte a la comunidad científica en general. La decisión final de publicación será del Director Editorial. La Revista Española de Cirugía Osteoarticular mantiene la confidencialidad de autores y evaluadores en el proceso de selección de manuscritos.
- **Detección de plagio:** mediante URKUND, es un sistema de reconocimiento de texto automático diseñado para detectar, evitar y gestionar el plagio.

ORGANIZACIÓN DEL MANUSCRITO.

- Las secciones se ordenan como sigue: página del título, resumen, summary, introducción, métodos, resultados, discusión,

agradecimientos, bibliografía, tablas, figuras y pies de figura.

- Todas las páginas irán numeradas consecutivamente empezando por la del título.
- Abreviaciones: evite el uso de abreviaciones en el título y en el sumario. El nombre completo al que sustituye la abreviación debe preceder al empleo de esta, a menos que sea una unidad de medida estándar. Las unidades de medida se expresarán preferentemente en Unidades del Sistema Internacional (Unidades SI). Las unidades químicas, físicas, biológicas y clínicas deberán ser siempre definidas estrictamente.

Páginas del título

- Figurará el título completo (conciso e informativo), lista de autores, los nombres de los autores (inicial del nombre y apellido completo), el nombre y la localización del departamento o institución donde se realizó el trabajo. En caso de remitir notas clínicas, solo se admitirán un máximo de 5 autores.
- Incluir el nombre completo, la dirección postal completa y correo electrónico de la persona a quien deba enviarse la correspondencia.

Resumen

- No superará las 150 palabras indicando el propósito de estudio o investigación, lo esencial del material, y de los métodos, hallazgos principales y conclusiones de más relieve.

Summary

- Es una traducción correcta del resumen al inglés. Se escribirá en hoja aparte donde también figure el título del trabajo en inglés.

Introducción

- Debe ser breve, enfocará el tema y describirá el objetivo del trabajo.

Material y método

- Se describirán en detalle para que puedan ser evaluados y repetidos por otros investigadores.
- Las normas éticas seguidas por los investigadores tanto en estudios en humanos como en animales se describirán en esta sección.
- Exponer los métodos estadísticos empleados. Los estudios contarán con los correspondientes experimentos o grupos control; en caso contrario se explicarán las medidas utilizadas para evitar los sesgos y se

comentará su posible efecto sobre las conclusiones del estudio.

Resultados

- Los resultados deben ser concisos y claros, e incluirán el mínimo necesario de tablas y figuras. Se presentarán de modo que no exista duplicación y repetición de datos en el texto y en las figuras y tablas.

Discusión

- Comentaré los hallazgos propios en relación con los de otros trabajos previos, así como las diferencias entre los resultados propios y los de otros autores. Las hipótesis y las frases especulativas quedarán claramente identificadas. La discusión no contendrá resultados nuevos y tampoco será mera repetición de los resultados.

Bibliografía

- Las citas bibliográficas se registrarán por las normas Vancouver, y se identificarán en el texto mediante números arábigos entre paréntesis. Se escribirán a doble espacio y se numerarán consecutivamente en el orden de aparición en el texto.
- Las comunicaciones personales y los datos no publicados no deben aparecer en la bibliografía (se pueden citar entre paréntesis en el texto).
- Las referencias de las revistas se ajustarán a las que utiliza el Index Medicus de la National Library of Medicine.
- *En las notas o casos clínicos se admitirán hasta un máximo de 10 referencias bibliográficas.*

ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

1. Artículo en revista estándar:

Apellido e inicial de cada autor (si son más de seis, relacionar los seis primeros, seguido de "y cols."); título original del artículo; abreviatura del nombre de la revista; año de publicación; volumen; primera y última página del trabajo.

You CH, Lee KY, Menguy R. Electrocardiographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. *Gastroenterology* 1980; 79:311-4.

2. Una organización como autor:

The Royal Marsden Hospital Bone-Marrow Transplantation Team. Failure of syngeneic bone-marrow graft without preconditioning in posthepatitis marrow aplasia. *Lancet* 1977; 2:272-4.

3. No aparece autor:

Coffe drinking and cancer of the pancreas (editorial). *BMJ* 1981; 283:628.

4. Volumen con suplemento:

Magni F, Rossoni G, Berti F. BN-52021 protects guinea pigs from heart anaphylaxis. *Pharmacol Res Commun* 1988;20 supl 5:75-8.

5. Identificación del tipo de artículo:

Spargo PM, Mannes JM. DDAVP and open heart surgery (letter). *Anaesthesia* 1989; 44:363-4. Furhman SA, Joiner KA. Binding of the third component of complement C3 by *Toxoplasma gondii* (abstract). *Clin Res* 1987; 35:475A.

LIBROS Y OTRAS MONOGRAFÍAS

6. Autor/es Personal/es:

Consol JH, Armour WJ. *Sport injuries and their treatment*. 2ª ed. rev. London: S. Paul; 1986.

7. Editores, citados como autores:

Diener HC, Wilkinson M, editores. *Drug-induced headache*. New York: Springer-Verlag; 1988.

8. Capítulo de un libro:

Weinstein L, Swartz MN. Pathologic properties of invading microorganisms. En: Sodeman WA Jr, Sodeman WA, editores. *Pathologic physiology: mechanisms of disease*. Philadelphia: Saunders; 1974. p. 457-72.

9. Actas de un congreso:

Vivian VL, editor. Child abuse and neglect: a medical community response. *Proceedings of the First AMA National Conference on Child Abuse and Neglect*: 1984 Mar 30-31; Chicago: American Medical Association; 1985.

10. Comunicación o ponencia de un congreso:

Harley NH. Comparing radon daughter dosimetric and risk model. En: Gammage RB, Kaye SV, editores. *Indoor and human health. Proceedings of the seventh Life Sciences Symposium*: 1984 Oct 29-31; Knoxville (TN). Chelsea (MI). Lewis 1985;69-78.

11. Informe científico y técnico:

Akutsu T. Total heart replacement device. Bethesda (MD); National Institutes of Health. National heart and lung institute; 1974 Apr. Report No.; NIH-NHLI 69-2185-4.

OTROS MATERIALES PUBLICADOS

12. Artículo de periódico:

Rensberger B, Specter B. CFCs may be destroyed by natural process. *The Washington Post* 1989; Sect A:2 (col 5).

13. Citas extraídas de internet:

Cross P, Towe K. A guide to citing Internet sources (online). Disponible en: http://www.bournemouth.ac.uk/service-depts/lis/LIS_Pub/harvards.

MATERIAL NO PUBLICADO

14. En prensa:

Lillywhite HB, Donald JA. Pulmonary blood flow regulation in an aquatic snake. Science. En prensa.

Tablas

- Escritas a doble espacio en hojas separadas, se identifican de forma consecutiva con un número romano y un título en la parte superior y deben contener notas explicativas al pie.

Figuras

- Deben remitirse en formato de imagen JPG o TIF de suficiente calidad para su reproducción
- Las figuras no repetirán datos ya escritos en el texto.
- Las microfotografías deben indicar la escala de ampliación.
- El nombre y los datos que identifiquen al paciente no constarán en las figuras.
- Las ilustraciones en color sólo se enviarán si contribuyen de forma excepcional a la comprensión del artículo.

Pies de figura

- Los pies de figura se escribirán a doble espacio y las figuras se identificarán con números arábigos que coincidan con su orden de aparición en el texto.
- El pie contendrá la información necesaria para interpretar correctamente la figura sin recurrir al texto.

Responsabilidades éticas

- Los trabajos que se envían a la Revista Española de Cirugía Osteoarticular para su evaluación deben cumplir los criterios éticos para la investigación médica y biomédica establecidos en la Declaración de Helsinki (junio 1964, Helsinki, Finlandia) de la Asociación Médica Mundial, y sus posteriores revisiones, disponible en: <http://www.wma.net/es/20activities/10ethics/10helsinki/index.html>. Los estudios aleatorizados deberán seguir las normas CONSORT (Consolidated Standards Of Reporting Trials), disponible en: <http://www.consort-statement.org/>. Cuando los trabajos sean el resultado de experimentación con animales, los autores deberán indicar si han seguido las directrices marcadas por la Comunidad Europea: Directiva 86/609/CEE relativa a Protección de los Animales utilizados en Experimentación y otros fines científicos; Directiva 88/320/CEE, del 7 de junio de 1988. Directiva 2004/9-10/CE relativa a la inspección y verificación de las buenas prácticas de

laboratorio, y posteriores. Para confirmar que dichas criterios éticos se han cumplido, el Editor Científico de la revista podrá solicitar a los autores el envío de la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) o Comité Ético de Experimentación Animal (CEEA), en su caso.

- La revista recomienda a los autores que especifiquen el seguimiento de dichas normas en el apartado Material y método del manuscrito, así como el envío previo de la autorización del CEIC o CEEA correspondiente.
- Conflicto de intereses: el manuscrito deberá incluir información sobre la fuente de financiación, en su caso, afiliaciones institucionales y conflicto de intereses, en conexión con el artículo remitido.
- Permiso de publicación por parte de la institución que ha financiado la investigación.
- Autoría. En la lista de autores deben figurar únicamente aquellas personas que han contribuido intelectualmente al desarrollo del trabajo. Haber ayudado en la colección de datos o haber participado en alguna técnica no son por sí mismos criterios suficientes para figurar como autor.
- La revista no acepta material previamente publicado. Los autores son responsables de obtener los oportunos permisos para reproducir parcialmente material (texto, tablas o figuras) de otras publicaciones. Estos permisos deben solicitarse tanto al autor como a la editorial que ha publicado dicho material.
- Revista Española de Cirugía Osteoarticular declina cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos que se publican en la Revista.

Consentimiento informado

- Los autores deben mencionar en la sección de material y método que los procedimientos utilizados en los pacientes y controles han sido realizados tras la obtención de un consentimiento informado.

Información adicional

- Los juicios y opiniones expresados en los artículos y comunicaciones publicados en la revista son del autor/es, y no necesariamente aquéllos del Comité Editorial. Tanto el Comité Editorial como la empresa editora declinan cualquier responsabilidad sobre dicho material. Ni el Comité Editorial ni la empresa editora garantizan o apoyan ningún producto que se anuncie en la revista, ni garantizan las afirmaciones realizadas por el fabricante sobre dicho producto o servicio.

Sumario

117. Comunicaciones presentadas al XLVIII Congreso SOTOCV.

XÀTIVA, 14 Y 15 DE OCTUBRE DE 2021.

Summary

117. Communications presented at the XLVIII SOTOCV Congress.

XÀTIVA, OCTOBER 14TH AND 15TH, 2021.

Comunicaciones presentadas al XLVIII

Congreso SOTOCAV.

Xàtiva, 14 y 15 de octubre de 2021.

Communications presented at the XLVIII SOTOCAV Congress.

Xàtiva, October 14th and 15th, 2021.

COMUNICACIONES TIPO POSTER

P-01. FRACTURA PERIPROTÉSICA DE FÉMUR DISTAL EN PACIENTE CON MIELOMA.

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

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

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 el estudio de extensión 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 umoral de rodilla. En quirófano nos encontramos un importante defecto óseo metafisario con ambos cóndilos desestructurados. Ante dichos hallazgos se decide realización de prótesis tumoral de 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 hizo que nos inclinásemos hacia la prótesis tumoral de rodilla. La traumatología y la cirugía tumoral exige al cirujano una continua actualización y un buen planteamiento de las opciones quirúrgicas para abordar de la mejor forma posible cada caso.

P-02. MANEJO DE LA LESIÓN DE LA FISIS EN EL ASPECTO LATERAL DE LA CLAVÍCULA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

LÓPEZ RUBIO, GEMA; GONZÁLEZ ANDREU, SERGIO; FAYOS JORDÁN, JUAN LUIS; MARTÍN DE SALVADOR, PAULA; SOLAZ ESTEVAN, JUAN.

HOSPITAL DE SAGUNTO

Introducción: Las lesiones de la fisis de la porción lateral de la clavícula suponen un reto diagnóstico y terapéutico. El objetivo

es presentar un caso de lesión de la fisis de la porción lateral de la clavícula en un varón de 12 años y su manejo posterior.

Material y Métodos: Se seleccionó un caso de epifisiolisis de la región lateral de la clavícula tipo V según la clasificación de Dameron y Rockwood de causa traumática, cuyo tratamiento fue reducción cerrada e inmovilización con vendaje en ocho de guarismo, con control radiológico posterior satisfactorio, por lo que se decidió optar por tratamiento conservador durante 4 semanas. **Resultados:** Tras 8 semanas de evolución el paciente volvió a sus actividades diarias sin ninguna limitación. A las 12 semanas se reincorporó a la actividad deportiva sin presentar dolor ni limitación obteniendo un Quick-Dash de 0 siendo dado de alta. **Conclusiones:** Es necesario realizar un diagnóstico preciso y una correcta reducción e inmovilización de este tipo de lesiones para evitar intervenciones quirúrgicas innecesarias y posibles secuelas posteriores.

P-03. PSEUDOANEURISMA POSTRAUMÁTICO DEL ARCO PALMAR SUPERFICIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

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

CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Introducción: El pseudoaneurisma del arco palmar se considera una patología infrecuente. Se trata de una lesión única, directa y externa sobre la capa íntima vascular, formando una cavidad que va aumentando de tamaño hasta su ruptura. Habitualmente tienen un origen multifactorial y no existe un paciente tipo en el que sospecharla. **Material y Métodos:** Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 39 años sin antecedentes de interés, que sufre una lesión vascular tras un traumatismo inciso-contuso de 3 semanas de evolución. A la exploración física, presenta una tumoración de dos por dos centímetros localizada en la eminencia tenar, distal a la línea de Kaplan. Se observa una masa pulsátil en la zona central de la lesión que le provoca sangrados de repetición. A priori, la primera prueba de imagen utilizada es la ecografía seguida de la RMN y la TC. Estaría indicada la arteriografía en casos urgentes. En nuestro caso no utilizamos la ecografía debido a la pérdida de sustancia cutánea y descartamos la arteriografía al no tratarse de una lesión aguda. Se solicita un Angio TC donde se objetiva un pseudoaneurisma del arco palmar superficial con viabilidad de arco palmar profundo y ramas colaterales. **Resultados:** Tras descartar otros tratamientos menos invasivos (inyección de derivados de la trombina mediante ecografía o trombosis del pseudoaneurisma mediante coils), se decide intervenir quirúrgicamente al paciente. Se realiza ampliación de la herida en Z junto a una ligadura de los vasos nutricios con hemoclips y se reseca el pseudoaneurisma. Se descarta completar la cirugía mediante injerto vascular debido a la permeabilidad colateral. El paciente acude a consultas externas para el control de la herida, que evoluciona de forma satisfactoria hasta la total cicatrización a las 4 semanas. Actualmente el paciente se encuentra asintomático, con movilidad completa, por lo que es dado de alta. **Conclusiones:** El pseudoaneurisma es una entidad clínica que supone un reto para el cirujano debido a su reducida incidencia, por lo que la alta sospecha diagnóstica es primordial para su diagnóstico. La ligadura de los vasos nutricios y la resección del pseudoaneurisma ha demostrado ser un tratamiento óptimo para este tipo de patología.

P-04. SÍNDROME DE COMPRESIÓN CUBITAL TRAS FRACTURA DE EPICÓNDILO MEDIAL.

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

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

Introducción: El atrapamiento del nervio cubital en el canal epitrocLEAR es el segundo síndrome compresivo más frecuente tras el del túnel carpiano. En su gran mayoría se debe a afectaciones subagudas o crónicas, siendo más rara la aparición aguda de sintomatología tras una fractura (1% al 12%). **Material y Métodos:** Paciente de 15 años que acude a urgencias de nuestro hospital por dolor e impotencia funcional de codo izquierdo tras caída con el brazo en extensión mientras realizaba Calistenia. A la exploración presenta dolor y edema a nivel del epicóndilo medial del codo con limitación de la flexoextensión. Además, destaca la pérdida de sensibilidad en la región cubital del antebrazo. En la radiografía solicitada en urgencias se aprecia fractura-arrancamiento del epicóndilo medial del codo. Ante los hallazgos comentados previamente, se solicitó una TAC dónde se confirmó la fractura-arrancamiento del epicóndilo medial con ocupación del canal epitrocLEAR y compresión del nervio cubital. **Resultados:** El paciente es intervenido quirúrgicamente la mañana siguiente a la lesión. Una vez realizada la inducción anestésica, se comprueba la correcta estabilidad en varo y valgo del codo. Mediante un abordaje medial se accede al epicóndilo medial y al canal epitrocLEAR, apreciándose la ocupación de este por el fragmento fracturado. Tras la reducción y osteosíntesis mediante implante Iconix® de 2.7 mm, se revisó el nervio cubital sin apreciarse lesión más allá de la compresión. Tras la cirugía, el paciente mantuvo una férula braquial durante dos semanas. Mostrando al mes un correcto balance articular, sin clínica de compresión cubital y sin dolor en la región medial del codo. **Conclusiones:** El atrapamiento del nervio cubital en el codo tras una fractura es una entidad infrecuente. Sin embargo, no carece de relevancia al poder generar grandes secuelas si no se maneja de manera preferente. Ante una fractura en el codo con clínica neurológica es imperativa la intervención quirúrgica, previa solicitud de pruebas de imagen, con el fin de conseguir una correcta reducción y liberación nerviosa.

P-05. FRACTURA-LUXACIÓN POCO COMÚN DEL TARSO.

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

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

Introducción: La fractura completa de la apófisis posterior de astrágalo, incluyendo ambos tubérculos medial y lateral, es un hecho extremadamente raro. Algunos autores recomiendan la reducción abierta y la fijación interna con agujas de Kirschner y tornillo de Herbert. Estas fracturas son difíciles de identificar en las proyecciones radiológicas, y cuando son desplazadas tienden a consolidar mejor con la reducción abierta y fijación interna. **Material y Métodos:** Varón de 53 años que acude a urgencias por dolor y deformidad en miembro inferior derecho tras precipitarse desde 3 metros con el pie en hiperflexión plantar. A la exploración presenta edema, limitación funcional y sufrimiento cutáneo en la región lateral del tobillo. No objetivándose clínica neurovascular. En las radiografías iniciales se aprecia una fractura de astrágalo con presencia de un fragmento lateral, además de una luxación subastragalina medial. Tras realizar una reducción cerrada en urgencias, se solicita un TAC para filiar la procedencia del fragmento. En él

se aprecia una fractura completa de la apófisis posterior del astrágalo con desplazamiento del fragmento lateral a la región perimaleolar posterior, motivo que genera el sufrimiento cutáneo. **Resultados:** El paciente es intervenido quirúrgicamente de urgencia, realizándole una reducción abierta del fragmento perimaleolar mediante abordaje posterolateral de tobillo y siendo fijado mediante dos tornillos Acutrak mini®. Tras lo cual, se apreció bajo escopia la pérdida de reducción de la articulación subastragalina, teniéndose que realizar una reducción cerrada y fijación percutánea mediante agujas de Kirschner. El paciente se mantuvo en descarga durante 6 semanas, 4 de ellas con férula suropédica posterior. A los 3 meses, presentaba mejoría importante del dolor y funcionalidad, habiendo podido recuperar sus actividades básicas de la vida diaria. A los 6 meses se confirmó mediante TAC una correcta consolidación en ausencia de signos incipientes de artrosis. **Conclusiones:** La fractura de apófisis posterior de astrágalo asociada a luxación subastragalina medial es una entidad rara pero no exenta de complejidad, teniendo un pronóstico grave si no se actúa de manera inmediata. Tras revisar la bibliografía existente y en base a nuestra experiencia, recomendamos la intervención urgente previa realización de un TAC, más aún ante la presencia de sufrimiento cutáneo. Siendo necesaria la reducción abierta y fijación interna de la fractura mediante abordaje posterolateral del astrágalo y reducción cerrada más fijación percutánea de la luxación subastragalina.

P-06. AFECTACIÓN NEUROVASCULAR TRAS LUXACIÓN GLENOHUMERAL. REVISIÓN SISTEMÁTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

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

CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Introducción: La luxación anteroinferior representa el 95% de las luxaciones glenohumorales. Sin embargo, la afectación del plexo braquial ocurre en el 0,5% de los casos, y suele ser aguda, infraclavicular, postganglionar y sin discontinuidad. La afectación vascular (0,1% de los casos) suele ser crónica, sin subestimar el momento agudo. **Material y Métodos:** Reportamos el caso de una mujer de 58 años que tras caída con el hombro en extensión completa y abducción 90° presenta una luxación glenohumeral anteroinferior con afectación total del plexo y afectación vascular aguda resuelta tras la reducción cerrada. En ENG y EMG a las 6 semanas presenta una plexopatía, sin discontinuidad en RMN. A las 8 semanas presenta una mejoría paulatina con tratamiento rehabilitador. No presentó recidiva de la lesión vascular. **Resultados:** La edad, la obesidad, el tiempo luxación-reducción y fracturas asociadas, son factores de riesgo para la plexopatía braquial completa, siendo más frecuentes en traumatismos de baja energía. El nervio axilar es el que se afecta más frecuentemente, seguido del radial, cubital y mediano. El gold standard para el diagnóstico es la EMG/ENG, al mes de la lesión, seguida RMN para valorar continuidad. La rehabilitación es la base del tratamiento, reservando la cirugía mediante neurolisis antes de seis meses y las transferencias nerviosas para los casos que no presenten mejoría. La recuperación funcional será tardía (entre seis meses y años), siendo más precoz en EMG. La afectación vascular aguda es una urgencia traumatológica, siendo la tercera porción de la arteria axilar la más afectada. La alta sospecha diagnóstica es clave, no descartando la lesión la presencia de pulso radial. Ante la sospecha y tras reducción precoz de la luxación, el ECO-Doppler y/o Angio-TC son los test diagnósticos indicados.

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

P-07. SÍNDROME DE CHASQUIDO CLAVICULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

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

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

Introducción: Presentamos el caso de una paciente con un Síndrome de chasquido clavicular, su tratamiento quirúrgico y la evolución postoperatoria en el seguimiento en consultas externas. **Material y Métodos:** Mujer de 20 años jugadora de volleyball que acude a consultas externas por un chasquido intermitente no traumático en el hombro derecho. En la exploración física mostró una leve hiperlaxitud acromioclavicular anteroposterior respecto al lado izquierdo. Cuando la paciente mueve voluntariamente su hombro contra la pared torácica y la clavícula, se puede escuchar un "chasquido". Se completa estudio con radiografías, TAC y RMN sin hallazgos patológicos evidentes. Procedemos a cirugía abierta encontrando una superficie displásica de la articulación acromio-clavicular. Realizamos una artroplastia mediante rejuvenecimiento de la articulación acromio-clavicular y una ligamentoplastia dorsal acromioclavicular autóloga con 80mm de hemiautoinjerto de Palmaris Longus, fijado a ambos extremos del hueso con dos tornillos biomatrix y aumentada con una sutura de banda no absorbible de 2 mm. **Resultados:** Se inicia un período de descanso de 6 semanas en cabestrillo con movimiento ligero pasivo del hombro. Posteriormente se inician ejercicios activos asistidos y los ejercicios activos no asistidos se inician después de 3 meses. Regresó a los deportes progresivamente a los 7 meses. Después de 3 años de seguimiento, la deportista puede jugar al voleibol sin escuchar más chasquidos. La función del hombro y la estabilidad de las articulaciones han vuelto a la normalidad. La resonancia magnética realizada a los 3 años del postoperatorio confirmó la incorporación del injerto articular y el escaso ensanchamiento del espacio articular acromioclavicular. **Conclusiones:** Concluimos que, hasta la fecha, no se ha reportado ningún caso similar antes. Esta nueva entidad en la que la falta de congruencia normal puede ser la causa de esta patología debe incluirse en el diagnóstico diferencial de problemas de hombro como el Síndrome del chasquido clavicular y otros.

P-08. GANGLIÓN INTRAÓSEO DEL SEMILUNAR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

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

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

Introducción: Presentar el caso de una paciente con un ganglión intraóseo en hueso semilunar derecho, su tratamiento quirúrgico y la evolución postoperatoria en el seguimiento en consultas externas. **Material y Métodos:** Mujer de 35 años que acude a consultas externas por dolor de muñeca derecha. Dolor a la exploración a nivel del carpo con flexoextensión de la muñeca y con la desviación cubital del carpo, dolor sobre la tabaquera anatómica, movilidad completa. Se completa estudio con radiografías, TAC y RMN diagnosticándose un ganglión intraóseo semilunar. Cirugía mediante abordaje Henry ampliado distal. Referencia mediante aguja K bajo control radioscópico de espacio escafo-semilunar. Disección con

protección de ligamento escafo-semilunar dorsal hasta encontrar espacio de entrada de quiste óseo. Curetaje con cucharilla en toda la periferia del quiste. Se talla rectángulo en radio distal con sierra oscilante mini con toma de injerto esponjoso. Se coloca injerto esponjoso en quiste semilunar y se rellena zona dadora con injerto liofilizado. Férula de inmovilización dorsal. **Resultados:** Al mes se retira inmovilización y pautamos muñequera con férula palmar, se recomienda no cargar peso ni hacer esfuerzo. A los tres meses se objetiva ausencia de complicaciones locales con una movilidad completa dedos y muñeca y ausencia de dolor. En la radiografía realizada impresiona de relleno y consolidación de quiste con consolidación completa en zona dadora. Después de 3 años de seguimiento mantiene mejoría sintomática con una fuerza de puño medida con Jamar objetivando en mano izquierda 22 Kg y en mano derecha 18 Kg. Movilidad completa. En radiografías actuales se observa mejoría del estado óseo. Relleno completo y mejora de densidad ósea. Se mantiene espacio escafo-semilunar sin cambios. **Conclusiones:** Concluimos que el ganglión intraóseo de semilunar es una patología poco frecuente que puede producir incapacidad en las labores diarias necesitando muchas veces de intervención quirúrgica para rellenar el defecto y mejorar la fuerza y dolor.

P-09 TUMORACIÓN QUÍSTICA EN EL MUSLO, ¿QUISTE HIDATÍDICO?.

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

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA, VALENCIA

Introducción: Los quistes hidatídicos son producidos por el parásito Echinococcus granulosus en estado de larva. La localización más frecuente es en el hígado y los pulmones. La localización única en los músculos es poco frecuente (0,5-5%), y se debe descartar que no haya quistes en otras localizaciones. La masa quística puede confirmarse mediante ecografía o resonancia magnética (RM). **Material y Métodos:** Presentación de un caso clínico. **Resultados:** Mujer de 64 años que presenta una tumoración en la parte posterior del muslo derecho, asintomática, solo le molesta cuando se sienta en superficies duras. En el informe de RM: ?lesión quística encapsulada dependiente del músculo bíceps femoral de 33x39 x50 mm, que contacta con el paquete neurovascular ciático, siendo la 1ª posibilidad diagnóstica un quiste hidatídico?. En la exploración, se palpa una tumoración de aproximadamente 5x8 cm en la parte posterior del muslo, dura, no adherida, no dolorosa a la palpación. Tomografía computerizada de extensión toracoabdominopélvica negativa y analítica normal con determinación serológica para hidatidosis negativa. Se mantiene el diagnóstico de quiste hidatídico único intramuscular sin afectación sistémica. Se pauta mebendazol 100 mg / 12 horas y se programa la intervención tras un mes con la pauta de mebendazol. Se realiza la exéresis de la tumoración, que no se encuentra dentro del vientre muscular sino desplazándolo, y está adherida al nervio ciático. Buena recuperación sin sintomatología neurológica. Diagnóstico tras estudio anatomopatológico: schwanoma del ciático. Con el diagnóstico anatomopatológico se retiró el mebendazol. **Conclusiones:** En RM los schwanomas suelen verse como una masa adherida y excéntrica a un nervio, pero pueden presentar una degeneración quística, por lo que ante una tumoración quística única muscular o perimuscular, cercana al paquete neurovascular, con pruebas sistémicas para enfermedad por parásitos negativas, se debe tener en cuenta al schwanoma en el diagnóstico diferencial.

P-10. SUTURA DE COMPRESAS A LA HERIDA QUIRÚRGICA, UN TRATAMIENTO CONSERVADOR MEDIANTE COMPRESIÓN EXTERNA MECÁNICA PARA UN DESGARRO DURAL DESPUÉS DE UNA CIRUGÍA DE COLUMNA. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS.

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

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

Introducción: La fistula del líquido cefalorraquídeo es una complicación relativamente frecuente en las cirugías de descompresión del canal medular, con consecuencias a menudo devastadoras, por tanto el objetivo es presentar una técnica conservadora para la reparación de fístulas de líquido cefalorraquídeo tras una cirugía espinal lumbar. **Material y Métodos:** Dos pacientes, de treinta nueve y setenta y seis años, respectivamente, fueron intervenidos mediante una descompresión lumbar, y en los días sucesivos desarrollaron una fuga de líquido cefalorraquídeo en sus heridas quirúrgicas. Fueron tratados mediante compresas suturadas a la piel, creando un mecanismo de compresión externa. **Resultados:** Tras una y dos semanas de no evidencia de fuga de líquido de sus heridas, las compresas fueron retiradas. Ambos pacientes fueron revisados a los 6 y 9 meses postoperatorios, sin ninguna sintomatología clínica. Ambos estaban asintomáticos de su complicación y en uno de ellos la resonancia magnética nuclear no mostro evidencia de colección de líquido. **Conclusiones:** Presentamos una alternativa que evita la reintervención en el caso de fístulas de líquido cefalorraquídeo post-operatorias.

P-11. HEMORRAGIA SEVERA CON DETERIORO HEMODINÁMICO TRAS FRACTURA PÉLVICA. CASO CLÍNICO.

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

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

Introducción: La corona mortis es una anastomosis entre los vasos ilíacos internos y externos cuya existencia oscila entre el 30 y el 43 % de la población general. En el caso de una fractura osteoporótica de la pelvis, su posible lesión puede producir un importante deterioro hemodinámico que puede poner en riesgo la vida del paciente. **Material y Métodos:** Mujer de 79 años que acude por dolor inguinal tras caída casual en domicilio con impotencia funcional. En las radiografías se objetiva fractura de rama isquiopúbica derecha parcialmente desplazada y de ceja anterior del acetábulo ipsilateral no desplazada. La cifra inicial de hemoglobina era de 15 g/dL, descendiendo progresivamente hasta los 9,9 puntos en 12 horas. Se complementa estudio con TAC con contraste, observándose gran hematoma retroperitoneal pero sin un foco de sangrado activo. Durante su estancia en urgencias, la paciente empieza a desestabilizarse presentando disnea y taquicardia. **Resultados:** Se contacta con Cirugía Vascular que realiza una arteriografía urgente objetivándose el sangrado de la arteria obturatriz, embolizándola con un coil de 8x80 mm. Además, precisa transfusión de 3 concentrados de hemáties. A las dos semanas de hospitalización, es dada de alta. La paciente ha acudido a revisiones periódicas en consulta, dándose de alta a los 3 meses de la fractura con deambulación sin ayuda ni dolor a la movilidad de la cadera. **Conclusiones:** Ante una fractura de pelvis con anemización importante en el

que el TAC con contraste no muestre sangrado activo, es necesario complementar estudio con una arteriografía urgente.

P-12. PSEUDOARTROSIS DE ESPINA DE ESCÁPULA TRAS UN TRAUMATISMO DE BAJA ENERGÍA. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

DÍEZ ALBERO, LUIS; FERNÁNDEZ GALLEGOS, ENRIQUE; LAPEÑA MARTÍNEZ, ANDRÉS; RUIZ HERRERA, MANUEL

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

Introducción: Las fracturas de escápula son una entidad poco frecuente, y muchas de ellas son infradiagnosticadas. Del total de las fracturas del hombro, suponen el 1%, y del total de fracturas escapulares, únicamente el 6% ocurren en la espina de la escápula. **Material y Métodos:** Mujer de 75 años que presenta caída casual sobre hombro izquierdo mientras deambulaba. Tras 6 meses de omalgia mecánica persistente que no responde a AINEs ni Rehabilitación con un balance articular global del hombro izquierdo levemente disminuido, se remite a consultas externas de Traumatología donde se comprueba: dolor a la palpación en espina escapular, un test de discinesia escapular positiva junto con un balance articular global del hombro izquierdo normalizado. Se comprueba con radiografía y TAC la presencia de una pseudoartrosis hipertrofica de espina de escápula izquierda con lo que se decide tratamiento quirúrgico realizándole curetaje de los extremos hipertrofos y una osteosíntesis con dos placas, una de compresión y otra de neutralización. **Resultados:** Durante el post-operatorio inmediato, la paciente mejoró del dolor de características mecánicas. A los 4 meses de la intervención la paciente se encuentra asintomática y presenta movilidad completa del hombro y de la cintura escapular, sin presentar discinesia escapular. **Conclusiones:** Las fracturas de escápula son una entidad frecuentemente infradiagnosticadas por el contexto de un traumatismo de alta energía con afectación de la caja torácica y de las partes blandas. No obstante, debemos prestar atención ante un traumatismo de baja energía en personas de avanzada edad en el contexto de una probable osteopenia.

P-13. HAMARTOMA FIBROLIPOMATOSO EN PACIENTE DE 12 AÑOS. CASO CLÍNICO.

FERNÁNDEZ RUIZ, MARÍA DOLORES; REBATE NEBOT, EVA; JOVER CARRILLO, ANTONIO; GARCÍA ORTIZ, MARÍA TISCAR; LÓPEZ PRATS, FERNANDO.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

Introducción: El hamartoma fibrolipomatoso (HF) es una tumoración infrecuente y benigna caracterizada por la proliferación de tejido fibroso y adiposo en el espesor endoneural de nervios periféricos. Aparece en las 3 primeras décadas, predominando en infancia y adolescencia. Suele ser asintomático. Se presenta como una masa en antebrazo o mano, siendo su localización más frecuente en el nervio mediano (39%). El diagnóstico se realiza mediante biopsia, aunque, dado que la RM es patognomónica, se desaconseja la realización de biopsia del tumor ante la posibilidad de producir secuelas. El tratamiento varía según la edad y clínica del paciente. **Material y Métodos:** Presentamos a una paciente de 12 años que presentaba parestesias en el territorio del nervio mediano de varios meses de evolución, y una tumoración de rápido crecimiento en la cara volar de la muñeca y mano izquierdas. La exploración mostró una masa palpable de 7x5 cm, de consistencia blanda, no dolorosa y móvil. Fuerza y sensibilidad conservadas. El estudio radiológico simple no evidenció alteraciones óseas, pero se apreciaba un aumento

de partes blandas. La RM evidenció una imagen característica de cable coaxial en el corte axial, y en forma de espagueti o serpentiforme en el corte coronal, patognomónica de HF. **Resultados:** Dado que la RM resultó diagnóstica en este caso, según confirmamos en la revisión bibliográfica, se realizó una exoneurolisis del nervio mediano para mejorar la clínica de parestesias. La paciente presentó mejoría de la clínica de compresión nerviosa. Tras 3 años de seguimiento, el HF no ha aumentado de tamaño y la paciente no presenta dolor ni clínica neurológica hasta el momento. **Conclusiones:** El Hamartoma Fibrolipomatoso presenta una imagen patognomónica en la RMN. No se precisa confirmación anatómo-patológica para su diagnóstico, si existe posibilidad de producir secuelas en la biopsia. Sin clínica dolorosa ni neurológica se puede mantener una actitud conservadora.

P-14. CONDROMATOSIS SINOVIAL DE CODO: CASO CLÍNICO.

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

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

Introducción: La condromatosis sinovial es una proliferación tumoral benigna en la que se forman nódulos de cartilago hialino en el tejido sinovial. Suele aparecer entre los 30 y 50 años, siendo discretamente más frecuente en varones (1,8/1). Suele presentarse de forma unilateral en grandes articulaciones, siendo su localización más frecuente la rodilla seguida del codo. La transformación maligna es inusual. El objetivo del presente trabajo es mostrar nuestra experiencia con un caso de condromatosis sinovial en el codo, que puede servir de guía para cirujanos con casos similares. **Material y Métodos:** Presentamos el caso de un varón de 56 años, trabajador manual del calzado y fumador, que es derivado a consultas de C.O.T. Presenta parestesias en el territorio del nervio cubital, además de dolor y bloqueos en el codo derecho desde hace aproximadamente un año. Ha realizado rehabilitación sin mejoría. Se le solicita una electromiografía que muestra una neuropatía severa por atrapamiento del nervio cubital. La RMN muestra cambios degenerativos osteocondrales, con derrame articular y cuerpos libres intraarticulares (osteocondromatosis). **Resultados:** Ante dichos hallazgos el paciente es sometido a cirugía, realizándole una exoneurolisis abierta del nervio cubital, y una artroscopia de codo con extracción de los cuerpos libres condrales. Se añade una mini-artrotomía medial y posterior a la fosa olecraniana para completar la extracción de los cuerpos libres. La anatomía patológica certifica la condromatosis sinovial de codo. El paciente presentó buena evolución de las heridas y realizó rehabilitación. Cinco años tras la cirugía, el paciente no presenta recidiva clínica y radiológica, con movilidad de codo completa, sin dolor ni clínica neurológica. Presenta una puntuación en el escala Mayo de 85 puntos. **Conclusiones:** El manejo artroscópico de la condromatosis sinovial de codo es un método efectivo y seguro, con buenos resultados a medio plazo.

P-15. LUXACIONES DE ASTRÁGALO, A PROPÓSITO DE 3 CASOS.

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

CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Introducción: Las luxaciones de astrágalo son lesiones graves e infrecuentes. Se asocian a traumatismos de alta energía en

población joven, aunque se han descrito casos en traumatismos de baja energía en pacientes con patologías que asocian laxitud articular o malformaciones anatómicas. Los podemos diferenciar en 3 tipos: 1) Luxación tibioastragalina aislada o Luxatio pedis cum talo. 2) Luxación periastragalina o Luxatio pedis sub talo. 3) Eucleación de astrágalo o Luxatio talis totalis. Generalmente se presentan fracturas asociadas por lo que será necesario siempre en estos casos la realización de una TAC. **Material y Métodos:** Les presentamos tres casos de luxaciones puras, es decir no asociadas a fracturas, Correspondientes a cada uno de los tres tipos de luxación de astrágalo. **Resultados:** 1) Luxación Tibioastragalina Mecanismo de producción: flexión plantar con el pie en eversión o inversión forzada. Lesiones asociadas: Asociada a fracturas maleolares. Luxaciones abiertas (50%). Afectación eje neurovascular tibial posterior o Roturas tendinosas. Osteonecrosis: infrecuente. Tratamiento: reducción + reconstrucción de estructuras dañadas. 2) Luxación periastragalina: la más frecuente. Lesiones asociadas: Luxación abierta (15-20%). Fractura cabeza astrágalo, 5º MTT, maleolar. Rotura de tendón: tibial posterior, flexor del hallux y extensores. Osteonecrosis en el 10-29% de los casos.

P-16. FRACTURA DEL CUERPO DEL GANCHOSO ASOCIADO A FRACTURA-LUXACIÓN DEL CUARTO METACARPIANO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

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

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA, VALENCIA

Introducción: Las fracturas del ganchoso son poco frecuentes y representan menos del 5% de todas las fracturas del carpo. Este tipo de fracturas suele asociarse a inestabilidad de la 4ª y/o 5ª articulación carpometacarpiana. Presentamos el caso de una fractura del cuerpo del ganchoso asociado a una fractura-luxación del 4º metacarpiano. **Material y Métodos:** Varón de 17 años que acude al servicio de urgencias hospitalarias refiriendo dolor y entumecimiento en la base del 4º y 5º dedo derecho tras un impacto con el puño cerrado. En la radiografía inicial se apreció una fractura-luxación de la base del 4º metacarpiano y una fractura del ganchoso. Se redujo de forma cerrada y se inmovilizó con una férula antebraquial con prolongación digital en intrinsecus plus. Al completarse el estudio con una TC del carpo, se confirmó una fractura coronal del cuerpo del ganchoso. Dado el patrón de la fractura y la potencial inestabilidad de la base de los metacarpianos se decidió la fijación de la fractura del cuerpo del ganchoso. Fue realizada una osteosíntesis percutánea mediante un tornillo microacutrak® y se aplicó un vendaje compresivo para permitir la movilidad precoz. **Resultados:** A los 4 meses el paciente presenta una de movilidad completa de los dedos y muñeca, ausencia de dolor y una puntuación de 0 en el cuestionario Quick DASH. **Conclusiones:** En este tipo de fracturas, es fundamental la sospecha clínica dada la frecuencia con la que puede pasar desapercibidas. El diagnóstico de forma tardía puede implicar complicaciones como artritis, dolor crónico o déficit funcional. Es aconsejable la realización de una TC para objetivar el patrón de fractura y evaluar la estabilidad de la articulación carpometacarpiana del 4º y 5º dedo. Es habitual la asociación de fracturas de la base del 4º y 5º metacarpiano. Se recomienda el tratamiento quirúrgico en los casos con inestabilidad manifiesta o sospecha de ésta. La fijación percutánea permite la fijación del fragmento con una mínima lesión de partes blandas, lo cual facilita una rehabilitación precoz.

P-17. FRACTURA DE JEFFERSON Y TIPO 2 DE ODONTOIDES COMBINADA EN PACIENTE PLURIPATOLÓGICA.

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

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALÈNCIA

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

Material y Métodos: Revisión de un caso de mujer de 89 años que acude a nuestro hospital por fractura de C1 tipo Jefferson y fractura de odontoides tipo 2 tras caída casual con TCE. La paciente tenía insuficiencia renal crónica en diálisis, era hipertensa, diabética insulino dependiente, y presentaba una trombopenia de origen idiopático. La exploración neurovascular fue normal. En el TC se detectó una fractura de arco anterior de C1 con trazo perpendicular y separación de 3 mm y fractura del arco posterior en vertiente derecha e izquierda, y fractura de base de la odontoides tipo II desplazada. **Resultados:** A pesar de la fragilidad de la paciente, se decidió la colocación de halo-tracción para intentar reducir la fractura. Las comorbilidades que presentaba la paciente condicionaron la desestimación del tratamiento quirúrgico. Se inició la tracción a 5 kg, y se subió 2 kg más, sin objetivarse alteraciones neurovasculares. En dos ocasiones se aumentó la flexión cervical, dado que no se obtenía una reducción óptima. Finalmente se obtuvo una reducción radiográfica satisfactoria y se decidió sustituir la halo-tracción por collarín rígido tipo SOMI. La evolución posterior ha sido satisfactoria. **Conclusiones:** Ante la presencia de paciente con altas comorbilidades, el tratamiento conservador en estas fracturas puede ser una opción óptima, dado que a pesar del riesgo que existe de pseudoartrosis, la consolidación con callo fibroso permite la recuperación de la movilidad y la consolidación en estos pacientes.

P-18. FRACTURAS AISLADAS DE APÓFISIS TRANSVERSAS Y ESPINOSAS EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO.

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

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA, VALENCIA

Introducción: Descripción de un caso clínico. Varón motorista de 50 años que sufre un accidente de tráfico con caída sobre el costado derecho. Al llegar a urgencias se encuentra estable, refiriendo dolor en raquis dorsolumbar, cadera, pie y tobillo derechos con edema en dorso del pie, sin otras alteraciones. En las pruebas de imagen se objetivan fracturas de las apófisis espinosas T5-T10, de las apófisis transversas derechas L1-L5 y de la 12ª costilla derecha. Dada la estabilidad de las fracturas y la ausencia de clínica neurológica se opta por tratamiento conservador. **Material y Métodos:** Se procedió a ingreso hospitalario del paciente para observación y control del dolor. El tratamiento consistió en control analgésico y colocación de corsé. **Resultados:** Mejoría progresiva del dolor y la movilidad durante el ingreso. Transcurridas 6 semanas el paciente no presenta clínica neurológica pudiendo deambular con corsé y andador con dolor tolerable. **Conclusiones:** No se han descrito otros casos de fracturas simultáneas de apófisis espinosas y transversas en un mismo paciente sin otras alteraciones de la

columna. Ante su hallazgo es necesario descartar la presencia de lesiones asociadas.

P-19. AFLOJAMIENTO DE PLACA DE OSTEOSÍNTESIS EN FRACTURAS DE HÚMERO PROXIMAL Y DIÁFISIS DE HÚMERO.

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

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALÈNCIA

Introducción: Las fracturas bifocales de húmero proximal y diáfisis humeral en pacientes con osteoporosis suponen un reto terapéutico para el cirujano. Cuando se realiza tratamiento quirúrgico se suele preferir la placa de bloqueo aunque los nuevos clavos diseñados para fracturas de humero también pueden utilizarse. Las complicaciones asociadas a la osteosíntesis aumentan cuando existe mala calidad ósea, comorbilidades y fracturas complejas. El aflojamiento de la placa es una de las posibles complicaciones. **Material y Métodos:** Revisión de dos casos clínicos con fractura de húmero proximal y diáfisis de húmero (A3 de la clasificación de Maresca), tratados quirúrgicamente con osteosíntesis mediante placa larga. El primer caso es un varón de 81 años, con antecedentes de tabaquismo, alcoholismo y osteoporosis. Sin traumatismo previo presenta en el control radiográfico a las 2 semanas un aflojamiento de la placa en la zona proximal de húmero. El segundo caso es un varón de 65 años con los mismos antecedentes que el primer paciente. A las 2 semanas postintervención y tras un movimiento brusco, presenta dolor súbito. En la radiografía se observa aflojamiento de la placa de osteosíntesis, junto con un gran fragmento en ala de mariposa periimplante. **Resultados:** En ambos casos se decidió reintervención. En el primer caso se realizó una extracción de los tornillos de bloqueo más proximales, se recolocaron y se realizó aumentación de los mismos. En el segundo caso se cambió la placa, se colocaron cerclajes en el foco, y se aumentaron los tornillos de bloqueo proximales. **Conclusiones:** El aflojamiento de la placa de osteosíntesis no es una complicación frecuente pero se da con mayor frecuencia en pacientes con mala calidad ósea y comorbilidades asociadas. Los tornillos aumentados pueden permitir reducir la tasa de aflojamiento y cut-out, especialmente en pacientes con hueso osteoporótico.

P-20. OSTEOTOMÍA CORRECTORA DE HÚMERO EN NIÑA DE 5 AÑOS. SECUELA DE FRACTURA SUPRACONDÍLEA.

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

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

Introducción: Analizar el tratamiento de las fracturas de tibia en niños según el tipo de cirujano ortopédico que está de guardia, bajo la hipótesis de que los cirujanos ortopédicos de adultos indican el tratamiento quirúrgico con más frecuencia que los cirujanos ortopédicos pediátricos. **Material y Métodos:** Se han incluido 153 pacientes menores de 16 años que fueron tratados de una fractura de tibia entre los años 2016 y 2021. Los datos de los pacientes se analizaron en 3 grupos: inmovilización con yeso/férula en puerta de urgencias, manipulación bajo anestesia en quirófano y tratamiento quirúrgico. **Resultados:** Un total de 110 fracturas de tibia (71,9%) fueron tratadas por cot infantil de las cuales 87(79,1%) se trataron mediante yeso/férula en urgencias, 19(17,3%)

mediante manipulación bajo anestesia en quirófano y 4(3,6%) mediante tratamiento quirúrgico. Un total de 43 fracturas (28,1%) fueron tratadas por cot adultos de las cuales 2(4,7%) mediante yeso/férula en urgencias, 23(53,5%) mediante manipulación bajo anestesia en quirófano y 18(41,9%) mediante tratamiento quirúrgico. De las 153 fracturas solo 22(14,4%) eran abiertas, de las cuales 18 (81,8%) se trataron de forma conservadora y 4 (18,2%) mediante tratamiento quirúrgico. El tiempo medio en semanas de consolidación fue de 7,5 para el grupo de yeso/férula, 10,3 para el grupo de manipulación bajo anestesia y 16,8 para el grupo de tratamiento quirúrgico. **Conclusiones:** En los últimos años han aparecido estudios que hablan de un aumento en la indicación de tratamiento quirúrgico en las fracturas de tibia en niños a pesar de que el tratamiento conservador sigue teniendo muy buenos resultados en general. Las indicaciones quirúrgicas están en debate especialmente debido al avance de las técnicas y el gran abanico de opciones de osteosíntesis. Por la experiencia tras realizar este estudio en nuestro centro los cot adultos indican el tratamiento quirúrgico con más frecuencia que los cot pediátricos.

P-21. LUXACIÓN DIVERGENTE DE TOBILLO ASOCIADA A FRACTURA PROXIMAL DEL PERONÉ.

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

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

Introducción: La luxación divergente de tobillo asociado a fractura proximal de peroné es una entidad muy infrecuente con muy pocas series descritas en la bibliografía. Ocurre en pacientes jóvenes, relacionada con el deporte y generalmente es una luxación posteromedial. **Material y Métodos:** Varón de 29 años que acude a urgencias traído por SVB tras torcedura de tobillo derecho mientras patinaba. Se realiza radiografías de tobillo y tibia/peroné completos donde se aprecia luxación tibioastragalina divergente sin fractura, asociada a una fractura de tercio proximal de peroné. Se realiza reducción cerrada bajo anestesia locoregional e inmovilización con férula. Se aprecia reducción de la luxación tras las radiografías de control. El paciente presenta sensibilidad y relleno capilar conservado tras la reducción. **Resultados:** Se realiza reducción indirecta mediante pinzas de reducción y osteosíntesis mediante abordaje lateral sobre maléolo externo con dos tornillos canulados suprasindesmales de cortical de 4,5mm con control bajo escopia. No se pudo realizar revisión de ligamento deltoideo por mal estado de las partes blandas. Se comprueba estabilidad de la sindesmosis tibioperonea y estabilidad de la mortaja, siendo ambas estables. Se realiza inmovilización con férula 4 semanas. Se realizó la EMO de los tornillos a las 6 semanas. A las 8 semanas el paciente presentaba movilidad completa de tobillo y deambulación sin dificultad. A las 12 semanas se permitió la actividad deportiva. **Conclusiones:** La asociación de luxación tibioastragalina divergente sin fractura, asociado a fractura del tercio proximal del peroné es una entidad infrecuente, generalmente de alta energía y que afecta a varones jóvenes. Algunos autores optan por un tratamiento ortopédico en este tipo de pacientes si la reducción cerrada es correcta, sin embargo, si existe evidencia de diástasis medial de la mortaja o la reducción no es óptima es recomendable optar por el tratamiento quirúrgico. La reducción con dos tornillos suprasindesmales es un método apoyado por numerosa bibliografía, técnicamente sencillo, respetuoso con las partes blandas y óptimo para la resolución de este tipo de casos.

P-22. CONDROLISIS IDEOPATICA DE CADERA.

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

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

Introducción: Condrolisis ideopática de cadera se trata de una patología poco frecuente, principalmente caracterizada por dolor intenso, rigidez y pérdida de arco de movimiento pudiendo dar lugar a fusión articular asociado a pruebas radiológicas con pérdida de espacio articular. **Material y Métodos:** Presentamos el caso de una mujer de 20 años, como antecedente médico-quirúrgico de interés B-talasemia sin tratamiento que refiere dolor inguinal derecho de 1 año de evolución sin traumatismo previo y empeoramiento progresivo e interferencia en sus actividades diarias. Tratada inicialmente con forage descrompresivo ante sospecha de necrosis avascular de cadera, ante tórpida evolución consulta en nuestro centro diagnosticándose de condrolisis ideopática de cadera descartándose resto de patología (analíticas sanguíneas anodinas, autoinminidad) del abanico del diagnóstico diferencial previamente. **Resultados:** Bajo anestesia se comprueba la movilidad de cadera derecha recuperando arcos de movimiento, perdiendo el flexo y adducción de cadera derecha. Se realiza tenotomía de aductores más liberación capsular y capsulotomía por vía anterior, toma de muestras de líquido articular. Finalmente se coloca fijador- distractor de cadera articulado bajo control de escopia, dos fichas proximales supraacetabular y dos fichas femorales distales, dispositivo en flexión que se deja libre. Tras 2 meses y 9 días se realiza EMO del fijador externo. Tras 7 meses de la EMO la paciente refiere franca mejoría con recuperación de arcos de movilidad y calidad de vida. **Conclusiones:** Tratamiento inicial de la enfermedad consiste en medidas conservadoras, reposo relativo, periodos de anti-inflamatorios, tracción y movilización junto rehabilitación mostrando una mejoría de la clínica. Con las opciones quirúrgicas buscamos restablecer movilidad articular, funcionalidad y reducción del dolor. Independientemente de la opción terapéutica inicial, ante la ausencia de mejoría y deterioro de la calidad de vida del paciente queda la opción de artroplastia de cadera aunque se desaconseja por debajo de los 20 años de edad.

P-23. FRACTURAS DE CHANCE Y SU ASOCIACIÓN CON LESIONES INTRAABDOMINALES. A PROPÓSITO DE UN CASO.

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

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

Introducción: Las fracturas de Chance son lesiones producidas por un mecanismo de flexión-distracción de la columna vertebral que comprometen el cuerpo vertebral en el eje axial. La incidencia de lesiones intraabdominales simultáneas puede llegar hasta el 50%. El objetivo de este caso es estudiar la etiología, la evaluación y el manejo de las fracturas de Chance y su asociación con el daño abdominal. **Material y Métodos:** Revisión de un caso de una mujer de 19 años que tras accidente de tráfico sufre una fractura de Chance en L2 con perforación duodenal asociada. A la exploración física, la paciente presentaba dolor lumbar y dolor intenso a la palpación de fosa ilíaca derecha con defensa localizada e irritación peritoneal. La exploración neurológica fue anodina. El diagnóstico tanto de este tipo de fractura como de la complicación abdominal se realizó mediante la realización de un TC completo de politraumatizado. **Resultados:** Dados los hallazgos clínicos y radiológicos se decidió intervención quirúrgica urgente por parte de Cirugía General para reparar la

perforación. El tratamiento definitivo de la fractura vertebral se pospuso hasta conseguir una optimización de la paciente, iniciando manejo expectante mediante corsé tipo Berkoise. Tras la resolución del cuadro abdominal, dada la mala tolerancia al corsé, el inicio de dolor de tipo radicular y el desbalance sagital, se indicó artrodesis posterior L1-L2. En los controles posteriores, la paciente permaneció asintomática y sin limitaciones para la movilidad de la columna. **Conclusiones:** Las fracturas de Chance son unas fracturas infrecuentes, pero su asociación con las lesiones abdominales es alta. Suelen aparecer en el contexto de accidentes automovilísticos que impliquen el uso de cinturón de seguridad, que actúa como eje de flexión. En este tipo de lesiones, se debe realizar una minuciosa exploración abdominal y pruebas complementarias necesarias para descartar patología intraabdominal.

P-24. CIFOESCOLIOSIS DORSAL SEVERA PROGRESIVA.

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

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

Introducción: La cifoescoliosis dorsal es una entidad que evoluciona de manera progresiva y que puede afectar a la capacidad pulmonar de los pacientes. Esto implica un deterioro de su calidad de vida y una mayor mortalidad. **Material y Métodos:** Exponemos el caso de una mujer de 28 años intervenida de cifoescoliosis severa en el Hospital La Fe, Valencia. Antecedentes: tumor carcinoide bronquial secretor de GHRH diagnosticado en 2002, a la edad de 9 años. Presentaba acromegalia y cifoescoliosis secundaria. **Resultados:** A la edad de 19 años la paciente presentaba 110° de escoliosis dorsal derecha y 100° de cifosis dorsal. El tratamiento quirúrgico fue desestimado en comité por su enfermedad de base, que incluía múltiples metástasis óseas, hepáticas y cerebrales. Durante el seguimiento se evidenció mayor progresión de la curva cifoescoliótica (120° de escoliosis, 124° de cifosis) que afectaba gravemente a su capacidad pulmonar. Se decidió cirugía en dos tiempos (vía anterior + posterior) previa tracción con halo. Durante el seguimiento en consultas externas ha evolucionado de manera favorable, tanto clínica como radiológicamente, tras 6 años desde la intervención. **Conclusiones:** Mediante el presente caso queremos exponer la importancia del seguimiento de los pacientes con cifoescoliosis severa por su evolución progresiva. Es fundamental la evaluación conjunta de estos pacientes en equipos multidisciplinares para la decisión terapéutica más apropiada en cada caso.

P-25. EPIFISIOLISIS COMPLEJAS ALREDEDOR DE LA RODILLA.

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

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

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

terapéutico de las epifisiolisis de fémur distal y tibia proximal a través de la presentación de dos complejos casos tratados en nuestra unidad de Ortopedia infantil. **Material y Métodos:** El primero caso es un varón de 13 años que tras caída en patinete presenta una epifisiolisis tipo IV conminuta de tibia proximal derecha, que asocia además un arrancamiento de espinas tibiales anteriores. El segundo es el caso de una niña de 11 años que presenta una epifisiolisis tipo IV de fémur distal izquierdo con trazo supra- intercondíleo, tras caída y golpe con una barra de hierro. En ambos casos el diagnóstico se realizó mediante radiografías simples y TC, y en el primero además se realizó una RM para descartar lesiones ligamentosas asociadas. **Resultados:** Ambos casos se trataron de forma quirúrgica mediante reducción abierta y osteosíntesis. En el caso de la epifisiolisis de tibia proximal, se realizó un abordaje posteromedial para reducir el fragmento metafisario y se fijó utilizando tres tornillos canulados de 4 mm, dos epifisarios y uno metafisario. Se asoció además una artroscopia para suturar la avulsión de las espinas tibiales y descartar lesiones del LCP o meniscales asociadas. En el caso de la epifisiolisis de fémur distal se realizó un abordaje parapatelar lateral, y una vez reducidos los fragmentos se fijaron con un tornillo canulado de 5,5 mm epifisario y otro metafisario, además de dos agujas de Kirschner diafisoepifisarias convergentes. La evolución en ambos casos fue satisfactoria, sin registrarse complicaciones durante el seguimiento. **Conclusiones:** Las epifisiolisis tipo III y IV de fémur distal y tibia proximal pueden manejarse de forma conservadora si no están desplazadas, pero si existe un desplazamiento no reductible mayor de 2 mm se recomienda realizar una reducción anatómica abierta de la fisis y de la superficie articular bajo visualización directa. La fijación interna se puede realizar mediante agujas o tornillos de compresión, que deben ser colocados paralelos a la superficie articular dentro de la epifisis y/o metáfisis para comprimir el sitio de fractura, evitando cruzar la fisis a ser posible.

P-26. SARCOMA DE EWING DE FÉMUR PROXIMAL CON AFECTACIÓN ACETABULAR. RESECCIÓN Y RECONSTRUCCIÓN MEDIANTE SISTEMA PROTÉSICO.

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

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

Introducción: El sarcoma de Ewing es el segundo tumor óseo más frecuente de la infancia y la adolescencia. En la región proximal del fémur aparecen aproximadamente el 16% de los sarcomas de Ewing. El tratamiento suele comprender cirugía a nivel locorregional, quimioterapia y radioterapia en algunos casos. **Material y Métodos:** Paciente de 24 años sin antecedentes de interés que ingresa en nuestro servicio para estudio de lesión osteolítica en fémur proximal y acetábulo izquierdos. Tras estudio de imagen y de anatomía patológica se llegó al diagnóstico de Sarcoma de Ewing, por lo que inicia tratamiento quimioterápico neoadyuvante. Tras respuesta al tratamiento se decide en sesión de Comité de Tumores Musculoesqueléticos tratamiento quirúrgico mediante resección tumoral (fémur proximal y zona II acetabular) y reconstrucción mediante sistema protésico periacetabular y de fémur proximal modular. **Resultados:** En la anatomía patológica de la pieza resecada se describe regresión casi completa tras tratamiento neoadyuvante y bordes quirúrgicos libres de enfermedad. A los 2 meses de seguimiento deambula con ayuda de muletas y presenta movilidad de cadera conservada. En los meses posteriores continúa evolucionando satisfactoriamente, estando libre de enfermedad a distancia o recidiva local. Por parte de Oncología Médica se completan los ciclos de quimioterapia

adyuvante. Conclusiones: En el pasado los tumores óseos en esta localización se trataban mayoritariamente mediante amputación de la extremidad. Actualmente el uso de nuevas técnicas quirúrgicas permite en muchos de los casos controlar localmente la enfermedad tumoral con preservación de la extremidad. Es importante distinguir entre la resección intraarticular del fémur proximal y la resección femoral extraarticular. En esta última se precisa no solo de una reconstrucción del segmento femoral, sino también de una reconstrucción de los defectos a nivel pélvico. Destacar que el diagnóstico y el tratamiento del sarcoma de Ewing deben ser realizados en un Centro de Referencia de Tumores Musculoesqueléticos por un equipo multidisciplinar.

P-27. LA MIOSITIS OSIFICANTE CIRCUNSCRITA EN NIÑOS: SERIE DE CASOS Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

GARRIDO ROJO, RAQUEL; SIMÓN PÉREZ, VICENT; DESERIO CUESTA, JULIO ALBERTO; GARCÍA CHAMORRO, MARTA; SALOM TAVERNER, MARTA.

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

Introducción: La miositis osificante se describe como una formación de hueso heterotópico no neoplásica a nivel de tejidos blandos. Dentro de las formas circunscritas, la causa puede ser post-traumática o idiopática. Se trata de una entidad rara en niños, pero que debe estar comprendida dentro del diagnóstico diferencial de una tumoración maligna o una infección. El objetivo de este estudio retrospectivo es describir tres casos clínicos de miositis osificante circunscrita diagnosticados en nuestro centro para estudio de su manejo diagnóstico-terapéutico. **Material y Métodos:** El primero es el caso de una niña de 10 años con una lesión a nivel cervical de tipo postraumático, tras caída por las escaleras dos meses antes del comienzo de la clínica de cervicalgia; el segundo es un niño de 11 años con una lesión a nivel distal de muslo de tipo atraumático, que se presentó como una gonalgia insidiosa de tres meses de evolución; y el tercero se trata de un niño de 8 años con una tumoración en muslo derecho, de aparición veinte días después de una caída en bicicleta. **Resultados:** El diagnóstico se llevó a cabo basándonos en la clínica, las pruebas de imagen radiográficas y la biopsia de la lesión. La radiografía y la RM mostraban un patrón de osificación predominante en la periferia de la lesión, mientras que en el estudio histológico se observaba un patrón zonal típico. Los resultados obtenidos mediante el tratamiento conservador fueron buenos en todos los casos, con resolución completa del dolor y disminución progresiva de las lesiones, sin registrarse complicaciones durante el seguimiento. **Conclusiones:** Es importante tener en cuenta la miositis osificante dentro del diagnóstico diferencial de pacientes jóvenes que presenten una tumoración dolorosa en tejidos blandos, sobre todo con infecciones o con lesiones malignas como el osteosarcoma o el sarcoma de partes blandas, ya que son fácilmente confundibles. En general se trata de una entidad poco frecuente, cuyo diagnóstico es complejo y puede requerir de un equipo multidisciplinar, pero cuyo pronóstico sin embargo es favorable, tendiendo en la mayoría de los casos con el tiempo a su resolución completa.

P-28. FRACTURA DIAFISARIA DE FÉMUR EN PACIENTE CON ESPINA BÍFIDA.

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

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

Introducción: Aunque el gold standard del tratamiento de las fracturas diafisarias de fémur es el fresado, enclavado y bloqueo estático. Situaciones como: fracturas periprotésicas, extensión proximal o distal extradiafisaria de la fractura, canal medular estrecho, etc pueden condicionar un cambio en el tratamiento quirúrgico. Presentamos un caso de fractura diafisaria de fémur en un paciente con canal medular estrecho por su patología de espina bífida. **Material y Métodos:** Varón de 25 años con antecedente de espina bífida acude por impotencia funcional tras caída en domicilio. Tras pruebas de imagen se diagnostica de fractura conminuta de diáfisis media de fémur izquierdo en cuatro fragmentos. En cuanto a la situación sociofuncional, el paciente deambula en domicilio con muletas y en vía pública con silla de ruedas. No realiza flexión ni extensión plantar debido a su patología. **Resultados:** Tras estudios de imagen se objetiva una cavidad endomedular femoral de 5 x 7 mm. A causa del diámetro estrecho se descarta el tratamiento con clavo endomedular y debido a la conminución, los clavos flexibles. Finalmente se decide fijación con placa. Intraoperatoriamente se realiza reducción abierta restableciendo la posición anatómica de los dos fragmentos en mariposa corticalizados y fijación con tres cerclajes Synthes para mantener los fragmentos en la localización correcta. A continuación, se coloca la placa LCP estrecha de grandes fragmentos de 12 agujeros y se fija con 1 tornillo cortical y 2 bloqueados en cada extremo a modo de placa puente. **Conclusiones:** Ante la llegada de pacientes con fracturas diafisarias de fémur a Urgencias, y tras una evaluación primaria, estará indicado corregir la posible deformidad y estabilizar la fractura con métodos como son la tracción cutánea, la trasesquelética o la fijación externa. En nuestro medio suelen corresponder al tratamiento provisional. Sin embargo, en países con menos recursos, tanto el fijador externo como las tracciones pueden ser el tratamiento definitivo. En los pacientes con esta patología asociada, el tratamiento dependerá de la geometría de la fractura, la edad del paciente y la preferencia del cirujano.

P-29. EVOLUCIÓN DEL SANGRADO POSTQUIRÚRGICO EN PACIENTES INTERVENIDOS MEDIANTE ATR Y TRATADOS CON ÁCIDO TRANEXÁMICO.

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

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Introducción: Con la utilización del ácido tranexámico, el sangrado postquirúrgico en las artroplastias de rodilla ha disminuido considerablemente, hasta el punto que numerosos autores recomiendan no utilizar drenaje tras la cirugía. Otros en cambio continúan utilizándolo durante las primeras 24 horas, como es nuestro caso. El objetivo del presente trabajo es cuantificar el débito del drenaje tras ATR durante las primeras 24 horas, con el fin de valorar si tras el primer vaciado articular al abrir el drenaje, el sangrado posterior justificaría mantenerlo o se podría retirar en ese momento. **Material y Métodos:** Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo observacional, sobre una serie de 30 pacientes intervenidos en nuestro Centro de forma consecutiva, mediante ATR, por el mismo cirujano y durante el último año. En todas las intervenciones se utilizó isquemia preventiva y drenaje tipo redón sin vacío. Todos los pacientes fueron tratados mediante 1 gr de ac. Tranexámico endovenoso previo a la intervención y 1 gr intrarticular previo cierre quirúrgico. Las variables a estudio fueron: edad, sexo, lado de la lesión, grado de osteoartrosis según clasificación de Kellgren y Lawrence, modelo de prótesis. Débito de sangre en redón una hora después de la cirugía (momento de abandonar

la URPA) y a las 24h (en la sala de hospitalización). Hemoglobina y hematocrito previo a la intervención y a las 24 horas. **Resultados:** Del total de 30 pacientes, la mayoría fueron mujeres (19/30) intervenidas del lado derecho (17/30). La media de edad fue de 73 años (rango 66-82). Según la clasificación de Kellgren y Lawrence, la mayoría fueron grado 4 (22/30) y 8/30 grado 3. La prótesis implantada en todos los casos fue APEX CR con polietileno ultracongruente. El débito medio una hora después de la cirugía fue de 150 cc (rango 80-210), y a las 24 horas fue de 180 cc (rango 100-230). La Hb media previa a la cirugía fue de 12,3 y el Hto de 41%. La Hb media postquirúrgica fue de 11,4 y el Hto de 37%. **Conclusiones:** El sangrado principal tras una ATR se produce en la primera hora tras la cirugía, mientras que, hasta las 23 horas siguientes, el volumen recogido en el drenaje es mínimo. Por ello, en ATR utilizando isquemia preventiva, sería aconsejable la utilización de drenaje sin vacío, que recoja el sangrado inicial durante la primera hora, y después retirarlo.

P-30. OSTEONECROSIS DE CABEZA FEMORAL TRATADA MEDIANTE FORAGE DESCOMPRESIVO + LIPOINJERTO DE GRASA ABDOMINAL CON CELULAS MADRE. CASO CLÍNICO.

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

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

Introducción: La osteonecrosis de cabeza femoral es una enfermedad degenerativa que deriva en un colapso femoral con la consecuente artrosis de cadera. Presenta múltiples factores etiológicos, así como diferentes alternativas terapéuticas en función del estadio de la enfermedad. **Material y Métodos:** Paciente varón de 50 años remitido de consultas externas por osteonecrosis de cabeza femoral estadio II refractario a medicación analgésica que se decide tratamiento quirúrgico. En la RMN preoperatoria se objetiva un importante edema de médula ósea comprometiendo la cabeza y el cuello femoral. Fue intervenido en enero de 2019 realizándole forage descompresivo junto con inyección de células madre autólogas extraídas de la grasa abdominal. A las 48 horas es dado de alta hospitalaria con seguimiento en consultas externas con RMN de control. **Resultados:** Durante el seguimiento en consultas externas a los 3 meses de la intervención, el paciente presentó desaparición del edema óseo presente en los estudios previos y una mejoría clínica notoria con desaparición del dolor y de la movilidad de la misma a los 6 meses. **Conclusiones:** El aporte de células madre al forage descompresivo puede ser una alternativa terapéutica válida para casos de osteonecrosis de cabeza femoral estadio II en pacientes jóvenes.

P-31. SÍNDROME COMPARTIMENTAL BILATERAL DE PIERNA TRAS POSICIÓN DE LITOTOMÍA PROLONGADA. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

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

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

Introducción: El síndrome compartimental es una complicación infrecuente pero severa que puede aparecer ante una posición de litotomía prolongada y el uso de perneras. **Material y Métodos:** Varón de 43 años que es sometido a una cirugía urológica en posición habitual de litotomía durante un periodo de 6 horas. A las 2 horas de finalizar la cirugía el

paciente presenta dolor intenso y endurecimiento de compartimento anterior y lateral de ambas piernas junto con una elevación de la creatinina sérica (valor inicial de 109 U/L elevándose hasta 7.689 U/L a las 12 horas) y una imposibilidad para la flexión dorsal pasiva de ambos tobillos. No dolor en resto de compartimentos. **Resultados:** Ante la sospecha de un síndrome compartimental del compartimento anterolateral, se realiza fasciotomía bilateral urgente observándose una disminución de la perfusión muscular y mejoría de la misma tras apertura de la fascia. Se realizó curas periódicas cada 48 horas observándose viabilidad del tejido hasta su cierre definitivo a los 4 días. A las 2 semanas el paciente presenta fatiga ligera para la deambulación sin ayuda, con tumefacción en el compartimento lateral de ambas piernas. A los 10 meses de evolución, el paciente camina sin ayuda y con función muscular completa. **Conclusiones:** El conocimiento de la asociación del síndrome compartimental y la cirugía laparoscópica prolongada es esencial para un diagnóstico precoz y un tratamiento quirúrgico inmediato para evitar graves secuelas. Los buenos resultados de nuestro paciente se deben a la rápida actuación, ya que normalmente se suele demorar. Para evitar su aparición o disminuir su incidencia, la posición de litotomía debería limitarse a aquellos momentos de la cirugía en los que sea imprescindible, modificando la posición de las piernas cada 2 horas en caso de cirugías prolongadas para prevenir dicha complicación.

P-32. TRATAMIENTO Y RESULTADOS DE LA LUXACIÓN SUBASTRAGALINA MEDIAL: A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

LÓPEZ RUBIO, GEMA; SOLAZ ESTÉVAN, JUAN; GONZÁLEZ ANDREU, SERGIO; FAYOS JORDÁN, JUAN LUIS; VÉLEZ TOLEDANO, LAURA

HOSPITAL DE SAGUNTO

Introducción: La luxación subastragalina medial asocia simultáneamente a las articulaciones astragaloescapóidea y astragalocalcánea sin afectación de la mortaja tibio-astragalina. Representa el 1% del total de luxaciones y se asocian a traumatismos de alta energía. Clasificadas por Broca y posteriormente por Malgaigne y Beurger se distinguen cuatro tipos: medial, lateral, posterior y anterior. Se asocian complicaciones a largo plazo como son artritis postraumática, osteonecrosis astragalina, rigidez e inestabilidad. Su manejo suele ser conservador, encontrándose diferencias según distintos autores. **Material y Métodos:** Se seleccionaron dos casos de luxación subastragalina medial de causa traumática cuyo tratamiento fue reducción cerrada mediante maniobra de Böhler en menos de una hora tras su entrada en urgencias, férula de yeso suprapédica 4 semanas, bota ortopédica 2 semanas, seguido de rehabilitación. **Resultados:** Tras 10 semanas de evolución, las pacientes volvieron a sus actividades diarias sin ninguna limitación. Una de ellas realizó su incorporación laboral tras 14 semanas. Tras 6 meses de seguimiento las pacientes no presentan dolor, inflamación ni inestabilidad. Al año de seguimiento los resultados clínicos y funcionales fueron satisfactorios, puesto que presentaban dolor y conservaban un balance articular completo. **Conclusiones:** Es necesario realizar un diagnóstico y reducción precoz de la luxación subastragalina medial y una inmovilización durante un periodo de 4-6 semanas junto con rehabilitación, para así poder evitar las secuelas a largo plazo previamente descritas.

P-33. OSTEOMIELITIS DE TIBIA PROXIMAL POR SALMONELLA GRUPO B EN UN PACIENTE JOVEN INMUNOCOMPETENTE.

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

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

Introducción: La osteomielitis por Salmonella es una entidad rara en pacientes inmunocompetentes. Además, afecta predominantemente a diáfisis de huesos largos o vértebras, siendo infrecuente la localización metafisaria. **Material y Métodos:** Presentamos el caso de un varón de 13 años remitido a Oncología Infantil de nuestro centro por posible tumor óseo en tibia. El paciente refiere dolor en la rodilla de dos semanas de evolución asociado a fiebre. En las radiografías se observa una lesión lítica en metáfisis proximal de tibia que motiva la realización de RM. Tras revisar las imágenes, descartamos la naturaleza neoplásica de la lesión y se sospechó una osteomielitis, tras lo cual se realizó una corticotomía y vaciamiento del absceso y se inició antibioterapia intravenosa. **Resultados:** El postoperatorio fue favorable y en el cultivo del material creció Salmonella B. El paciente fue dado de alta con antibiótico oral, siendo dado de alta definitivamente a los dos años. No obstante, 3 años después, presentó otro cuadro similar. Tras realizar radiografías, TC y RM, se observaron dos lesiones líticas multiloculadas en tibia proximal con reacción inflamatoria perilesional, sugestivas de recidiva de Osteomielitis, por lo que volvió a intervenir, realizándose una ventana ósea y legrado, y rellenando la cavidad con Sulfato tricálcico y antibiótico. Los cultivos volvieron a ser positivos para Salmonella B. Tras la normalización clínico-analítica del paciente, fue dado de alta con antibioterapia oral, y se le dio el alta definitivamente a los dos años. **Conclusiones:** La Osteomielitis por Salmonella en pacientes inmunocompetentes es una patología infrecuente que puede, además, simular una lesión neoplásica si se encuentra en una localización atípica como las metáfisis. El diagnóstico debe ser clínico, radiológico y analítico, aunque el diagnóstico definitivo será mediante cultivo. El tratamiento definitivo es el legrado y relleno de la lesión asociado a antibioterapia, y es necesario tener en cuenta que la lesión puede recidivar.

P-34. CIERRE FISARIO HUMERAL PRECOZ COMO CONSECUENCIA DE QUISTE ÓSEO ESENCIAL.

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

Introducción: El quiste óseo esencial es la lesión benigna ósea más frecuente en los niños y suele afectar a la metáfisis de huesos largos como el húmero o el fémur. Su principal complicación es la fractura patológica. **objetivo:** Exponemos el caso clínico de un niño de 15 años que sufre una dismetría del miembro superior derecho, debido al desarrollo de un quiste óseo esencial en húmero proximal, durante 7 años. **Material y Métodos:** Paciente varón de 7 años que sufre 2 fracturas patológicas de húmero proximal derecho. En estudios radiológicos se observa una lesión ósea en húmero compatible con quiste óseo esencial. La biopsia apoya el diagnóstico. Se decide tratamiento con infiltraciones, las dos primeras con sulfato calcico y metilprednisolona y las 3 últimas con hidroxiapatita, a lo largo de 7 años, En los controles radiológicos durante el tratamiento del quiste se observa cierre de la fisis proximal del húmero al año del inicio, que acaba generando una dismetría evidente. Se decide esperar a resolución de quiste para tratamiento de la dismetría, que es de 8cm. Se interviene mediante alargamiento humeral con fijador externo monolateral. **Resultados:** Una vez conseguida la

curación completa del quiste y resuelta la dismetría, se realiza la EMO. El joven retorna a la actividad normal con movilidad completa de hombro y codo. **Conclusiones:** El tratamiento quirúrgico de los quistes óseos esenciales se realiza generalmente para disminuir el riesgo de fractura. La dismetría por retardo de crecimiento longitudinal puede ocurrir en el 14% de los pacientes. En nuestro caso la dismetría fue originada por un cierre fisario precoz consideramos de interés este hecho para el resto de profesionales en la materia y sugerimos un estudio más amplio de las razones por las cuales se genera el cierre fisario.

P-35. FRACTURA DIAFISARIA DE RADIO ASOCIADA A LUXACIÓN DE LA CABEZA IRREDUCTIBLE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

Introducción: Las fracturas articulares de codo son lesiones frecuentes en la práctica clínica diaria. Ocasionalmente se asocian a una luxación, la cual suele implicar lesiones ligamentosas graves en las estructuras circundantes. **Objetivos:** Se expone el caso clínico de una fractura diafisaria de radio asociada a una luxación posterior de codo y a una luxación irreductible de la cabeza radial debido a una causa poco común. **Material y Métodos:** Paciente varón de 70 años que acude al Servicio de Urgencias de Traumatología tras caída casual. En el estudio radiológico se visualizó una luxación posterior de codo asociada a fractura diafisaria del tercio medio de radio y una luxación radiocubital proximal. El paciente fue intervenido mediante un abordaje de Henry, se efectuó reducción abierta y fijación interna de la fractura diafisaria de radio. Ante la imposibilidad de reducción cerrada de la cabeza radial se realizó un abordaje de Kaplan pero tras lograr la reducción abierta en varias ocasiones, esta oponía una gran resistencia y volvía a su situación de luxación anteromedial. Tras examinar el campo observamos el tendón del bíceps rodeando el cuello del radio 360° e impidiendo la reducción del mismo. Ante tales hallazgos, lo reducimos a su posición anatómica e inmediatamente se produjo una reducción espontánea de la cabeza radial. **Resultados:** Tras un periodo de inmovilización de 10 días con una férula braquiopalmar posterior se inició el protocolo de rehabilitación con movilización activa, limitando el movimiento del codo durante las primeras 3 semanas con una ortesis de ligamentos. A los 3 meses, el paciente presentaba un balance articular activo de -5° a 120° de flexo- extensión, prono-supinación completa y se observó la consolidación radiológica de la fractura. **Conclusiones:** La fractura diafisaria de radio asociada a una luxación posterior de codo y a una luxación anteromedial de cabeza radial debida a la interposición del tendón del bíceps en una situación extremadamente infrecuente. Tal es así, que no hemos encontrado ningún caso en adultos en la bibliografía. Por tanto, lo consideramos de interés para que el resto de profesionales tengan en cuenta esta posibilidad ante luxaciones de cabeza radial irreductibles.

P-36. MANEJO DEL CODO INESTABLE TRAS LUXACIÓN POSTEROMEDIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

GONZÁLEZ ANDREU, SERGIO; JUAN SOLAZ, ESTEVAN; MAR YAGÜE, RENU; GEMA LÓPEZ, RUBIO; JUAN LUIS FAYOS, JORDÁN

HOSPITAL DE SAGUNTO

Introducción: La luxación de codo es la segunda en frecuencia en miembros superiores. La luxación posteromedial es rara dadas las características anatómicas del codo y la alineación nativa del cúbito en valgo. La fuerza en varo que provoca la luxación posteromedial da como resultado un fallo de tensión y lesiones por distracción del ligamento colateral lateral y la musculatura extensora. Se necesitan diferentes enfoques terapéuticos según el tipo de luxación y el grado de lesión de los tejidos blandos. En la literatura actual existen algoritmos de tratamiento para los distintos tipos de inestabilidades resultantes de una luxación de codo. **Material y Métodos:** Estudio prospectivo a 6 meses de paciente de 67 años que tras caída de 2 metros de altura realizando actividades de jardinería sufre luxación posteromedial de codo izquierdo. Tras un primer intento fallido de reducción, se lleva a cabo reducción cerrada bajo control radiológico y sedación en quirófano; observándose inestabilidad articular que obliga a inmovilizar con férula braquial a 100° de flexión. A los 3 días se interviene quirúrgicamente, mediante abordaje lateral de Kocher, reinsertando el complejo ligamentoso lateral con 2 anclajes todo sutura y sutura de cápsula anterior. **Resultados:** El tratamiento quirúrgico obtuvo un resultado satisfactorio existiendo, a los 6 meses, un balance articular satisfactorio y funcional; con un déficit de los últimos 20° de extensión y de los últimos 10° de supinación, siendo el paciente totalmente independiente para las actividades de la vida diaria. **Conclusiones:** Es fundamental la exploración tras reducción de una luxación de codo para diagnosticar casos de inestabilidad que puedan ser susceptibles de reparación quirúrgica de sus elementos estabilizadores. Con la bibliografía existente y el caso aquí publicado podemos concluir la recomendación de tratar quirúrgicamente a estos pacientes mediante la reparación del ligamento colateral lateral y la musculatura extensora en casos de luxación posteromedial.

P-37. FRACTURA-LUXACIÓN COMPLEJA Y ABIERTA DE ANTEBRAZO: CASO CLÍNICO.

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

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

Introducción: El antebrazo está formado por radio, cúbito, la articulación radiocubital proximal, distal y la membrana interósea. Lesiones en cualquiera de estas estructuras provocan inestabilidad del antebrazo. El tratamiento es la reducción abierta y fijación interna con placas buscando una estabilidad absoluta. **Material y Métodos:** Paciente de 40 años que acude a Urgencias con una fractura metafisodifisaria simple distal de radio y una fractura diafisaria bifocal de cúbito abiertas grado I, con luxación abierta grado II dorsal del cúbito distal con artrotomía de muñeca izquierda. Realizamos lavado abundante de las heridas, vacunación antitetánica, antibioticoterapia precoz e inmovilización temporal con una férula. **Resultados:** Se interviene de urgencias realizando reducción abierta y fijación interna mediante placa LCP en el radio a través de un abordaje de Henry. Mediante abordaje posterior sobre cúbito proximal, se coloca placa LCP de 7 orificios. Abordamos posterolateralmente el cúbito distal, realizando una osteosíntesis con placa LCP de 10 orificios que se superpone cuatro orificios con la primera placa, y colocando 3 tornillos que unen las dos placas, evitando zonas de estrés y previniendo fracturas periimplante. Además solventa el problema de no tener placas LCP más largas. Tras comprobar inestabilidad r-c distal, colocamos una aguja de Kirschner de radio a cúbito. Realizamos Friedrich y cierre de heridas. Durante tres semanas mantiene una férula braquial. Al año apreciamos consolidación de la fractura. La paciente está

asintomática, con flexoextensión de muñeca y codo completas y con un rango de pronosupinación de 140°. **Conclusiones:** El tratamiento precoz con estabilización definitiva e inmediata con placas de las fracturas abiertas de antebrazo puede ofrecer buenos resultados, aunque se trate de una fractura abierta. Se debe comprobar la estabilidad de las articulaciones radiocubital proximal y distalmente. La superposición de placas con tornillos que engranen ambas placas es una opción buena que suple el problema de no tener placas tan largas.

P-38. FRACTURA POR INSUFICIENCIA SACRA EN "H": CASO CLÍNICO.

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

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

Introducción: La incidencia de la fractura por insuficiencia sacra varía entre el 1 y el 1,8% en la población en riesgo. A menudo su diagnóstico se retrasa debido a las dificultades para detectar estas fracturas en la radiografía simple, y a la clínica inespecífica que presentan. Es importante el diagnóstico y tratamiento precoz dado que se asocian con un aumento de mortalidad. El objetivo es presentar el caso de una paciente con coxalgia y radiografías simples normales, con factores de riesgo. La sospecha de fractura sacra y la RMN de pelvis muestran el diagnóstico. **Material y Métodos:** Presentamos el caso de una mujer de 71 años con antecedentes de poliomielitis de miembro inferior derecho en la infancia, que acude a Urgencias por dolor en cadera y zona inguinal derecha de un mes y medio de evolución sin traumatismo previo. En la radiografía no se apreciaron lesiones óseas agudas. En la RMN se aprecia una fractura en "H" de sacro y en la rama isquio e iliopúbica derechas, además de una atrofia de la musculatura de la hemipelvis derecha y muslo derechos secundario a la poliomielitis. Remitimos a la paciente a rehabilitación y pautamos teriparatida. **Resultados:** Al mes del diagnóstico refiere mejoría clínica, y a los tres meses la paciente está asintomática quedando sólo un leve dolor residual en región inguinal derecha. La RMN de control a los tres meses evidencia una franca mejoría de las fracturas sobre todo de las alas sacras, con leve persistencia de edema a nivel de ramas isquio e iliopúbica. Se le prescribe teriparatida seis meses más y la paciente es dada de alta. **Conclusiones:** La RMN tiene un papel fundamental en el diagnóstico de fracturas sacras por insuficiencia. En pacientes ancianos con comorbilidades preexistentes el tratamiento con teriparatida puede lograr una reducción del dolor y del tiempo hasta la consolidación.

P-39. ADAMANTINOMA DE FÉMUR DERECHO CON RÁPIDA PROGRESIÓN EN PACIENTE ANCIANO: CASO CLÍNICO.

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

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

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

Material y Métodos: Presentamos el caso de un varón de 83 años, exfumador desde hace 50 años, derivado a C.O.T. por gonalgia de meses de evolución. Se le solicita una radiografía apreciando una lesión lítica en tercio distal fémur derecho. En la RMN apreciamos lesión lítica con lisis en cortical posterior de 2,4 cm de diámetro y tumoración sólida de partes blandas asociada. La biopsia informa de adamantinoma clásico. El estudio de extensión es negativo. **Resultados:** Dada baja agresividad tumoral y edad avanzada del paciente, se decide realizar enclavado endomedular profiláctico con seguimiento en consultas, apreciando aumento del tamaño de la lesión. Diez meses más tarde se plantea al paciente cirugía con resección de lesión pero prefiere esperar. Al año presenta dolor y en la RMN se informa de franca progresión de la lesión que presenta una extensión de 16 cm. Realizamos osteosíntesis con placa percutánea y cementación de tornillos, tomando nueva biopsia, que informa de primario conocido. En TAC de extensión se informa de progresión ganglionar y pulmonar. Valorado por oncología se indica radioterapia paliativa, falleciendo el paciente 15 meses después del diagnóstico. **Conclusiones:** Dada la alta progresión local con metástasis en nuestro paciente, creemos necesario el tratamiento con resecciones amplias como tratamiento inicial del adamantinoma, que tendrá que ser demostrado por estudios con mayor número de pacientes y seguimiento a largo plazo.

P-40. GONALGIA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVO: CASO CLÍNICO.

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

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

Introducción: Es poco común el diagnóstico de un síndrome linfoproliferativo como consecuencia de una manifestación músculoesquelética, lo que deriva en una escasa evidencia de artículos en la literatura. En la población adulta la artritis que aparece en los síndromes linfoproliferativos, a menudo es poliarticular y asimétrica. **Material y Métodos:** Varón de 59 años, fumador, derivado a consultas de C.O.T. por gonalgia de dos meses de evolución sin traumatismo previo. Presenta dolor intenso e inflamación que le impide el sueño. Se le realiza radiografía de la rodilla donde se aprecia una gonartrosis grado 3, destacando una hipodensidad de 21.7x8.7mm en la región anterosuperior de los cóndilos femorales. A la exploración presenta una adenopatía inguinal ipsilateral. Se realiza una artrocentesis evacuadora en la rodilla y se remite la muestra a laboratorio, obteniendo un líquido de características inflamatorias. La analítica sanguínea muestra PCR aumentada de 203, y alteraciones en el hemograma. Se solicita una RMN preferente y se remite al paciente a Medicina Interna para completar estudio. **Resultados:** Solicitado un TAC toracoabdominopélvico apreciamos conglomerados adenopáticos ubicados desde cuello hasta ambas ingles, que orientan hacia linfoma como primera opción diagnóstica. La RMN de rodilla muestra una lesión de partes blandas en el tercio distal del muslo con una alteración difusa de la intensidad de la médula ósea en el fémur compatibles con una alteración neoplásica. Con la sospecha de Síndrome linfoproliferativo con afectación supra e infradiaphragmática se decide exéresis-biopsia de la adenopatía inguinal, para confirmación del diagnóstico y se remite al paciente a oncología para el tratamiento definitivo. **Conclusiones:** Dado el bajo índice de sospecha de este tipo de patología ante una gonalgia, a menudo se produce un retardo en el diagnóstico. Por tanto, se recomienda la inclusión de los síndromes

linfoproliferativos como diagnóstico diferencial de los pacientes con gonalgia, así como el examen físico y la valoración radiográfica exhaustivas.

P-41. OSTEOCONDritis LATERAL DE LA CÚPULA ASTRAGALINA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

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

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

Introducción: Los defectos osteocondrales del astrágalo siguen siendo un desafío para los cirujanos de pie y tobillo. Su etiología es desconocida pero su frecuencia va en aumento, especialmente en pacientes deportistas. La ubicación de una lesión osteocondral en la cúpula astragalina lateral es menos común que las lesiones localizadas en la región medial de la cúpula del astrágalo. Por ello, puede plantear dificultades de diagnóstico y tratamiento. **Material y Métodos:** Un varón de 45 años, sin antecedentes de interés, es revisado en las consultas de COT por dolor en el tobillo izquierdo tras sufrir un traumatismo un año antes. Fue tratado con antiinflamatorios y rehabilitación con mejoría temporal pero recidiva unos meses más tarde. A la exploración presenta dolor y derrames articulares de repetición desde hace 6 meses. Se le realiza una radiografía donde se aprecia una osteocondritis externa de cúpula astragalina izquierda grado II de Bernd y Harty. La RMN muestra cambios osteocondrales secundarios a osteocondritis astragalina con la interlínea articular preservada. Dadas las recidivas tras el tratamiento conservador se le propone cirugía. **Resultados:** Es intervenido quirúrgicamente realizándose un legrado del foco de osteocondritis, con lavado articular y microfractura artroscópica. Tras 6 meses de seguimiento el paciente está asintomático y es dado de alta. A los 3 años de la intervención sufre recaída sintomática, con dolor y limitación de la movilidad articular. Se vuelve a tratar conservadoramente sin éxito. Es intervenido realizándole una mosaicoplastia o trasplante de condrocitos autólogos, con autoinjerto de cresta iliaca. Tras tres años de seguimiento el paciente se encuentra asintomático, con una puntuación en la escala AOFAS para tobillo de 84 puntos. **Conclusiones:** Las lesiones osteocondrales de la cúpula lateral astragalina son raras. Existen numerosas técnicas de tratamiento que conviene tener en cuenta para aplicar la más apropiada dependiendo del estadio de la lesión.

P-42. RETRASO DE CONSOLIDACIÓN TRAS USO DE FIJACIÓN EXTERNA TIPO SUZUKI.

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

Introducción: La fractura-luxación de la articulación interfalángica proximal (IFP), entre ellas las de pilón son lesiones de alta complejidad asociada a inestabilidad e impactación articular. La fijación dinámica externa es una alternativa como tratamiento, que, gracias a la ligamentotaxis permiten la reducción con una movilización precoz. Sin embargo, no están exentos de complicaciones. Presentamos un retraso de consolidación secundario a un fijador tipo Suzuki que precisó de retirada y posterior tratamiento mediante reducción abierta y fijación interna con placa y aporte de autoinjerto. **Material y Métodos:** Mujer de 36 años que acude a Urgencias por fractura abierta conminuta de la articulación IFP del tercer dedo de la mano con afectación parcial del aparato extensor. De manera urgente se realiza limpieza,

revisión del aparato extensor, reducción y fijación con sistema Suzuki. Tras dos meses, se controla la porción articular pero no se observa consolidación del fragmento distal, con aumento de la diastasis. Además asocia rigidez articular de la IFP de 0-30°. Se decide retirar el sistema y tras curas de los portales, realizar tenolisis, artrolisis y reducción abierta con fijación con placas bloqueadas y autoinjerto de radio distal. **Resultados:** La paciente logra en el postoperatorio inmediato un rango articular de 0-100° en IFP y de 0-90° en MF, sin existir limitaciones en la IF distal. Desde el 2º día se inicia la rehabilitación activa. Al mes de la intervención se observa un balance articular de 0-80° de la IFP no doloroso, sin limitaciones del resto de articulaciones. **Conclusiones:** La fractura-luxación de la articulación IFP continúa suponiendo un reto debido al amplio espectro de tratamientos. Consideramos que la fijación tipo Suzuki es una alternativa adecuada para las fracturas de pilón. Sin embargo, no pueden controlar fracturas más distales y dado su compleja reproducibilidad, debe ser realizado por cirujanos expertos en la mano.

P-43. FRACTURA DE VOLKMANN Y FRACTURA DE TILLAUX, UNA ASOCIACIÓN EXCEPCIONAL EN EL ADULTO.

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

Introducción: La fractura de Tillaux es una fractura típica de la adolescencia, se considera extremadamente rara en adultos ya que el ligamento se rompe antes de producirse la avulsión anterolateral. En la fractura de Volkmann se produce una fractura por avulsión de la tibia posterolateral tras un mecanismo de pronación y rotación externa. La asociación de estas dos lesiones en un adulto es poco frecuente habiendo encontrado solo dos casos publicados en nuestra búsqueda bibliográfica, suponiendo por ello un reto tanto diagnóstico como terapéutico. **Material y Métodos:** Mujer de 54 años que acude a Urgencias tras un accidente de tráfico en moto de baja energía con traumatismo en tobillo izquierdo. Presenta una importante tumefacción e impotencia funcional pero sin hematoma ni deformidad. Al realizar la radiografía inicial, se aprecia un arrancamiento de la tibia distal, visible únicamente en la proyección lateral. En la tomografía computarizada, se aprecia una fractura de la vertiente anterolateral de la tibia, asociada a una fractura de la vertiente posterolateral sin desplazar. **Resultados:** Se inmovilizó temporalmente con una férula suropédica posterior y se intervino a las 24 horas. Mediante un abordaje anterolateral distal de tibia se fijó la fractura de Tillaux con dos tornillos canulados de rosca parcial. Debido a la ausencia de desplazamiento de la fractura de Volkmann tras la reducción de la fractura anterior, se optó por tratamiento conservador. En el postoperatorio la paciente estuvo inmovilizada 6 semanas mediante una férula suropédica posterior, iniciando consecutivamente la deambulacion con una bota ortopédica hasta cumplir 12 semanas. Actualmente la paciente se encuentra realizando vida normal. **Conclusiones:** Las fracturas de tibia anterolateral y posterolateral asociadas son extremadamente infrecuentes en el adulto, por lo tanto, consideramos de interés científico la presentación de este caso, así como la discusión del manejo de esta patología y sus posibles secuelas para la mejora de su tratamiento.

P-44. ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN LESIÓN LÍTICA ÓSEA CON ALTO RIESGO DE FRACTURA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

Introducción: El defecto fibroso cortical es una lesión benigna del hueso en desarrollo y consiste en tejido osteofibroso anormal que afecta habitualmente a la metafisis 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.

P-45. ROTURA DE CABEZA DE CERÁMICA EN PACIENTE CON PRÓTESIS TOTAL DE CADERA. TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES ASOCIADAS.

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

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 deambulación sin ayudas con buena tolerancia. Seis meses después, el balance articular era completo y no presentaba dolor a las rotaciones ni a la impacción. **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.

P-46. FRACTURA-ARRANCAMIENTO DE ESPINA TIBIAL ANTERIOR CON LESIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR ASOCIADA. TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES ASOCIADAS.

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

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. Describía un mecanismo de lesión de rotación externa a nivel femoral, asociado a extensión de rodilla y pie fijo en carga. A la exploración física, la paciente presentaba tumefacción asociada a derrame articular en la rodilla derecha, sin presencia de hematoma ni deformidad. A la palpación refería dolor en rótula e interlínea media. La radiografía simple anteroposterior y lateral de rodilla derecha, evidenció una fractura-arrancamiento de espina tibial anterior. Se realizó tomografía computarizada (TC) de rodilla con el objetivo de conocer las características de la fractura para así determinar el tratamiento más adecuado. En este estudio 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 reinscripción 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 a pesar de haber seguido varios ciclos de tratamiento conservador: Infiltración de PRP y aplicación de ondas de choque radiales en tendón rotuliano y grasa de Hoffa. Ante dicho bloqueo articular, se decide realizar una segunda cirugía con el fin de conseguir una liberación 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 cílope). Se realiza desbridamiento y limpieza tipo artrolysis. Con ello se consigue un rango de movilidad de 130 grados en flexión y 0 grados en extensión.

P-47. TUMOR DE MASSON EN LA MANO. UTILIDAD DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA PARA EL DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO DIFERENCIAL.

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

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

Introducción: La Hiperplasia Endotelial Papilar Intravascular (HEPI) o pseudoangiosarcoma de Masson, es un proceso benigno reactivo de las células endoteliales que se presentan de ?novo? (HEPI tipo I) o bien ante la presencia de un proceso vascular previo (HEPI tipo II). También se ha descrito un tipo III que aparece extravascularmente a raíz de un hematoma. Fue descrito por primera vez por Masson en 1923 y la importancia de la lesión reside en saber distinguirla de otros procesos neoplásicos a los cuales se asemeja macro y microscópicamente, como en concreto al Angiosarcoma, si bien el tratamiento es muy diferente. **Material y Métodos:** Desde el año 2012 a 2019 ha sido intervenidos por la Unidad de referencia de Mano 161 tumores de partes blandas. De ellos, 24 han sido tumores de estirpe vascular, de los cuales 4 han sido diagnosticados como tumores de Masson en el estudio anatomo-patológico. Evaluamos los datos quirúrgicos, la iconografía operatoria y las exploraciones complementarias, como RM para el diagnóstico diferencial. **Resultados:** El tumor de Masson representa un 2,5% del total de tumores de partes blandas, y un 16% de los tumores de estirpe vascular en nuestra experiencia de la Unidad de la mano. El diagnóstico de presunción inicial que presentaban estos tumores, con la RM previa a la cirugía, se confirmó con el diagnóstico anatomo-patológico realizado tras la extirpación quirúrgica de la lesión. **Conclusiones:** La Hiperplasia Endotelial Papilar Intravascular o tumor de Masson es un tumor vascular infrecuente. Interesa un diagnóstico diferencial sobre todo con el angiosarcoma. Presenta unas características macroscópicas diferenciales respecto del resto de tumores vasculares o de partes blandas, que pueden ser identificadas mediante la RM. Su abordaje quirúrgico no es diferente, pero ante una sospecha previa por el estudio de RM, se debe hacer hincapié en una resección precisa y completa para evitar recidivas.

P-48. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA LA FRACTURA-AVULSIÓN DE LA BASE DEL TERCER METACARPIANO.

MOLINA PÉREZ, MARTA; SOLER PEIRÓ, MANUEL

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA

Introducción: Las fracturas de los metacarpianos representan aproximadamente un tercio del total de las fracturas de la mano. Debido a su diferente comportamiento funcional,

clásicamente, se ha diferenciado el primer metacarpiano del resto de homónimos. De los diferentes tipos que existen, la fractura-avulsión de la base es la menos frecuente. Aunque ha sido ampliamente descrita cuando afecta al quinto metacarpiano, la bibliografía es escasa respecto a la fractura-avulsión de la base del tercer metacarpiano. Diagnóstico y tratamiento de la fractura de la base del tercer metacarpiano con avulsión del extensor carpi radialis brevis (ECRB). **Material y Métodos:** Paciente varón de 43 años que acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital tras caída con mecanismo de hiperflexión dorsal sobre muñeca izquierda. Clínicamente destaca edema, tumefacción dorsal y deformidad a nivel de la segunda hilera del carpo, dolorosa a la palpación. Asocia impotencia funcional para la extensión del carpo. La radiografía muestra un fragmento óseo desplazado dorsalmente a nivel carpometacarpiano. El TAC confirma la avulsión ósea de la base del tercer metacarpiano, volteado por la tracción de ECRB. Se realiza, bajo escopia intraoperatoria, cirugía con abordaje dorsal del carpo, reducción abierta con ayuda de aguja y fijación mediante un tornillo canulado de 2.7 mm. Se mantiene inmovilización con férula antebraquial posterior cuatro semanas. **Resultados:** Tras inmovilización, se inicia rehabilitación mediante ejercicios pasivos de muñeca las dos primeras semanas. A partir de las seis semanas post-cirugía se autorizan ejercicios activos. Pasados tres meses desde la cirugía, el paciente niega dolor o limitación funcional. Balance articular completo. Radiográficamente se observa consolidación de la fractura. **Conclusiones:** La fractura-avulsión de la base del tercer metacarpiano es infrecuente. El diagnóstico debe incluir el uso del TAC. La fijación con tornillos tras reducción abierta de la fractura es una opción quirúrgica que proporciona buenos resultados.

P-49. MORTALIDAD EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS INTERVENIDOS DE CIRUGÍA DEL RAQUIS.

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE

Introducción: Determinar la prevalencia de cirugía de columna en el Servicio de COT del Hospital La Fe, así como su distribución sexo, tipo de patología y procedimiento. **Material y Métodos:** Datos de 66 pacientes mayores de 80 años intervenidos de columna en el Servicio de COT del Hospital La Fe, entre febrero de 2015 y febrero de 2020 con seguimiento durante 12 meses. Realizamos un análisis descriptivo de las variables recogidas, entre otras, mortalidad a los 6 y 12 meses, e índices de fragilidad: Charlson Comorbidity Index (CCI), Fried Frailty Index modificado (mFFI-11) y su variante el mFFI-5, así como con el índice ASA. **Resultados:** Un 72.7% de los pacientes fueron mujeres. El 69.7% se sometieron a cifoplastia (86.5% mujeres y 12.5% hombres). Un 48.5% de las cifoplastias presentaban patología traumática subyacente, que además fue el motivo de consulta más frecuente (63.6%). Un 16.7% obtuvo cirugía abierta mediante artrodesis (54.6% con etiología degenerativa). Las patologías más frecuentes fueron la fractura lumbar (39.4%) y la torácica (37.9%). El tiempo quirúrgico y la estancia hospitalaria media fueron de 138.4 minutos y 12.5 días. El 27.3% presentaron complicaciones en el postoperatorio inmediato, siendo el 58.0% de gravedad 3 en la escala SAVES. La readmisión a los 30 días se presentó en el 12.1%. Un 13.6% fallecieron en los primeros 6 meses, y un 3.5% en los 6 meses siguientes (mortalidad al año de 16.6%). Los valores promedio de los índices de fragilidad fueron de 1.8 para el mFFI-11, de 1.2 para el mFFI-5 y de 5.5 para el CCI. El valor medio de ASA fue 2.6. **Conclusiones:** La cifoplastia fue la intervención más frecuente para pacientes mayores de 80

años. De frecuente etiología traumática. Menos de un tercio de los pacientes presentaron complicaciones, siendo éstas de gravedad media. Encontramos una mortalidad de 16.6%, ligeramente superior a la bibliografía consultada.

P-50. SUBLUXACIÓN ROTATORIA ATLOAXOIDEA TRAUMÁTICA EN EL ADULTO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO I POLITÉCNICO LA FE DE VALENCIA

Introducción: La subluxación rotatoria atloaxoidea se observa con mayor frecuencia en la edad pediátrica, siendo excepcional en adultos. Frecuentemente está asociada a un mecanismo traumático. Presentamos el caso de un paciente adulto tratado de forma conservadora con halo craneal. **Material y Métodos:** Varón de 43 años que sufre una caída accidental de espaldas desde 1 metro de altura. Presenta un TCE sin pérdida del nivel de consciencia. Refiere dolor intenso con limitación a la rotación cervical. Se realiza un TC cervical en urgencias, siendo diagnosticado de subluxación rotatoria atloaxoidea sin fracturas asociadas (Fielding y Hawkins tipo I). **Resultados:** El paciente fue tratado de urgencia mediante la colocación de un halo con tracción cervical progresiva hasta 5 kg. Al día siguiente se realizó una RM de columna cervical que evidenció una reducción satisfactoria de la lesión, con integridad de ligamentos transversos y alares, y distancia atloaxoidea conservada. A las 3 semanas se cambió el halo craneal por un halo-chaleco que se mantuvo durante 3 meses más. La evolución clínica fue satisfactoria, con resolución de la cervicalgia y recuperación de la movilidad rotatoria cervical. **Conclusiones:** La subluxación rotatoria atloaxoidea es una lesión infrecuente en adultos y su manejo es aún controvertido. Parece aconsejable el manejo conservador mediante inmovilización con halo-chaleco, reservando el tratamiento quirúrgico para los casos de inestabilidad o cervicalgia crónica intensa. La tasa de recurrencia y el fracaso de la reducción se correlacionan con el tiempo transcurrido desde la lesión hasta la reducción. En estos casos la intervención quirúrgica también está justificada.

P-51. VENTAJAS DE LOS MODELOS QUIRÚRGICOS IMPRESOS EN 3D EN UNA CIFOSIS CONGÉNITA GRAVE NO TRATADA.

MARISCAL, GONZALO; NUÑEZ, JORGE; BARRIOS, CARLOS; ALONSO, FRANCISCO; DOMENECH, PEDRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE

Introducción: El manejo de la cifosis congénita grave no tratada representa un desafío quirúrgico importante, incluso en presencia del mejor equipo. El desarrollo de la planificación e impresión quirúrgicas tridimensionales (3D) ha evolucionado rápidamente dentro de varias especialidades quirúrgicas. Pensamos que esta tecnología podría dar lugar a nuevas posibilidades para la planificación quirúrgica de las deformidades congénitas de la columna. **Material y Métodos:** Una niña de 9 años, fue trasladada al hospital por una cifosis congénita, con paraplejía progresiva. El paciente tenía una deformidad en la espalda en el centro de la columna. Las radiografías mostraron una cifosis segmentaria (T11-L1) de 129°. La tomografía computarizada y las imágenes por resonancia magnética de la columna mostraron una dislocación congénita de T12 y una lesión neurológica por compresión directa de la médula espinal. La decisión de proceder con la cirugía en este caso se tomó en función de la deformidad de la

columna y la compresión vertebral. **Resultados:** Se realizó un modelo 3D a tamaño real. Durante la cirugía, cuando la anatomía de la columna era dismórfica o alterada, se analizó el modelo de columna 3D. Se realizó una cifectomía de T12 a L1. La columna vertebral se reconstruyó aproximando la placa terminal distal de T11 y la placa terminal proximal de L2. La estabilización se realizó con inserción de jaula de malla de titanio anterior con aloinjerto óseo y costillas fijas en las paredes laterales de la cifectomía, y una instrumentación de tornillo posterior de T6 a L5. El tiempo operatorio fue de 180 min y el sangrado intraoperatorio de 300 ml. La cifosis y la escoliosis se corrigieron respectivamente a 129 ° y 48 °. No hubo complicaciones intraoperatorias. **Conclusiones:** En nuestro caso, el uso de un modelo 3D durante el tiempo intraoperatorio nos ayuda a reducir el tiempo quirúrgico y disminuir la pérdida de sangre.

P-52. ALTA TASA DE COMPLICACIONES EN EL SISTEMA VEPTR (VERTICAL EXPANDIBLE PROSTHETIC TITANIUM RIB) EN LA ESCOLIOSIS DE INICIO TEMPRANO.

MARISCAL, GONZALO; NUÑEZ, JORGE H.; DESVIAT, MARÍA; GALVAÑ, TERESA; BARRIOS, CARLOS; DOMENECH, PEDRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE

Introducción: En la actualidad, el tratamiento quirúrgico de la escoliosis de inicio precoz (EOS) es un reto para los especialistas, y no existe consenso sobre qué dispositivos son los más adecuados en cada caso. Este estudio describe las complicaciones resultantes de la implantación de un "vertical expandible prosthetic titanium rib device" (VEPTR) en pacientes con EOS tratados en un solo centro. **Material y Métodos:** Este es un estudio retrospectivo de 50 pacientes con VEPTR tipo costilla-costilla (13), costilla-columna (6), costilla-pelvis (15) y VEPTR combinado (16). Todos implantados entre 05/2005 y 01/2018. Se utilizó el sistema de clasificación de escoliosis de inicio temprano (C-EOS). **Resultados:** Se incluyeron 50 pacientes para evaluación de seguimiento. La etiología sindrómica fue la más frecuente (15 pacientes). La edad media en el momento de la colocación del implante fue de 6,7 años (rango 5,8 - 7,6) con un seguimiento medio de 14,6 años (rango 8,8 - 20,3). 35 pacientes presentaron un total de 149 complicaciones divididas entre implantación, alargamiento y cirugía de fusión posterior final. Los grupos que presentaron más complicaciones fueron sindrómicos (10) y neuromusculares (10). Las complicaciones más frecuentes ocurrieron en la primera cirugía (46), en el primer alargamiento (21) y en la cirugía de fusión (16). Los desanclajes fueron los problemas más notorios (19). Hubo 43 reintervenciones no planificadas en 28 pacientes. **Conclusiones:** El uso de VEPTR para la EOS se asocia con complicaciones frecuentes y significativas. La mayoría de las complicaciones ocurren en la primera cirugía de implantación. Muchos de los pacientes requieren una intervención no planificada.

P-53. TRATAMIENTO DE DISPLASIA FIBROSA DE FÉMUR PROXIMAL MEDIANTE FIJACIÓN INTERNA CON CLAVO INTRAMEDULAR EN UN VARÓN DE 48 AÑOS TRAS UN HALLAZGO INCIDENTAL.

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

HOSPITAL DOCTOR PESET, VALENCIA

Introducción: La displasia fibrosa (FD) es un proceso tumoral benigno genético manifestado como un defecto localizado en la diferenciación y maduración de los osteoblastos que provoca la

sustitución del hueso normal por estroma fibroso y tejido óseo inmaduro. En este trabajo presentamos el manejo de un varón de 48 años con lesiones escleróticas de FD en fémur proximal y alto riesgo de fractura. **Material y Métodos:** Varón de 48 años con antecedentes personales de obesidad de más de 120 kg. No dolor óseo en ningún punto ni alteraciones en la marcha. Como hallazgo incidental tras un estudio por colelitiasis se detectaron lesiones óseas en fémur proximal y consecuentemente se amplió el estudio. La radiografía simple de pelvis mostró una lesión lítica intramedular de bordes bien definidos en fémur proximal y acetábulo derecho. En la tomografía axial computerizada y en resonancia magnética se detalló la naturaleza de la lesión, orientando a lesión benigna y planteando un diagnóstico diferencial entre Displasia Fibrosa Poliostótica y Fibromixoma Lipoesclerosante principalmente. Tras descartar manifestaciones extraesqueléticas y otras alteraciones, se decide tratamiento quirúrgico de la lesión femoral para prevenir posibles fracturas. Se decide fijación interna mediante colocación de un clavo intramedular. La muestra de material remitida al servicio de Anatomía Patológica confirmó el diagnóstico de FD. **Resultados:** Tras la cirugía, el paciente evoluciona favorablemente y sin complicaciones, siendo dado de alta al 2º día postoperatorio. El paciente es valorado en Consultas Externas de Traumatología a las 3 semanas de la intervención y a los 3 meses, presentando buena evolución clínica, encontrándose sin dolor y deambulando con ayuda de una muleta por precaución, y sin alteraciones en el control radiológico. **Conclusiones:** La indicación de cirugía en la FD de cuello femoral se basa en el grado de deformidad ósea, historia de fracturas previas y el probable riesgo de fractura. La FD del fémur proximal en el hueso maduro puede ser tratada adecuadamente y de forma segura mediante clavos intramedulares, placas o injerto de hueso alogénico, en función de las características individuales del paciente.

P-54. A PROPOSICIÓN DE UN CASO: FRACTURA AGUDA POSTQUIRÚRGICA DE CALCÁNEO EN PACIENTE JOVEN.

LÓPEZ LÓPEZ, SERGIO, COLOMINA LAIZ, TERESA; MARTÍNEZ LÓPEZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET

Introducción: Paciente varón de 27 años que presenta fractura de tuberosidad posterior de calcáneo derecho, la cual requirió reducción abierta y fijación interna. A los 9 días acude de nuevo por caída de baja energía presentando refractura de dicho calcáneo con exposición ósea. **Material y Métodos:** Se realizó una revisión de la literatura existente en Pubmed mediante las palabras: ¿fracturas de calcáneo?, ¿complicaciones de las fracturas de calcáneo? y ¿fracturas avulsión del calcáneo?. **Resultados:** El calcáneo es el hueso del tarso que se fractura con mayor frecuencia. Se pueden clasificar en fracturas intraarticulares y extraarticulares, respecto a estas últimas para su tratamiento se puede optar tanto por uno conservador como por uno quirúrgico, hallando una gran variedad en estos últimos. Según estudios realizados se ha podido observar hasta un 60% de complicaciones en este tipo de fracturas, siendo la pérdida secundaria de reducción una de las más frecuentes (hasta un 30%). Además, también se ha hallado una asociación entre el desplazamiento y la aparición de otras complicaciones. **Conclusiones:** Es necesario un estrecho seguimiento postquirúrgico en estos pacientes, dado la alta tasa de complicaciones graves que pueden asociar. Por otro lado, como estas complicaciones no varían en frecuencia según el tipo de técnica quirúrgica elegida no se puede establecer un gold standard.

P-55. TEDÓN DISTAL DEL BÍCEPS BRAQUIAL BIFURCADO: ROTURA DE LA PORCIÓN CORTA CON INTEGRIDAD DE LA PORCIÓN LARGA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

Introducción: El tendón que compone la inserción distal del bíceps puede encontrarse bifurcado en una porción corta y una porción larga hasta en un 25% de los individuos. La rotura de la porción corta es una lesión poco habitual y difícil de diagnosticar. **Material y Métodos:** Paciente de 53 años que refiere dolor súbito en brazo derecho tras levantar peso. Se apreciaba signo de Popeye inverso con palpación de la inserción distal del bíceps a nivel de la fosa antecubital, pero asimétrica con contralateral. El paciente era capaz de flexionar el codo y supinar el antebrazo pero con dolor y menor fuerza. Se realiza ecografía que informa de rotura de la inserción distal del bíceps con persistencia de fibras en zona proximal. Ante los hallazgos, se realiza resonancia magnética, que informa de tendón distal bifurcado con rotura de su porción corta. **Resultados:** Se decide tratamiento quirúrgico mediante reanclaje de la porción corta a la tuberosidad radial, apreciándose en la cirugía la integridad de la porción larga. Se inmovilizó el codo con férula 2 semanas y, posteriormente, se inició movilización progresiva. A las 12 semanas el paciente había conseguido una flexoextensión y pronosupinación completa e indoloras. **Conclusiones:** La porción corta de la inserción distal del bíceps se inserta en una localización más distal de la tuberosidad radial que la porción larga. La incidencia de su lesión parece ser mayor de lo que sugiere la literatura. Deberemos sospecharla ante un signo de Popeye inverso con palpación de tendón a nivel de fosa antecubital junto con supinación y flexión de codo posibles pero con fuerza disminuida. El tratamiento dependerá de la edad y la actividad, siendo recomendable en personas jóvenes y activas un tratamiento quirúrgico.

P-56. PERLAS DE SULFATO CÁLCICO COMO TRATAMIENTO EXITOSO TRAS RETIRADA DE OSTEOSÍNTESIS INFECTADA.

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

HOSPITAL DOCTOR PESET

Introducción: Las infecciones en traumatología son un auténtico reto para los cirujanos ortopédicos. El objetivo de este trabajo es mostrar la excelente evolución con el uso de perlas de sulfato de calcio (Stimulan) tras una osteosíntesis de cadera fallida por una infección. **Material y Métodos:** Mujer de 82 años que tras una fractura pertrocantérea de cadera izquierda es intervenida realizándose un enclavado cefalomedular tipo Gamma corto. La paciente es dada de alta a los 10 días con buen estado general. Es revisada en consultas externas a los 15 días presentando buena evolución de la herida. Posteriormente coincidiendo con la situación de la pandemia por Covid-19 la paciente no acude a las revisiones programadas en consulta. A los 5 meses de la cirugía la paciente acude a urgencias refiriendo dolor de cadera izquierda asociada a fiebre de 39°; por la sospecha de infección se ingresa para tratamiento antibiótico; durante el ingreso se procede a la retirada del material de osteosíntesis aislándose en las muestras quirúrgicas Escherichia Coli. A los 10 días

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

Resultados: Se realiza un nuevo TC a los 15 días apreciándose mejoría de las colecciones infecciosas. A los 25 días del ingreso la paciente es dada de alta con tratamiento antibiótico oral, con buen estado general y descenso de los parámetros analíticos de infección. La paciente se mantiene en descarga durante 3 meses, durante ese periodo es preciso realizar un desbridamiento de la herida quirúrgica por una dehiscencia. Actualmente, a los 7 meses de la cirugía y el tratamiento con Stimulan, se encuentra sin dolor, caminando con andador y con una PCR<10 y VSG<30. **Conclusiones:** El tratamiento con Stimulan nos permite una liberación local, controlada y dirigida de antibiótico en el lugar concreto de la infección, además, su uso, potencia la formación ósea al reabsorberse, siendo un tratamiento de gran utilidad en infecciones asociadas a fracturas y osteomielitis.

P-57. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FRACTURAS ANTERIORES DE ACETABULO MEDIANTE EL ABORDAJE DE STOPPA MODIFICADO.

COLOMINA LAIZ, TERESA; MARTÍNEZ LÓPEZ, DIEGO; LÓPEZ LÓPEZ, SERGIO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET

Introducción: Las fracturas de pared anterior de acetábulo son fracturas intraarticulares cuyo tratamiento quirúrgico es complejo. Hasta ahora, este tipo de fracturas eran tratadas mediante el abordaje ilioinguinal. En este estudio se analiza la eficacia y seguridad de su tratamiento mediante el abordaje de Stoppa modificado, un abordaje miniinvasivo, intrapélvico y extraperitoneal que trata de evitar las complicaciones asociadas al abordaje ilioinguinal. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes intervenidos por una fractura de pared anterior de acetábulo mediante el abordaje de Stoppa modificado entre marzo de 2014 y diciembre de 2017. En este estudio se analizaron los resultados clínicos (medidos mediante el índice de Merle d'Aubigné) y radiológicos, así como las distintas complicaciones. También se analizaron los resultados de la reducción intra-operatoriamente en función de los criterios propuestos por Matta, dividiéndola en tres categorías según el desplazamiento: reducción anatómica (0-1mm), imperfecta (2-3mm) y pobre (>3mm). Las cirugías se han realizado según la técnica propuesta por Cole y Bolhofner y por Hiervensalo et al, siempre realizadas por el mismo equipo quirúrgico. **Resultados:** Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los valores del índice de Merle d'Aubigné y la reducción anatómica, siendo los valores significativamente mayores en el grupo de paciente en los que se logra la reducción anatómica del hueso (16,33 frente a 15) con un p-valor de 0,038. Por otra parte, no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre la reducción anatómica y la conminución del hueso, a diferencia de lo que habían descrito hasta ahora otros autores, que mediante la utilización de otros abordajes relacionaban la conminución de la fractura con un mal pronóstico quirúrgico. **Conclusiones:** Podemos afirmar que mediante el abordaje de Stoppa modificado desaparece la relación directa entre la conminución del hueso y un mal resultado de la reducción. Por tanto, pensamos que es adecuado para el tratamiento de las fracturas de pared anterior de acetábulo, ya que mediante este abordaje se logra una mejor exposición y reducción de los fragmentos, consiguiendo

así mejores resultados y sobre todo, podemos minimizar el impacto negativo que conlleva un elevado grado de conminución.

P-58. REFRACTURA DE LA TUBEROSIDAD ANTERIOR DE LA TIBIA EN ADOLESCENTE CON ANTECEDENTE DE FRACTURA BILATERAL ¿UN PREDISPONENTE DESCONOCIDO?.

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET

Introducción: Las fracturas de la tuberosidad tibial en la infancia son lesiones extremadamente infrecuentes, menos del 1% de todas las epifisiolisis. Su forma bilateral es aún más extraña, encontrando solo 45 casos en menores en nuestra búsqueda. Las fracturas bilaterales tienen una mayor tasa de retirada del material de osteosíntesis y dehiscencia de la herida quirúrgica en comparación con las unilaterales, pero no ha sido publicada ninguna refractura en pacientes con antecedente de fractura en ambas tuberosidades. Presentamos el caso de un adolescente con una refractura de la tuberosidad anterior de la tibia, con antecedente de epifisiolisis bilateral de la misma zona 6 meses antes. **Material y Métodos:** Varón de 13 años que acude a urgencias por dolor en rodilla derecha tras realizar un movimiento de hiperextensión. Como antecedentes de interés, el paciente presentó 6 meses antes epifisiolisis de ambas tuberosidades tibiales tipo IV de la Clasificación modificada de Ogden sin desplazamiento, tratándose conservadoramente. Se solicita una radiografía en la que se visualiza una fractura de la tuberosidad tibial con extensión intraarticular. Se realiza un TC que confirma una fractura IIIb sin desplazamiento y se decide tratamiento conservador con yeso cerrado 6 semanas. **Resultados:** El paciente se encuentra asintomático actualmente, realizando vida normal y con rango articular completo, igual al contralateral. Se descartó como factores predisponentes una reincorporación a la actividad deportiva temprana y, por parte de Reumatología, patología ósea que predisponga a fracturas. **Conclusiones:** Las fracturas de la tuberosidad tibial de la infancia son lesiones extremadamente raras y su forma bilateral es aún más excepcional. En nuestra búsqueda bibliográfica no hemos encontrado ninguna refractura en paciente con antecedentes de fractura bilateral, por lo que este podría ser el primer caso. En este paciente se descartaron las principales causas de refractura, por lo que planteamos la lesión inicial como un posible nuevo factor de riesgo.

P-59. SINOVITIS VILLONODULAR DE CADERA CON IMPORTANTE EXTENSIÓN EXTRARTICULAR ANTERIOR. A PROPÓSITO DE UN CASO CON TRATAMIENTO MEDIANTE RESECCIÓN TUMORAL POR VÍA ANTERIOR.

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

HOSPITAL DR. PESET

Introducción: La sinovitis villonodular (SiVi) es una rara disfunción sinovial que afecta principalmente a grandes articulaciones. Su comportamiento es similar al de una neoplasia, pudiendo invadir localmente tejidos circundantes o incluso malignizar. Aproximadamente el 80% se desarrollan en rodilla, siendo menos frecuente en hombro o cadera. **Material y Métodos:** Presentamos el caso de una mujer de 45 años que acude al servicio de traumatología por intenso dolor en cadera

derecha secundario a una caída. Inicialmente optamos por tratamiento conservador, pero tras 3 meses sin mejoría, solicitamos una resonancia magnética (RM) objetivando: derrame articular con colecciones bursales periarticulares a nivel del iliopsoas, asociados a residuos de hemosiderina que orientan hacia una SiVi de cadera. A pesar de ello, la paciente refiere mejoría clínica. Pasado un año, acude nuevamente por reagudización del dolor. Repetimos la RM apreciando un engrosamiento sinovial con extensión al iliopsoas derecho de unos 7,5cm, susceptible de crecimiento de la SiVi. **Resultados:** Optamos por una resección local de la SiVi vía anterior. Dado que no presentó afectación articular, descartamos la artroplastia de cadera como tratamiento definitivo. Realizamos un abordaje anterior de cadera, siendo necesario disecar y referenciar completamente el paquete vasculonervioso femoral para permitir su movilización durante la cirugía. Además, realizamos una capsulotomía y resección intraarticular del tejido sinovial. Tras seis meses de evolución, la paciente se mantiene asintomática, continuando controles evolutivos periódicos. **Conclusiones:** Existe poca literatura sobre la SiVi en cadera. Por el momento queda confirmado su importante tasa de recurrencias independientemente del procedimiento. El tratamiento más aceptado es la sinovectomía asociada o no a artroplastia. No obstante, a pesar de que la recidiva parece menor si se realiza artroplastias, la preservación de la articulación y la posibilidad de un recambio protésico posterior son factores contrarios a este tratamiento. Son necesarios nuevos estudios para continuar investigando sobre el tratamiento óptimo en esta patología.

P-60. LIPOSARCOMAS DE BAJO GRADO DE GRAN TAMAÑO EN EL MIEMBRO INFERIOR, UNA PATOLOGÍA POCO ESTUDIADA. PRESENTAMOS UNA SERIE DE 21 CASOS

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

HOSPITAL DR PESET

Introducción: Los liposarcomas de bajo grado de gran tamaño del miembro inferior comprenden una patología con alto índice de cirugías, pero a su vez poco estudiada, encontrado poca literatura al respecto en nuestra búsqueda bibliográfica. Nuestro objetivo es estudiar las características de estos tumores. **Material y Métodos:** Presentamos un estudio retrospectivo donde se recogieron pacientes intervenidos quirúrgicamente de liposarcomas de gran tamaño del miembro inferior entre 2008 y 2018. Incluimos tumoraciones diagnosticadas mediante anatomía patológica como lipoma/liposarcomas con una medición radiológica mayor de 7 cm localizados en el miembro inferior. Se excluyeron tumores de características malignas. Se recogieron los datos demográficos y se realizó un estudio estadístico descriptivo. Al tratarse de tumores benignos, en todos los casos se realizó una exéresis tumoral simple. **Resultados:** Se recopilaron 21 casos con una media de edad de 55,4 años (32-72). La media del tamaño fue de 14,5 cm (+/- 6,47 cm). El 66,67% tuvieron lugar en la región del muslo, otros 4 en la musculatura glútea, 2 en rodilla y uno en la pierna. Destacamos que únicamente cuatro pacientes se encontraban en su peso óptimo según los estándares de IMC, encontrándose el resto en sobrepeso (52,3% en rangos de obesidad). Presentaron un 33,3% de recidivas locales tras la exéresis y un caso de malignización metastásica. **Conclusiones:** Los lipomas y liposarcomas de bajo grado son tumoraciones usualmente olvidadas en la patología ortopédica. Sin embargo, la recidiva de esta enfermedad no es despreciable (33,3%), sometiendo a los pacientes a una segunda intervención con las consecuencias

físicas y psicológicas que ello supone. Por ello, es preciso ampliar el conocimiento de esta patología para mejorar el manejo terapéutico y establecer criterios quirúrgicos específicos. Por otro lado, cabe destacar la importante relación observada entre un IMC elevado y la presentación de esta patología, necesitando nuevos estudios que evalúen este posible factor de riesgo.

P-61. LESIÓN CONDRAL EN CADERA: IMPLANTE DE CONDROCITOS AUTÓLOGOS MEDIANTE MATRIZ.

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET

Introducción: Las lesiones condrales en la articulación de la cadera pueden ser fuente de dolor importante y limitación funcional con alto riesgo de desarrollar coxartrosis. El tratamiento inicial de estas lesiones es conservador, reservando el tratamiento quirúrgico para aquellos casos en los que éste falla. Las opciones quirúrgicas incluyen condroplastia, microfracturas, mosaicoplastia, aloinjerto osteocondral, trasplante de condrocitos autólogos, condrogenesis autóloga inducida por matriz y adhesivo de fibrina, entre otras. **Material y Métodos:** Se presenta el caso de un paciente de 38 años con dolor persistente en cadera tras luxación traumática tratada conservadoramente. En la resonancia magnética se visualiza lesión tipo CAM sin otros hallazgos, por lo que se decide realizar artroscopia. Se reseca la lesión y se observa una lesión condral que es tratada mediante microfracturas. Tras la cirugía, el paciente persiste con dolor que limita la deambulación por lo que valoramos el implante de condrocitos autólogos. **Resultados:** El paciente es intervenido mediante implante de condrocitos autólogos mediante membrana en dos tiempos. A los 6 meses de la cirugía no presenta dolor con la deambulación ni trendelemburg. El control con RM al año muestra normalización de la señal del implante. A los 3 años de la intervención, el dolor de cadera ha recidivado y limita su vida presentando mejoría en periodos de baja actividad. Actualmente, se plantea la posibilidad de implantar una prótesis de cadera. **Conclusiones:** El tratamiento de las lesiones condrales de cadera continúa siendo controvertido en la actualidad. El MACI es una técnica efectiva cuya ventaja principal radica en la no limitación por el tamaño de la lesión y en su capacidad para generar tejido más similar a cartílago hialino. No se ha objetivado superioridad de ésta respecto a otras alternativas quirúrgicas. Muchas de estas técnicas se encuentran en desarrollo actualmente, por lo que se requieren nuevos estudios para evaluar sus resultados.

P-62. CIRUGÍA DE LIBERACIÓN DEL NERVI CUBITAL A NIVEL DEL CODO: RESULTADOS Y COMPLICACIONES TRAS REVISIÓN DE 76 PACIENTES.

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET

Introducción: Existen diferentes técnicas quirúrgicas para liberación del nervio cubital a nivel del codo. El objetivo de este estudio es valorar la existencia de alguna tendencia en cuanto a técnica quirúrgica empleada, complicaciones o cirugías de revisión en nuestro servicio. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes intervenidos por neuropatía

compresiva cubital a nivel de codo entre Enero de 2010 y Enero de 2020 en el Hospital Universitario Doctor Peset (Valencia). Fueron intervenidos 76 pacientes mediante procedimientos de descompresión in situ, transposición subcutánea o transposición submuscular. Se realizó un seguimiento clínico mediante escala visual analógica del dolor (EVA) y la clasificación de Mc Gowan modificada. Se registraron complicaciones y cirugías de revisión realizadas. **Resultados:** Se registran un total de 18 pacientes intervenidos mediante descompresión in situ frente a 50 pacientes intervenidos mediante transposición subcutánea observándose una tendencia a la utilización de ésta última a partir de 2012. En los pacientes intervenidos mediante descompresión in situ se registró una mejoría funcional en el 72% de los casos y no presentaron cambios o empeoraron en el 27%. En el grupo intervenido mediante transposición subcutánea se observó mejoría en el 66 % de los pacientes y no presentaron cambios el 30% sin registrarse empeoramientos. 3 pacientes precisaron cirugía de revisión, sin relacionarse con una técnica específica. 6 pacientes presentaron recidiva, más frecuente en los intervenidos mediante transposición subcutánea. 1 paciente presentó dehiscencia de herida quirúrgica y se registró un caso de cicatriz dolorosa. **Conclusiones:** Tanto la descompresión in situ como la transposición subcutánea han mostrado buenos resultados en cuanto a mejoría de dolor y mejoría funcional, siendo ambas técnicas con escasas complicaciones. La tasa de revisión es baja y no se relaciona con una técnica quirúrgica específica. Estadíos más avanzados de la compresión no se relacionan con peores resultados funcionales.

P-63. ENFERMEDAD LISOSOMAL HENRI DE TOULOUSE-LAUTREC (PICNODISOSTOSIS) ASOCIADA A FRACTURA ATÍPICA DE TIBIA: REPORTE DE UN CASO.

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE

Introducción: La picnodisostosis es un trastorno de almacenamiento lisosómico autosómico recesivo raro del hueso en el que está mutada la enzima catepsina K. La incidencia mundial es de 1 caso por millón. Se caracteriza por una condensación difusa del esqueleto con engrosamiento de la corteza y estrechamiento de la cavidad medular. **Material y Métodos:** Presentamos el caso de una niña de 4 años diagnosticada de picnodisostosis. La exploración radiológica mostró hipoplasia mandibular con ausencia de ángulo y rama vertical bilaterales, sutura lambdaoidea diastásica con dolicocefalia, acrosteolisis, espondilolisis con espondilolistesis y un aumento generalizado y homogéneo de la densidad ósea con fractura patológica en cortical anterior de tibia derecha. La tibia presentaba ausencia de canal medular que impresionaba de osteopetrosis. **Resultados:** Se hospitalizó a la paciente con una reducción de la fractura y un yeso cerrado isquiopédico a la espera de la programación de la cirugía. La cirugía consistió en reducción, labrado y fresado de canal con colocación de un clavo telescópico de crecimiento de 5mm de diámetro. **Conclusiones:** El diagnóstico precoz de la picnodisostosis es esencial para la prevención de fracturas. La presentación de la picnodisostosis como una fractura atípica de tibia es rara y existe poca literatura sobre su manejo. En este caso mostramos su abordaje de manera detallada centrándonos sobre todo en el manejo del canal medular ausente.

P-64. CIFOSCOLIOSIS SEVERA CONGÉNITA MULTI-INTERVENIDA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

MARISCAL, GONZALO; DOMENECH, PEDRO; BARRIOS, CARLOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE

Introducción: La cifoscoliosis congénita severa es una deformidad poco común en la que hay una angulación anormal de un segmento de la columna debido a anomalías vertebrales presentes al nacimiento. Además, puede asociar anomalías cardíacas, torácicas, genitourinarias e intramedulares entre otras. **Material y Métodos:** Presentamos el caso de un paciente de 2 años con una cifoscoliosis congénita toracolumbar severa. También presenta fusiones costales izquierdas. **Resultados:** 6 meses después del diagnóstico se realizaron diferentes alargamientos periódicos con VEPTR. A los 10 años presenta cifosis de la unión toracocervical severa de 130°. Se procedió a la retirada del VEPTR y se colocó un halo de tracción por gravedad durante 2 meses para posterior artrodesis instrumentada C5-L1. 8 meses más tarde ingresó por úlcera de presión sobreinfectada en la región dorsal, requiriendo desbridamiento quirúrgico, terapia VAC y colgajo de ancho dorsal para cobertura de tornillo expuesto. Nueva cirugía para retirada de tornillo expuesto. Posteriormente, presenta desanclaje proximal a nivel cervical de barra izquierda, por lo que se decide nueva intervención quirúrgica con resección de tornillos cervicales y de extremo cefálico de la barra. Después de múltiples intervenciones el paciente es dado de alta a domicilio. A los tres días comienza con dolor en hemitórax derecho de origen no filiado. **Conclusiones:** La cifoscoliosis severa en algunos casos es compleja y de difícil manejo, sometiendo al paciente pediátrico a intervenciones peligrosas y con riesgos a veces mayores que los beneficios.

P-65. LUXACIÓN TRAUMÁTICA CERVICO-TORÁCICA.

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

HOSPITAL DR PESET

Introducción: Paciente varón de 65 años, que en el contexto de una caída con hiperflexión de raquis cervical por traumatismo craneoencefálico sufre una fractura-luxación a nivel de C7 -T1. **Material y Métodos:** Durante la exploración, se objetiva déficit sensitivo-motor a nivel de T8, con respiración abdominal diafragmática, paraplejía y anestesia en todo el territorio caudal a dicho nivel. El TC informa de listesis traumática grado 4 entre C7y T1 con luxación bilateral de carillas articulares. Se aprecia importante estenosis secundaria del canal espinal en esta transición, que junto a la clínica del paciente, orienta a sección medular. No se visualizaron fracturas vertebrales. Tras el TC, se decidió colocar una tracción provisional tipo compás craneal, con el fin de distraer el segmento luxado e impedir la progresión neurológica. Realizamos RM, que determina un foco importante de mielopatía a dicho nivel, sin llegar a presentar una sección completa de la médula. Intervenimos al paciente para realizar una estabilización definitiva. Se llevó a cabo una reducción cerrada de la luxación bajo control de escopia. Se estabilizó la reducción con un soporte de craneo tipo Mayfield. Después, se realizó un abordaje de Smith-Robinson para la discotomía y artroplastia del disco C7 con placa de estabilización de C7-T1. Posteriormente, se realizó un abordaje posterior para completar la estabilización con artrodesis de C6 a T2 con barras bilaterales y tornillos pediculares. **Resultados:** Tras 3 meses de la cirugía, el paciente no ha recuperado nada a nivel motor pero sí presenta mejoría sensitiva a nivel distal. Continúa en rehabilitación. **Conclusiones:** A pesar de lo infrecuente que es esta patología, y de que la solución definitiva no está al

alcance de cualquier hospital, si es importante recalcar cuál debe ser la actitud en urgencias y cómo se debe inmovilizar al paciente para garantizar su traslado a un centro de referencia.

P-66. HIDRADENOMA DE CÉLULAS CLARAS. TUMORACIÓN DIGITAL, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y MANEJO TERAPÉUTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

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

HOSPITAL DR PESET

Introducción: Paciente varón de 42 años con antecedente de tumoración en segundo dedo mano derecha de seis meses de evolución. Presenta tumoración marginal ungueal en borde cubital de la falange distal, que afecta a paroniquio, con pulpejo libre. Tiene características de dudosa benignidad con crecimiento lento. Su aspecto es inflamatorio excrecente y ulcerado. Mostramos los diagnósticos diferenciales más comunes que debemos descartar y las opciones quirúrgicas que sean más resolutivas y menos yatrogénicas para el proceso tumoral. **Material y Métodos:** La ecografía muestra una lesión hipoeoica con vascularización de 15x9x5 mm. La radiografía fue normal. Las opciones terapéuticas quirúrgicas que se barajaron fueron la resección marginal, resección ampliada y amputación del segundo radio. Las opciones para la cobertura cutánea del defecto fueron el injerto de piel libre, injerto de piel total y el colgajo en isla. Finalmente se llevó a cabo una resección marginal con bordes libres de la lesión, y la cobertura con injerto de piel total. **Resultados:** La anatomía patológica determinó un tumor de estirpe glandular ecrico, el hidradenoma de células claras. Este tumor presenta una variante maligna (adenocarcinoma papilar digital agresivo), imposible de diferenciar por medio de las características histológicas con su versión benigna, con un riesgo de diseminación del 14% y una recurrencia del 50%. Este hecho justifica que ambas variantes deban ser tratadas de la misma forma, agresiva y precoz, mediante resección completa con márgenes libres, lo que disminuye la tasa de recidiva local del 50% al 5%. **Conclusiones:** Aunque es un tumor raro, estas dos variantes deben incluirse en el diagnóstico diferencial de cualquier paciente con un tumor en los dedos. Es importante tener un alto índice de sospecha en lesiones de aspecto similar, teniendo en cuenta su gran potencial metastásico, debemos realizar un tratamiento quirúrgico agresivo precoz, con el fin de disminuir el riesgo de recurrencia local y metastásico.

P-67. CUANDO LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA SE COMPLICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

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

HOSPITAL DR PESET

Introducción: Las fracturas periprotésicas de rodilla son poco frecuentes (0,3 y 2,5%), a pesar de esto, la prevalencia está aumentando. **Material y Métodos:** Presentamos un caso clínico en el que se aglutinan numerosas complicaciones posibles tras la artroplastia total de rodilla, así como mostrar sus opciones terapéuticas y los resultados derivados. **Resultados:** Paciente mujer de 72 años en seguimiento en consultas externas de traumatología por gonartrosis derecha. Se decide realizar intervención quirúrgica mediante PTR. A los

2 meses, se observa imposibilidad para la extensión activa de la rodilla. Ecográficamente se demuestra una rotura completa del tendón rotuliano, por lo tanto, se realiza sutura tipo Krakow y autoinjerto de tendón cuadriceps. Tres meses después, la paciente sufre una caída casual con fractura supracondílea de fémur derecho, por lo tanto, se realiza una nueva intervención quirúrgica colocando una placa tipo LCP junto a un cerclaje. A los 23 meses de la cirugía, se produce una rotura de la placa a nivel del foco de fractura, tras lo cual, se opta por colocar un clavo endomedular retrógrado. Cinco meses después, se produce una fractura sin antecedente traumático a nivel de la metáfisis tibial, por debajo de la quilla. Ante el discreto desplazamiento de la fractura y teniendo en cuenta las numerosas intervenciones realizadas en dicha extremidad, así como el empeoramiento general del estado de salud de la paciente, se decide optar por realizar un tratamiento conservador de la fractura. En los controles sucesivos, se observa consolidación de la fractura, aunque la paciente presenta una rodilla en flexo, y debido a la angulación que presenta el platillo tibial tras la consolidación, se observa una limitación para la flexo-extensión. **Conclusiones:** Con este caso clínico se pretende demostrar las posibles complicaciones que se pueden derivar tras la PTR, a pesar de ser un procedimiento muy habitual, no está exento de complicaciones.

P-68. NEUROPATÍA CUBITAL POR COMPRESIÓN A NIVEL DE LA MUÑECA. A PROPÓSITO DE UN CASO DE ATRAPAMIENTO EN CANAL DE GUYÓN POR GANGLIÓN.

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET

Introducción: La compresión del nervio cubital se localiza más frecuentemente a nivel del túnel cubital en el codo y, en segundo lugar, a nivel del canal de Guyón en la muñeca. Existen diversas causas de compresión a nivel del canal de Guyón: gangliones, traumatismos, tumores, malformaciones arteriovenosas, variantes anatómicas y causas posturales, entre otras. El ganglión es la lesión benigna de partes blandas más frecuente de la muñeca. **Material y Métodos:** Se presenta el caso de una paciente de 48 años por dolor en mano derecha que ha ido aumentando desde hace 7 meses. Presenta 4º y 5º dedos de la mano en actitud de hiperextensión de articulaciones metacarpo- falángicas(MTC-F) y flexión de interfalángicas proximales(IFP) y distales(IFD). Refiere parestesia e hipoestesia en borde cubital de la mano de manera constante. **Resultados:** Se solicita estudio de electromiografía (EMG) de miembro superior derecho que muestra disminución de potenciales evocados del nervio cubital derecho sin bloqueos de conducción en el canal del codo, sugestivo de lesión crónica a nivel de canal de Guyón o bien radiculopatía C8. Se solicita resonancia magnética (RM) donde

se descarta origen cervical. Se realiza RM de muñeca que muestra imagen quística sugestiva de ganglión volar comunicado con la articulación ganchoso-piramidal. Ante la importante repercusión clínica se decide cirugía de extirpación de ganglión y descompresión de nervio cubital. **Conclusiones:** La compresión de nervio cubital puede tener lugar a diferentes niveles. Es fundamental para orientar el nivel de la lesión una buena exploración clínica. El tratamiento de elección para neuropatías cubitales causada por gangliones en la muñeca es la exéresis quirúrgica del mismo, aunque también existen otras alternativas como la punción del ganglión o la utilización de férulas. Para decidir uno u otro tratamiento hay que tener en cuenta la causa, el tiempo de evolución, el tipo de lesión nerviosa y los tratamientos realizados previamente.

P-69. QUISTE SINOVIAL INTRAÓSEO EN HUESO GRANDE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

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

HOSPITAL DR PESET

Introducción: Paciente de 23 años de sexo femenino que acude por dolor en muñeca derecha de un año de evolución. A la exploración, presenta dolor moderado a la palpación de los tendones del extensor digitorum communis a nivel de la zona VII. **Material y Métodos:** En radiografías se apreció una zona de radiolucencia en la porción más radial, proximal y volar del hueso grande. El TC mostró una lesión lítica de contorno regular y con margen escleroso bien delimitado en el hueso grande, asociado a un colapso de la cortical en su vertiente volar y proximal, ligeramente impactada, con un fragmento óseo irregular de aproximadamente 4 mm desplazado hacia volar, condicionando un pinzamiento de la interlínea entre los huesos semilunar y grande. El diagnóstico fue de un quiste sinovial intraóseo asociado a colapso de la cortical capitolar en hueso grande. **Resultados:** Ante el gran tamaño de la lesión, la extensa afectación articular y la clínica invalidante, se decidió exéresis de la lesión y artrodesis cuatro esquinas de la muñeca. Se realizó escafoidectomía y se continuó con la apertura del quiste intraóseo, curetaje del contenido quístico y relleno con injerto óseo autólogo procedente del escafoides resecado. Se fijó con 2 tornillos canulados de compresión con doble rosca sin cabeza la articulación semilunar- hueso grande y la piramidal-hueso grande, y se aportó el injerto de escafoides sobrante entre las superficies articulares. En la revisión anual, la paciente presentaba un balance articular activo similar a la muñeca contralateral, salvo por una ligera disminución de la flexión dorsal de la muñeca de unos 15º, persistía la ausencia de dolor y en la radiografía de control se observó la completa consolidación de la artrodesis. **Conclusiones:** Presentamos un caso poco frecuente de localización para un quiste sinovial, con repercusión clínica importante, así como una solución con muy buen resultado.

COMUNICACIONES ORALES

CO-01. EVALUACIÓN PRONÓSTICA DE LAS FRACTURAS PÉLVICAS POR AVULSIÓN EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA TRATADAS DE FORMA CONSERVADORA.

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

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

Introducción: Estudio retrospectivo observacional que evalúa el tratamiento conservador en los pacientes pediátricos con avulsiones pélvicas, para comprobar su evolución y dar importancia a una patología que se estima en un 16% de las lesiones pediátricas deportivas. **Material y Métodos:** Se buscaron pacientes que consultaron en el Servicio de Urgencias Hospitalarias Pediátricas del Hospital La Fe con diagnóstico codificado como AVULSIÓN desde enero de 2015 hasta diciembre de 2020 y, se realizó un cribado según su localización. De los 125 pacientes, se obtuvieron los datos de los 14 pacientes cuya avulsión se hallaba en la pelvis (localización, edad, sexo, antecedentes personales, mecanismo, desplazamiento radiográfico inicial, si realizó seguimiento con radiografías, y tiempo hasta la incorporación a la actividad). **Resultados:** La edad media fue de 14,43 ($\pm 1,34$) años, el 7,14% fueron mujeres. El 42,86% se localizaban en la EIAI derecha, 35,71% EIAS derecha; 21,43% EIAS izquierda. Entre los antecedentes destaca un paciente con artrosis idiopática juvenil y otro con epifisiolisis crónica de la cresta ilíaca. El 64,29% fueron lesiones deportivas practicando fútbol, siendo el 88,90% por un mecanismo de patada al balón, mientras que en la paciente restante se produjo en la pierna de apoyo. Para cada una de las no deportivas (7,14%) el mecanismo fue del giro de cadera, traumatismo directo, atraumático, caída con hiperextensión de la cadera, y flexión brusca de cadera. Hubo desplazamiento radiográfico en un 64,29% con una media de 15 ($\pm 4,12$) mm (en ninguno fue mayor de 20mm). Todas recibieron tratamiento conservador. El 50% realiza seguimiento a las 3 semanas y con radiografías. Todos los casos evolucionan favorablemente con 2-3 meses de reposo deportivo al final del seguimiento. **Conclusiones:** Todas las lesiones que se trataron en este centro de forma conservadora evolucionaron de forma satisfactoria durante el seguimiento, independientemente del desplazamiento inicial y de la realización de radiografías seriadas.

CO-02. REVISIÓN SISTEMÁTICA CUALITATIVA (PRISMA) DE LA VERTEBROPLASTIA EN FRACTURAS VERTEBRALES: UN PLACEBO CARO Y PELIGROSO.

ÁLVAREZ LLANAS, ALEJANDRO; TORTOSA SIPÁN, ESTEBAN; SERRANO TORRES, PABLO; DOMÉNECH FERNÁNDEZ, JULIO

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA, VALENCIA

Introducción: La vertebroplastia es una técnica quirúrgica que consiste en introducir PMM de forma percutánea en una vértebra que se endurece para formar un molde interno. A pesar de existir controversias sobre su eficacia, su empleo está muy extendido en el tratamiento de fracturas vertebrales osteoporóticas. Son numerosos los estudios de eficacia publicados y sus resultados contradictorios. El objetivo de nuestro estudio es realizar una revisión sistemática de los artículos de alta calidad metodológica, para conocer la eficacia de la vertebroplastia en el tratamiento de las fracturas vertebrales osteoporóticas. **Material y Métodos:** Revisión

sistemática cualitativa con metodología PRISMA (Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses) de los ensayos clínicos aleatorizados de alta calidad que comparen la vertebroplastia de las fracturas vertebrales osteoporóticas frente a placebo. **Resultados:** Tras la identificación, cribado e idoneidad de más de 30 artículos se han incluido solo 4 ensayos clínicos para su revisión cualitativa. 3 de los 4 ensayos son de alta calidad y no encuentran diferencias significativas entre la vertebroplastia percutánea y una simulación con placebo anestésico. Un 4º ensayo se muestra favorable a vertebroplastia pero presenta sesgos de enmascaramiento y conflictos de intereses. **Conclusiones:** Existen pruebas de calidad que demuestran que la vertebroplastia no es mejor que el placebo con anestésico local en el tratamiento de las fracturas vertebrales osteoporóticas.

CO-03. FRACTURAS OCULTAS EN PACIENTES ERRÓNEAMENTE DIAGNOSTICADOS DE ESGUINCE DE TOBILLO. SERIE DE CASOS Y FACTORES A TENER EN CUENTA.

BERTÓ MARTÍ, FRANCESC XAVIER; ESTREMS DIAZ, VICENTE; FUENTES REAL, SARA; DIRANZO GARCIA, JOSE; NOVOA SIERRA, BEATRIZ; MARCO DIAZ, LAURA; HERNANDEZ FERRANDO, LORENZO.

CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Introducción: Las fracturas del pie y tobillo son las lesiones óseas que más frecuentemente pasan inadvertidas, del total de fracturas del esqueleto. El presente estudio tiene como objetivo identificar las lesiones óseas que han pasado inadvertidas en pacientes previamente diagnosticados de esguince, así como evaluar si existen variables que determinen una mayor probabilidad de fractura, y, por tanto, de error diagnóstico tras una entorsis de tobillo. **Material y Métodos:** Estudio observacional descriptivo, retrospectivo y multicéntrico. Durante el periodo comprendido entre enero de 2015 a junio de 2021 de una muestra inicial de 68 pacientes, tras la aplicación de los criterios de exclusión, analizamos 28 pacientes atendidos en urgencias hospitalarias que presentaban lesiones óseas erróneamente diagnosticadas como esguince de tobillo o esguince mediotarsiano. Mediante el programa SPSS 22 Se examinaron distintas variables con el objetivo de encontrar una relación estadística con el error diagnóstico. **Resultados:** Entre los datos demográficos destaca edad media de 48,3 años (27-72 años), 16 pacientes (57%) presentaban al menos una patología asociada a fragilidad ósea. 11 pacientes (39%) consultaron tras una torsión de tobillo exclusivamente, 13 casos (46%) caída más torsión y accidente de tráfico en cuatro casos (15%). La fractura que más frecuentemente pasó inadvertida fue la de calcáneo con 15 casos (35%) seguido por la de cuboides y la lesión del complejo de Lisfranc con cuatro (14%); Astrágalo y 5º metatarsiano con tres (10%) y tibia y escafoides con dos (7%). El tiempo de demora medio hasta el diagnóstico fue de 37,2 días (rango 2-270 días) siendo el lugar de la detección las urgencias hospitalarias en 15 casos (53%). La prueba complementaria más frecuentemente realizada fue el TAC en 13 casos (46%), 11 pacientes (39%) requirieron de cirugía. **Conclusiones:** Existe un conjunto de lesiones óseas que se pueden presentar semejando un esguince, pudiendo afectar de manera importante a la funcionalidad del pie y tobillo y deben ser conocidas para evitar que pasen desapercibidas. La no detección de manera aguda y la demora en el diagnóstico aumentan la probabilidad de secuelas clínicas y la necesidad de cirugías secundarias de rescate.

CO-04. UNA NUEVA ALTERNATIVA EN LA PSEUDOARTROSIS DE HUESOS LARGOS:

UTILIZACIÓN DEL SISTEMA REAMER / IRRIGATION / ASPIRATION JUNTO CON LA PROTEÍNA MORFOGENÉTICA ÓSEA RECOMBINANTE HUMANA-2.

CARRATALÁ PÉREZ, CARLA; MORALES RODRIGUEZ, JORGE; MARTÍNEZ PÉREZ, CARLES; ESTEBAN PEÑA, MARINA; VILLAR BLANCO, ALFREDO; RODRIGO PEREZ, JOSE LUIS

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET

Introducción: La pseudoartrosis de huesos largos supone un reto para el cirujano. El tratamiento más aceptado es el enclavado medular fresado junto con la aportación o no de injerto óseo. El autoinjerto de cresta ilíaca se ha establecido como gold estándar, sin embargo, el sistema Reamer/Irrigation/Aspiration (RIA) permite obtener autoinjerto del canal medular, presentando propiedades equiparables. Estas técnicas pueden combinarse con terapias adyuvantes, como las proteínas morfogenéticas óseas (BMPs), las cuales poseen propiedades osteoinductoras. **Material y Métodos:** Se revisaron 6 casos de pseudoartrosis de huesos largos con rotura del material de osteosíntesis, 5 casos de fractura de fémur y un caso de tibia. Realizamos una retirada del material y posterior enclavado intramedular fresado combinado con autoinjerto óseo obtenido mediante RIA y una cobertura de proteína morfogenética ósea recombinante humana 2 (Rh-BMP-2) en el foco de fractura. La edad media fue de 76,6 (+/-15,7) años. Las variables principales a estudio fueron la presencia de consolidación ósea radiográfica y el tiempo hasta su consecución. Como variables secundarias, se evaluó el dolor y la funcionalidad postoperatoria, así como la presencia de complicaciones. **Resultados:** La consolidación completa tuvo lugar en 5 pacientes, con una media de 4 +/-1,4 meses. El sexto paciente presentó una consolidación parcial del foco. El seguimiento medio fue de 23,8 (+/-8,4) meses. Al finalizar el seguimiento, ninguno de ellos presentaba dolor a nivel del foco. Los pacientes que presentaron consolidación completa realizaron carga total sin dolor en un tiempo menor o igual a 6 meses. Se objetivó una complicación menor por desplazamiento de los tornillos de bloqueo distal. No hubo otras complicaciones. **Conclusiones:** El enclavado intramedular previo fresado combinado con el aporte de autoinjerto óseo obtenido mediante el sistema RIA junto con la rhBMP-2 como material osteoinductor representa, en nuestra experiencia, una alternativa segura y eficaz en el tratamiento de las pseudoartrosis de huesos largos.

CO-05. CIFÓSIS CONGÉNITA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

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

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

Introducción: El objetivo de este trabajo es conocer las características de la cifosis congénita, etiología, fisiopatología, clasificaciones, diagnóstico, problemas asociados, manejo? Ejemplarizar mediante la presentación un caso clínico el modo de manejo de pacientes con dicha patología según la evidencia actual. **Material y Métodos:** Revisión bibliográfica y literaria de diferentes estudios y publicaciones relacionadas con la cifosis congénita. Análisis exhaustivo de un caso (diagnóstico, evolución, tratamiento, complicaciones y resultados). **Resultados:** La cifosis congénita es una patología provocada por un desarrollo anómalo de la columna vertebral durante el periodo embrionario que conlleva malformaciones vertebrales causantes de la deformidad. Puede estar causada por fallos en

la formación vertebral (tipo 1), en la segmentación vertebral (tipo 2) o mixtas (tipo 3). El tipo 1 es el más grave y de peor pronóstico. Frecuentemente asocian otras malformaciones tanto a nivel de raquis como a otros niveles (malformaciones cardíacas, renales, torácicas, sd de klippel-Feil, diatematomyelia, syringomyelia, Tethered cord Sd). El manejo de esta patología es fundamentalmente quirúrgico. El momento de la cirugía y tipo de intervención varían en función de la edad del tipo de malformación presentada, la magnitud de la deformidad y la progresión de la misma. En nuestro caso tras el diagnóstico de la deformidad se procede a estudio completo de todo el neuroeje detectándose siringomielia asociada y posteriormente se realiza despistaje de otras malformaciones. La deformidad de nuestra paciente es rápidamente progresiva por lo que se decide tratamiento quirúrgico previa colocación de tracción craneal durante 4 meses. La intervención quirúrgica practicada consiste en una doble vía anterior (1º tiempo) y posterior (2º tiempo). La paciente sufre una complicación neurológica durante la cirugía de corrección que obliga a detener la misma. Tras la recuperación del déficit neurológica la paciente se reinterviene de cara a completar la corrección con resultado exitoso. **Conclusiones:** La cifosis congénita es una patología de origen embriológico frecuentemente asociada a otras malformaciones. Es importante el control de estos pacientes debido al elevado riesgo de lesión medular a nivel del ápex de la deformidad. El tratamiento de dicha patología es quirúrgico, siendo el tipo y momento de la cirugía variables según las características de la deformidad y el paciente.

CO-06. PERONÉ FLOTANTE TRAS TRAUMATISMO DE ALTA ENERGÍA. CASO CLINICO.

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

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

Introducción: El peroné flotante tras un traumatismo de alta energía es una entidad muy poco frecuente. Si bien se han descrito 73 casos hasta la fecha de luxación divergente de tobillo en la literatura, en solo 2 de ellos se ha asociado una lesión en la articulación tibioperonea proximal. **Material y Métodos:** Mujer de 17 años que tras accidente de tráfico sufre caída presentando dolor y deformidad de tobillo izquierdo, junto con dolor e impotencia funcional de rodilla ipsilateral, presentando hematomas en cara externa e interna. En las radiografías se aprecia una luxación pura divergente de tobillo izquierdo tipo IV. Se realiza reducción cerrada en urgencias. Se complementa estudio con una RMN de tobillo y rodilla, para descartar afectación en la articulación tibioperonea proximal, que objetiva una rotura completa de la sindesmosis y del ligamento deltoideo así como una fractura sin desplazamiento de meseta tibial externa junto con un desgarro de la cápsula tibioperonea proximal y una desinserción completa del ligamento lateral externo y del tendón bicipital de su inserción en la cabeza peroneal, resultando en un peroné flotante. Se realiza reanclaje de la sindesmosis y del ligamento deltoideo, así como del ligamento lateral externo y el tendón bicipital mediante dispositivos twin-fix y reducción de peroné tanto a nivel proximal como distal mediante implantes invisiknot. Se inmovilizó con férula cruropédica 4 semanas por asociar además rotura del ligamento lateral interno. **Resultados:** La paciente presenta recuperación completa de la fuerza a los 5 meses de seguimiento con movilidad completa de tobillo y rodilla. **Conclusiones:** La disrupción conjunta de la articulación tibioperonea proximal y distal es una entidad muy poco frecuente, pero puede conllevar una gran inestabilidad de rodilla y tobillo si están asociadas. Por tanto, ante un

traumatismo de alta energía en el tobillo es necesaria la exploración minuciosa de la rodilla ipsilateral.

CO-07. IMPLANTACION DEL CUESTIONARIO ICHOM EN PACIENTES CON ARTROSIS DE RODILLA Y CADERA.

FRANCO FERRANDO, NURIA; SANJUAN CERVERÓ, RAFAEL; DE LA IGLESIA, NICOLAS H.; ILLANA MAHIQUES, MREIA; PEÑA MOLINA, FERNANDO

HOSPITAL DE DENIA

Introducción: El ICHOM es el Consorcio Internacional de Medición de Resultados en Salud que se ha encargado de definir sets de estándares para la medición de los resultados que realmente importan al paciente (PROMS: Patient-Reported Outcome Measure) en las patologías más relevantes, entre ellas la artrosis de rodilla y cadera. El objetivo de este estudio es describir la forma de implantar un set de estándares del ICHOM en pacientes con artrosis que fueron intervenidos de prótesis de rodilla o cadera. **Material y Métodos:** Se describe la implantación del cuestionario ICHOM, desde la formación de un equipo de trabajo multidisciplinar encargado del diseño y adaptación de los cuestionarios de recogida de datos hasta su posterior inclusión en la historia clínica electrónica. La valoración se realiza preoperatoria, al mes y al año de la cirugía. En el set de estándares propuestos por ICHOM se incluyen cuestionarios que evalúan la discapacidad percibida por el paciente (HOOS-PS, KOOS-PS), el dolor medido a través de una escala numérica, así como la calidad de vida (EuroQol-5D). Se recogen datos de mortalidad y complicaciones. **Resultados:** Se evalúan los primeros 225 pacientes mediante el tipo de cuestionario y sus diferentes modificaciones con el objetivo de recoger una mayor cantidad y calidad de datos de los pacientes. Durante el proceso ha sido necesario cambiar el tipo de entrevistas con los pacientes y se han podido evaluar las ventajas e inconvenientes de cada tipo de recogida (personales, semiestructuradas, grupales). **Conclusiones:** La implementación de los estándares ICHOM en artrosis de rodilla y cadera permiten cambiar la forma de evaluación de los procesos centrándose en la medicina basada en valor que implica un nuevo modelo de asistencia. Es importante tener en cuenta la necesidad de adaptar estos cuestionarios en función del tipo de paciente, ámbito de atención y recursos disponibles para la recogida e interpretación de datos.

CO-08. NUESTRA EXPERIENCIA CON LA OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA EN EL TRATAMIENTO DE LA NECROSIS AVASCULAR NO TRAUMÁTICA DE CABEZA FEMORAL.

GONZÁLEZ ANDREU, SERGIO; SOLAZ ESTEVAN, JUAN; LÓPEZ RUBIO, GEMA; FAYOS JORDÁN, JUAN LUIS; MARTÍN DE SALVADOR, PAULA; SALVADOR MARÍN, SALVADOR; SÁNCHEZ SÁNCHEZ, FRANCISCO

HOSPITAL DE SAGUNTO

Introducción: La osteonecrosis de cabeza femoral es una afección común con un pronóstico funcional particularmente grave. Se da como resultado de diversas situaciones patológicas que contribuyen a la alteración del flujo sanguíneo en la cabeza femoral. Son conocidas las opciones quirúrgicas para tratar esta patología; pero menos extendido es el conocimiento sobre la opción no quirúrgica que ofrece la oxigenoterapia en cámaras hiperbáricas (OHB), probablemente, por su reducida accesibilidad hoy en día. El efecto básico de la OHB es antiedematoso en los casos de

necrosis avascular. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo sobre la muestra de pacientes remitidos desde nuestro hospital a la Unidad de Terapéutica Hiperbárica del Hospital General de Castellón en los últimos 5 años. **Resultados:** El tratamiento mediante oxigenoterapia hiperbárica tuvo un efecto beneficioso en todos los pacientes estudiados, ya fuera con la resolución completa objetivada mediante resonancia magnética, o bien, mediante la mejoría sintomática durante un período variable de tiempo. **Conclusiones:** Con la bibliografía existente y nuestra experiencia podemos concluir que el oxígeno hiperbárico es eficaz en casos de NAC si no hay pérdida de esfericidad (estadios I y II) ya que se puede lograr una curación completa. En los estadios con pérdida de la esfericidad cefálica (III y IV), la acción del oxígeno hiperbárico solo mejora temporalmente los síntomas al reducir el edema.

CO-09. ROTURAS DEL APARATO EXTENSOR TRAS ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

JOVER CARBONELL, PABLO; GASTALDI LLORENS, GEMA MARIA; MARQUINA MORALEDA, VICENTE; COLOMINA RODRIGUEZ, RAFAEL JESÚS; HERNANDEZ FERRANDO, LORENZO

CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Introducción: La rotura del aparato extensor tras una artroplastia total de rodilla es una complicación infrecuente cuya incidencia se sitúa según las series entre el 0,1% y el 2,5%. Es muy grave debido a la morbilidad que asocia y el gran deterioro en la calidad de vida que produce debido a diversos factores: la inestabilidad, el extension lag, el dolor y la dificultad para caminar. **Material y Métodos:** Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyen todos los casos de pacientes que presentan tras artroplastia total de rodilla una rotura del aparato extensor a cualquier nivel, desde 2007 hasta 2020. Se registran diversas variables: variables demográficas, diagnóstico, tipo de artroplastia (primaria, tumoral o de revisión), tiempo desde la intervención hasta la rotura, tiempo desde la rotura hasta la cirugía, causa de la rotura, balance articular, el déficit de extensión y el número de cirugías previas, entre otras. Finalmente se realizó una valoración funcional mediante diferentes escalas validadas (KSS, OKS). **Resultados:** De los 1782 pacientes operados de ATR entre 2006 y 2020 en nuestro centro se obtuvieron 13 pacientes con roturas del aparato extensor, 9 mujeres y 4 hombres, con 1 pérdida de seguimiento. La edad media fue de 66,2 años. El 61,5% de las roturas fueron del tendón rotuliano, el 23,1% fueron cuadricepsales y el 15% restante fueron periprotésicas de rótula. Se obtuvo un extension lag medio de 12°, dolor en el 45% de los pacientes y un valor medio en las escalas de valoración funcional KSS y OKS de 61 y 22 respectivamente. **Conclusiones:** La rotura del aparato extensor tras artroplastia total de rodilla es una complicación infrecuente pero grave con gran deterioro funcional para el paciente. Falta consenso en la elección y aplicación del tratamiento de este tipo de lesiones por lo que es fundamental conocer los factores de riesgo para tratar de prevenirlas.

CO-10. VARIACIÓN DE LA MENISCECTOMÍA ARTROSCÓPICA A NIVEL NACIONAL E INTRADEPARTAMENTAL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. RESULTADO DE LA IMPLANTACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.

LÓPEZ VEGA, MARCOS; SANGÜESA NEBOT, MARIA JOSÉ; PEIRÓ MORENO, SALVADOR; DOMENECH FERNÁNDEZ, JULIO; RIDAO LÓPEZ, MANUEL

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA, VALENCIA

Introducción: La patología meniscal constituye un motivo de consulta frecuente en cirugía ortopédica. El tratamiento clásico de una rotura meniscal ha sido la regularización quirúrgica del menisco hasta conseguir un remanente estable, cirugía que hoy en día se realiza de forma artroscópica. El número de meniscectomías artroscópicas ha crecido progresivamente en los últimos 20 años debido a la falsa creencia de inocuidad de la técnica, a la ausencia de estudios comparativos bien realizados y a presiones de la industria. Sin embargo la publicación de varios ensayos clínicos aleatorizados que demuestran la ausencia de beneficio clínico del tratamiento quirúrgico frente al conservador o incluso al placebo en pacientes sintomáticos con rotura meniscal, y de otros estudios que demuestran las complicaciones a corto y largo plazo de la resección meniscal, han invertido la tendencia en muchos países. Nuestra hipótesis de trabajo es que en España esta tendencia no se ha modificado y sigue al alza. A su vez se evalúa la evolución de las artroscopias de rodilla en patología meniscal tras implantar guías de práctica clínica (GPC) en el departamento Arnau de Vilanova-Lliria en el año 2015.

Material y Métodos: Se desarrolló un estudio descriptivo ecológico sobre las artroscopias realizadas como tratamiento de una rotura meniscal en España en el periodo 2003 - 2018. La recogida de datos se lleva a cabo por parte de la Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica (FISABIO) de la Comunidad Valenciana, a través del proyecto Atlas VPM. El episodio se identifica en función de la Clasificación Internacional de Enfermedades o CIE-9-MC (y su actualización CIE-10-PCS a partir de 2016). Se recogen datos demográficos (edad y sexo), lateralidad de la lesión, morbilidad del paciente (Índice de Comorbilidad de Charlson), fecha y lugar de la intervención, tiempo de estancia hospitalaria y complicaciones médico-quirúrgicas. Por otro lado, se han obtenido desde la Unidad de Documentación Clínica y Admisión (UDCA) del Hospital Arnau de Vilanova de Valencia el número de meniscectomías artroscópicas realizadas en desde el año 2002 hasta el 2019.

Resultados: En España, el número de intervenciones pasó de poco de 20384 en el año 2003 a 29756 en el 2018, con una tasa que creció del 4.75 al 6.7 por cada 10.000 habitantes. Por áreas destacan las elevadas tasas de Navarra y Región de Murcia, y en menor medida Cataluña, País Vasco, Asturias y Madrid. Dentro de la Comunidad Valenciana destacan Manises, Elche, Sagunto y Alzira. En nuestro centro el número de intervenciones creció de forma lineal hasta el año 2015, en el que se llevaron a cabo 313 intervenciones de este tipo. Posteriormente el número se ha reducido a solo 58 en el año 2019.

Conclusiones: La evidencia clínica es clara en contra de la meniscectomías artroscópica gracias a los ensayos clínicos de calidad publicados entre los años 2007 y 2018, lo que ha permitido invertir la tendencia en muchos países, como Estados Unidos, Japón, Inglaterra o Dinamarca, sobre todo a partir del año 2013-2014. Sin embargo en España el número de cirugías ha seguido creciendo hasta 2018. La implantación de las GPC en el área Arnau de Vilanova-Lliria hace que en este departamento se sigan las mismas tendencias que en los países de nuestro entorno. Esto pone de manifiesto la imperiosa necesidad de implantar guías de práctica clínica a nivel nacional para evitar tratamientos.

Co-11. METAL TRABECULAR EN ARTROPLASTIA DE CADERA. RESULTADOS CLÍNICOS, RADIOLÓGICOS Y SUPERVIVENCIA EN UNA SERIE DE 215 CASOS.

MAIRAL SANROMÁN, CARLOS; DIRANZO GARCÍA, JOSÉ; HERNANDEZ FERRANDO, LORENZO; ESTREMS DIAZ, VICENTE; RAMOS TÉLLEZ, ALICIA MARÍA

CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Introducción: El objetivo de nuestro estudio es evaluar los resultados a medio plazo de los materiales titanio y tantalio como implantes acetabulares para la artroplastia de cadera y su recambio.

Material y Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo sobre una serie de 215 pacientes (114 recambios y 101 cirugías primarias) intervenidos con implantes acetabulares de metal trabecular, asociado o no a injerto óseo. El seguimiento medio fue de 27 meses. Se evaluaron datos de tipo clínico y radiográficos en relación a la colocación y migración del implante, incorporación del injerto así como complicaciones.

Resultados: Obtuvimos una mejoría significativa en la escala de Merlé y en la escala EVA de 9,10 a 12,13 puntos y de 7,14 a 3,37 puntos de media respectivamente. Se restauró el centro de rotación anatómico en el 70,2 % de los casos, sin encontrar asociación significativa entre esta variable y los resultados clínicos. La migración acetabular se relacionó con el implante de revisión de Titanio Trabecular, coincidente con los defectos óseos más complejos. La incorporación del injerto estuvo presente en el 91,25% de los casos. Respecto a la supervivencia del implante, no encontramos diferencias entre implante de titanio y tantalio.

Conclusiones: Los cotilos de tantalio y titanio trabecular representan dos opciones válidas en la cirugía primaria y de revisión de cadera, siendo similares sus resultados a corto y medio plazo en términos clínicos, radiológicos y de supervivencia del implante.

CO-12. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RADIOLÓGICAS DE LOS SÍNDROMES ASOCIADOS A LA ESCOLIOSIS CONGÉNITA: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 223 PACIENTES

MARISCAL, GONZALO; LOSADA, CRISTINA; MARTÍNEZ, PABLO; IÑIGUEZ, PATRICIA; LOPEZ, JORGE; BARRIOS, CARLOS; DOMENECH, PEDRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE

Introducción: Existe una fuerte conexión entre un fallo en el desarrollo embriológico y genético de la columna y su asociación con otras anomalías congénitas, hasta el punto de convertirse en parte de un síndrome. El objetivo de este trabajo fue realizar un estudio descriptivo exhaustivo de las características clínicas y radiológicas de la escoliosis congénita y síndromes asociados.

Material y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes con escoliosis congénita asociado a síndromes. 41 de 223 pacientes con escoliosis congénita diagnosticados entre 2013 y 2018 presentaron un síndrome. Se evaluaron datos clínicos y radiológicos (demografía, tipo de deformidad, ángulo de Cobb inicial en el momento del diagnóstico, localización de la escoliosis, ángulo de Cobb en el seguimiento final) así como el tipo de tratamiento recibido.

Resultados: 41/223 (18,38%) pacientes presentaron síndrome, siendo la mayoría 27/41 (65,8%) mujeres. Los síndromes de Goldenhar y VACTERL fueron los más frecuentes, apareciendo en 10/41 (24,4%) y 8/41 (19,5%) pacientes, respectivamente. Los defectos vertebrales mixtos fueron las deformidades más frecuentes y se localizaron principalmente en la columna torácica. Además, muchos pacientes tenían anomalías costales asociadas, la mayoría de las cuales eran fusiones costales. Finalmente, 35/41 (85,4%) pacientes recibieron tratamiento conservador.

Conclusiones: En la escoliosis congénita es necesaria una evaluación preoperatoria cuidadosa y completa dada la cantidad de síndromes asociados, que podrían incrementar el riesgo de complicaciones intraoperatorias y postoperatorias.

CO-13. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL HALO TRACCIÓN GRAVEDAD CRANEAL EN EL MANEJO DE LAS DEFORMIDADES DE LA COLUMNA. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA.

MARISCAL, GONZALO; BARRIOS, CARLOS; DOMENECH, PEDRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE

Introducción: El tratamiento de las deformidades severas es difícil, a menudo requiere técnicas agresivas como resección vertebral y osteotomías con una alta comorbilidad. La corrección progresiva mediante el uso de halo-tracción craneal (HGT) con peso es gradual mejorando la deformidad de la columna, lo que puede facilitar la cirugía de corrección por vía posterior aislada. El objetivo de este estudio fue determinar, mediante una revisión sistemática, los efectos del halo tracción gravedad en patología de columna. **Material y Métodos:** Esta revisión sistemática se hizo acorde a los criterios de Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). Se incluyeron estudios prospectivos o series de pacientes con escoliosis o cifosis tratados con HGT craneal. La eficacia radiológica fue medida mediante el ángulo de Cobb antes y al final del seguimiento en los planos sagital y/o coronal. La función pulmonar al final del seguimiento fue valorada mediante la capacidad vital forzada FVC, el volumen expirado forzado en el primer segundo FEV1, el FEV1/FVC o índice de Tiffenau y el pico flujo espiratorio PEF. También se recogieron las complicaciones perioperatorias asociadas al HGT. **Resultados:** La etiología congénita fue la más frecuente observada seguida de la idiopática y la neuromuscular. La mayoría de estudios aportaron valores de corrección clínicamente relevantes de la curva en los planos sagital y coronal. Los índices pulmonares mejoraron tras el uso de HGT de forma significativa excepto el índice de Tiffenau. Finalmente, existieron un total de 69 complicaciones en 217 pacientes (31,8%). La complicación más frecuente fue la infección del tornillo (34 casos), seguido de complicaciones neurológicas (16 casos). **Conclusiones:** El HGT preoperatorio parece ser una intervención segura y eficaz en pacientes con deformidades de la columna ya que permite una corrección previa a la cirugía. Sin embargo, existe una falta de datos y homogeneidad en muchos de los estudios publicados.

CO-14. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL USO DE BARRAS DE CRECIMIENTO GUIADO EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCOLIOSIS DE ORIGEN TEMPRANO.

MARISCAL, GONZALO; NUÑEZ, JORGE H.; GALVAÑ, TERESA; DESVIAT, MARÍA; BARRIOS, CARLOS; DOMENECH, PEDRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE

Introducción: El manejo de la escoliosis de inicio temprano es un desafío para los especialistas, que conduce a la insuficiencia respiratoria como la complicación más grave. Además, al tratar con un paciente en periodo de crecimiento, no se recomiendan técnicas de fusión. En este trabajo se describen las complicaciones que aparecieron en una serie de pacientes implantados con un sistema de crecimiento guiado (barras de crecimiento) que padecían diferentes etiologías de escoliosis de inicio temprano, así como la progresión de la curva. **Material y Métodos:** Analizamos retrospectivamente una serie de 53 pacientes pertenecientes a un mismo hospital. Usamos el sistema de clasificación de escoliosis de inicio temprano (C-EOS). Los pacientes fueron tratados con varillas de crecimiento con o sin fusión final. Estos se siguieron desde julio de 2007 hasta julio de 2018. **Resultados:** Se estudiaron 53 pacientes con una edad media de 6,4 años, con un

seguimiento medio de 104 meses. La etiología más frecuente fue neuromuscular (21 pacientes). Un total de 6 complicaciones aparecieron en la cirugía de implantación del sistema y una requirió reintervención. 48 complicaciones ocurrieron durante los procedimientos de alargamiento realizados y 25 pacientes requirieron reintervención. La corrección de la curva requirió un promedio de 4.2 alargamientos; los pacientes sindrómicos que requirieron el mayor número de alargamientos (5,27 de media). **Conclusiones:** A pesar de que la cirugía de corrección de escoliosis sin fijación ocasiona complicaciones y múltiples intervenciones quirúrgicas, la corrección o mejora de la curva se logra permitiendo el crecimiento del paciente.

CO-15. ARTROPLASTIA TOTAL INVERSA DE HOMBRO E INJERTO ÓSEO ESTRUCTURAL EN DEFECTOS GLENOIDEOS: RESULTADOS A CORTO PLAZO.

MARQUINA MORALEDA, VICENTE; ESTREMS DÍAZ, VICENTE; DIRANZO GARCÍA, JOSÉ; JOVER CARBONELL, PABLO; MATELLANES PALACIOS, CLARA; HERNÁNDEZ FERRANDO, LORENZO

CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Introducción: La reconstrucción quirúrgica de la cavidad glenoidea constituye en muchos casos el principal reto de la artroplastia, especialmente en aquellos que asocian déficit de stock óseo, glenas displásicas o una retroversión elevada. El objetivo de este trabajo fue evaluar los resultados clínicos y radiológicos de una serie de pacientes con defecto óseo glenoideo tratados mediante artroplastia total inversa de hombro (ATIH) asociada a injerto óseo estabilizado mediante componente glenoideo de titanio trabecular. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de 16 pacientes consecutivos con una edad media de 68,2 años. En 13 casos se trataba de artroplastias primarias y en tres de revisión. El defecto glenoideo se clasificó de acuerdo con Gupta et al. La valoración clínica pre- y postoperatoria incluyó la puntuación en la escala visual analógica de dolor (EVA), el resultado de la escala Constant y el balance articular activo (BAA). Radiográficamente se valoró la integración del injerto óseo y la fijación de los componentes. **Resultados:** El seguimiento medio fue de 16,7 meses. La puntuación media en la escala EVA mejoró de 7,5 puntos preoperatorios a 2,1 puntos en el último control ($p < 0.05$) y en la escala de Constant de 35,8 puntos prequirúrgicos a 65,6 puntos ($p < 0.05$). El BAA pasó de 54° de abducción (ABD), 54° de antepulsión (ATP), 24° de rotación externa (RE) y rotación interna (RI) a trocánter preoperatorios a 118° ABD ($p < 0.05$), 121° ATP ($p < 0.05$), 65° RE ($p < 0.05$) y RI a L5 en el último control clínico. En todos los pacientes se objetivó integración del injerto y la ausencia de aflojamiento de los componentes. La incidencia de complicaciones fue del 6,2%. **Conclusiones:** El tratamiento de defectos glenoideos mediante artroplastia inversa e injerto óseo estabilizado mediante metaglena de titanio trabecular presenta buenos resultados clínicos, radiológicos y una baja tasa de complicaciones a corto plazo.

CO-16. PRÓTESIS UNICOMPARTIMENTAL DE RODILLA. RESULTADOS CLÍNICOS Y SUPERVIVENCIA DEL IMPLANTE EN NUESTRO CENTRO.

MARQUINA MORALEDA, VICENTE; JOVER CARBONELL, PABLO; FUENTES REAL, SARA; COLOMINA RODRIGUEZ, RAFAEL; HERNANDEZ FERRANDO, LORENZO

CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Introducción: En aquellos pacientes con daño condral importante en uno de los compartimentos de la rodilla la prótesis unicompartmental de rodilla (PUR) se presenta como una opción de tratamiento menos agresiva que la prótesis total en pacientes con una demanda funcional media o elevada. El objetivo fue valorar los resultados clínicos y radiológicos en pacientes intervenidos con prótesis unicompartmental de rodilla, así como la tasa de complicaciones y la supervivencia del implante. **Material y Métodos:** Presentamos un estudio descriptivo retrospectivo de 68 pacientes consecutivos (71 rodillas) intervenidos con PUR entre 2013 y 2020, con un seguimiento medio de 46 meses (rango 12-93) y una edad media de 61 años (rango 34- 79). El 46,5% de los pacientes fueron varones. El IMC medio fue de 29,9 (rango 20-39). La etiología más frecuente fue la artrosis del compartimento femorotibial medial con un varo inferior a siete grados. Para la evaluación de resultados se utilizó la escala EVA de dolor y la puntuación de la Knee Society Score (KSS). Se evaluó la incidencia de complicaciones y la tasa de supervivencia del implante. **Resultados:** El resultado de disminución media en la escala EVA de dolor fue de 4,4+-1,9. La puntuación media en las escalas funcional y clínica del KSS postoperatorias fueron de 77,4+-13,7 y 70,2+-17,7, respectivamente. La tasa de complicaciones postquirúrgicas fue del 7%. La tasa de reintervención quirúrgica fue de 15,5% (11 pacientes): nueve casos por persistencia del dolor, un caso por infección protésica precoz y un caso por dehiscencia de herida quirúrgica. **Conclusiones:** Consideramos que la PUR es una opción terapéutica válida para pacientes con gonartrosis unicompartmental de rodilla aportando buenos resultados clínicos con una aceptable tasa de complicaciones y supervivencia del implante.

CO-17. FRACTURA-LUXACIÓN DE ESCAFOIDES TARSIANO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

MARTÍNEZ HURTADO, JUAN PEDRO; LAPEÑA MARTÍNEZ, ANDRÉS; MORIL PEÑALVER, LORENA

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

Introducción: La fractura de escafoides tarsiano es una entidad poco frecuente siendo su prevalencia del 0,26% del total de todas las fracturas. Aproximadamente el 30% de las fracturas de escafoides tarsiano suelen pasar desapercibidas y precisan de alta sospecha diagnóstica asociándose a otras lesiones en el pie como fracturas de falange y de tobillo. **Material y Métodos:** Varón de 28 años que tras traumatismo directo presenta dolor e inflamación en pie derecho con movilidad y sensibilidad conservada. En la radiografía se detecta fractura-luxación escafoides tarsiano compleja en el pie derecho y fractura falange proximal 1º dedo pie derecho. Se completa estudio con TAC confirmando fractura conminuta de escafoides. Al no presentar problemas cutáneos se interviene mediante fijador externo Hoffman de tobillo en borde medial pie para mantener distracción de fractura más hueso liofilizado añadiendo placa de malla Synthex con tornillos. Se utilizó abordaje dorsal entre tendón tibial anterior y extensor de hallux observando fractura conminuta tanto del cuerpo como de las dos carillas articulares del escafoides tarsiano. **Resultados:** Al mes se retiran agujas Kirchner y a la quinta semana se retira fijador externo. Se inicia carga parcial a las 7 semanas con plantillas de soporte interno, permitiendo carga total a los 2 meses. En la última revisión al año de la cirugía deambula sin ayuda, con molestias ocasionales, sin colapso del arco interno. Como complicación presentó sufrimiento cutáneo en borde medial por el fijador externo que evolucionó favorablemente. **Conclusiones:** La fractura luxación de escafoides tarsiano puede suponer un reto en cuanto a la correcta reducción y

osteosintetización de la fractura. Las fracturas de escafoides precisan realización de TAC para hacer una correcta valoración de la fractura. El fijador externo puede ser un importante aliado en el mantenimiento de la congruencia articular y estabilidad de la fractura luxación y en nuestro caso ha dado unos resultados satisfactorios asociándolo a una osteosíntesis correcta.

CO-18. CARPECTOMÍA DE LA HILERA PROXIMAL EN PROCESOS DEGENERATIVOS DE MUÑECA. NUESTRA EXPERIENCIA.

MATELLANES PALACIOS, CLARA; CABANES FERRER, ISABEL; CASTILLO RUIPÉREZ, LAURA; GAZQUEZ GAZQUEZ, GEMMA; ALFONSO PORCAR, MIGUEL; HERNÁNDEZ FERRANDO, LORENZO

CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Introducción: La carpectomía proximal es un procedimiento quirúrgico que se indica fundamentalmente en procesos degenerativos de muñeca, para conseguir alivio sintomático del paciente con una adecuada estabilidad y rango de movilidad funcional. Nuestro objetivo es evaluar los resultados clínicos y radiológicos a medio y largo plazo del tratamiento quirúrgico de procesos degenerativos de muñeca mediante carpectomía proximal. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de 29 pacientes intervenidos entre 2009 y 2019 en nuestro centro. Se evaluó el balance articular activo; el dolor utilizando la escala visual analógica (EVA); la capacidad funcional mediante el cuestionario Quick DASH; la reincorporación a la actividad laboral previa, el grado de satisfacción y la incidencia de complicaciones y necesidad de reintervención. En cuanto a los resultados radiológicos se evaluó el grado de progresión radiológica de la artrosis. **Resultados:** El seguimiento medio fue de 5,4 años (rango 1 a 11 años). El balance articular medio fue 76,04° en el arco de flexo- extensión y 35,8° para el arco radio-cubital. La puntuación media en la escala EVA postoperatoria fue de 3 y de 26,6 puntos en el cuestionario Quick DASH. Encontramos asociación entre el grado de artrosis radiocarpiana preoperatoria y el resultado funcional obtenidos ($p < 0.05$); sin embargo, no hallamos relación entre la evolución radiológica postoperatoria y el resultado clínico. Cuatro de los 29 pacientes precisaron reintervención mediante artrodesis total de muñeca. **Conclusiones:** Consideramos la carpectomía proximal una alternativa terapéutica válida a la artrodesis parcial y en ocasiones total en el tratamiento de los procesos degenerativos de muñeca. Con una correcta indicación pueden obtenerse resultados predecibles en cuanto a alivio del dolor y balance articular con una baja tasa de complicaciones. Los peores resultados obtenidos en pacientes con un grado de artrosis preoperatoria avanzada deberían hacernos considerar el uso de otras procedimientos tales como la artrodesis.

CO-19. EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE LAS FRACTURAS ACETABULARES TRATADAS EN NUESTRO CENTRO.

MATELLANES PALACIOS, CLARA; DIRANZO GARCÍA, JOSÉ; ESTREMS DÍAZ, VICENTE; MORATALLA DE GRACIA, RAQUEL; HERNÁNDEZ FERRANDO, LORENZO

CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Introducción: Las fracturas acetabulares son lesiones poco frecuentes resultado de traumatismos de alta energía en pacientes jóvenes o traumatismos de menor energía en pacientes de edad avanzada. El abordaje quirúrgico constituirá el tratamiento de elección en la mayoría de los casos, sobre todo aquellos que asocian desplazamiento articular. El resultado funcional está íntimamente relacionado con la calidad

de la reducción quirúrgica obtenida. La evolución hacia la artrosis es la complicación más frecuente a largo plazo de este tipo de fracturas. **Material y Métodos:** Analizamos de forma retrospectiva una muestra de 37 pacientes intervenidos en nuestro centro con diagnóstico de fractura acetabular mediante reducción abierta y fijación interna con un seguimiento mínimo de diez años. Las fracturas son clasificadas según Judet y Letournel, Valoramos los resultados funcionales según la escala de Merle D'Aubigne-Postel, el dolor postoperatorio con la escala EVA, la aparición de coxartrosis según la clasificación de Tönnis y encuestamos a los pacientes acerca de la repercusión tanto laboral como social respecto a antes de su intervención. **Resultados:** Obtuvimos una puntuación media en el test Merle D'Aubigne-Postel de 15.5 puntos, y de 3 en la escala EVA postoperatoria. La necesidad de sustitución protésica que fue necesaria en el 8% de la muestra. Encontramos asociación entre el tipo de fractura con la calidad de reducción obtenida ($p < 0.05$). El grado de reducción postquirúrgica obtenida ha sido identificado como el principal predictor de desarrollo de coxartrosis postraumática. Encontramos asociación entre la calidad de reducción de la fractura con los resultados funcionales obtenidos ($p = 0.002$). Conclusiones: La obtención mediante reducción abierta y fijación interna de una correcta congruencia entre la cabeza femoral y el acetábulo es esencial para lograr buenos resultados a largo plazo tras una fractura acetabular.

CO-20. IMPACTO DEL PROTOCOLO FAST-TRACK PARA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA EN ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA, VISITAS AL SERVICIO DE URGENCIAS E INFECCIÓN.

MOLINA PÉREZ, MARTA; SEGARRA MUÑOZ, BORJA; BALLESTEROS HERAS, NURIA; VIADEL ORTIZ, MARIAN; DE LA TORRE CONDE, CARLOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA

Introducción: La creciente incidencia de gonartrosis y el elevado gasto sanitario que supone su tratamiento mediante artroplastia total de rodilla (ATR) ha impulsado el desarrollo de protocolos fast-track que favorecen la recuperación funcional del paciente. El objetivo es analizar si existen diferencias significativas en estancia media hospitalaria, número de pacientes readmitidos en urgencias y riesgo de infección en pacientes intervenidos de ATR en el periodo previo y posterior a la implantación del protocolo fast-track. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de cohortes de 777 pacientes intervenidos de ATR primaria en el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología de un hospital terciario. Se realizó seguimiento durante un año a todos los pacientes estudiados. El periodo analizado fue entre octubre de 2017 y octubre de 2018 con el protocolo implantado, y entre octubre de 2015 y octubre de 2016 para el periodo pre-implantación. Las variables a estudio fueron: estancia hospitalaria media, readmisión al servicio de urgencias, número de visitas a urgencias y tasa de infección (global, superficial y profunda). Se analizaron los motivos de consulta con fines descriptivos. **Resultados:** Se obtuvo una muestra homogénea con predominio de mujeres (68%) y una edad media de 70 años. Los valores pre y post implantación del protocolo para las variables a estudio fueron: estancia hospitalaria 5,1 vs 3,2 días ($p < 0,001$), pacientes con readmisión hospitalaria 12,2% vs 21,9% ($p < 0,001$), visitas a urgencias 74 vs 118 ($p < 0,001$). Al estratificar en los primeros 30 días de seguimiento también se encontraron diferencia en el índice de readmisión ($p = 0,025$) y número de visitas ($p < 0,001$). El motivo principal de consulta fue dolor post-quirúrgico. La tasa de infección fue similar en ambos grupos a todos los niveles. **Conclusiones:** El protocolo fast-

track disminuye la estancia hospitalaria y aumenta la tasa de readmisiones. El riesgo de infección no se ve aumentado.

CO-21. OSTEOTOMÍA DE MCHALE EN CIRUGÍA PALIATIVA DE LA LUXACIÓN NEUROLÓGICA DE CADERA: PLANIFICACIÓN 3D, TÉCNICA QUIRÚRGICA Y SERIE DE CASOS.

MOLINA PÉREZ, MARTA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA

Introducción: La luxación neurológica de cadera es una patología habitual en trastornos neuromusculares. En aquellos casos más evolucionados o tras el fracaso de la cirugía reconstructiva, existen diversas técnicas quirúrgicas como la artroplastia, artrodesis o resección. Recientemente, se ha propuesto la osteotomía valguzante y resección de la cabeza femoral (McHale) como una alternativa eficaz frente a otras cirugías paliativas. La evidencia sobre los resultados de ésta a medio y largo plazo es escasa en la bibliografía actual. **Material y Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de una serie de casos intervenidos mediante osteotomía de McHale por la unidad de Ortopedia Infantil del Hospital Virgen del Rocío entre 2018 y 2021. En todos se utilizó un biomodelo 3D para la planificación prequirúrgica y como apoyo intraoperatorio. Incluyeron un análisis clínico y radiológico mínimo de seis meses. Las variables estudiadas fueron: datos sociodemográficos, tiempo quirúrgico y estancia hospitalaria, rango de movilidad pre y postoperatorio, dolor pre y postoperatorio, satisfacción de los cuidadores, aparición de complicaciones y necesidad de cirugía de revisión. **Resultados:** Diez casos fueron intervenidos en ocho pacientes con una edad media de 16 años sin predominio por sexos. La duración media de la cirugía fue de 110 minutos con una estancia media de cuatro días. El rango de movilidad postoperatorio aumentó, especialmente la abducción (35°) y la flexión (superior a 90° en el 70% de los casos). El dolor, valorado mediante Escala Visual Analógica (EVA) percibida, disminuyó de 7/00 a 2/25. Los cuidadores se mostraron de media bastante satisfechos. Se describieron dos complicaciones y sólo un caso precisó cirugía de rescate. **Conclusiones:** La osteotomía de McHale es una técnica quirúrgica paliativa efectiva en pacientes con luxación neurológica de cadera, ya que mejora el rango de movilidad y la sintomatología del paciente. El uso de biomodelos 3D aporta un valor añadido a la planificación preoperatoria optimizando el proceso quirúrgico.

CO-22. ROL DEL ALOINJERTO DE PERONÉ EN LAS FRACTURAS DE HÚMERO PROXIMAL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.

MOLINA PÉREZ, MARTA; SEGARRA MUÑOZ, MARTA; AGUILLELLA FERNÁNDEZ, LUÍS

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA

Introducción: Las placas de osteosíntesis (LCP) están siendo ampliamente utilizadas en el tratamiento de las fracturas proximales de húmero, aunque no están exentas de complicaciones. Se han descrito diferentes técnicas de aumentación para prevenir el fracaso de las mismas, siendo una de ellas la adición de aloinjerto de peroné. El objetivo de esta revisión sistemática es analizar las indicaciones, los resultados y la tasa de complicaciones de esta técnica. **Material y Métodos:** Siguiendo la metodología PRISMA se realizó una búsqueda sistemática en cinco bases de datos siguiendo un algoritmo con términos definidos. Se incluyeron series de casos clínicos tratados de forma primaria mediante

LCP y aloinjerto de peroné, con un seguimiento mínimo de seis meses, que presentaran sus resultados con escalas clínicas estandarizadas y valores radiológicos e incluyeran la descripción de complicaciones. **Resultados:** Once artículos fueron incluidos en la revisión. 455 pacientes fueron intervenidos mediante aloinjerto de peroné, con una edad media de 69 años. 224 casos (49%) presentaban fracturas en 3 fragmentos, 138 (30%) en 4 fragmentos y 92 (20%) en 2 fragmentos. El seguimiento medio fue de 27 meses. Los resultados clínicos obtenidos mediante escalas fueron: DASH 27/100; CMS 81/100; ASES 82/100; UCLA 29/53; VAS 1.7. Radiológicamente mejoró la pérdida de reducción y el colapso en varo. La tasa de complicaciones fue menor, especialmente el cut-out, sin evidenciar mejoría en la tasa de necrosis avascular. **Conclusiones:** Los resultados clínicos y radiológicos mejoran con el uso de aloinjerto de peroné añadido a la placa de osteosíntesis, reduciéndose las complicaciones. La indicación óptima es una fractura en 4 fragmentos con disrupción de la columna medial.

CO-23. ESTUDIO COMPARATIVO DE TRATAMIENTO CONSERVADOR VERSUS QUIRÚRGICO EN FRACTURAS DE OLÉCRANON DEL PACIENTE ANCIANO.

MONÍS GARCÍA, ANA; OLMO VALERIANO, MARÍA ISABEL; MORENO VADILLO, MARTA PILAR; SANGÜESA NEBOT, MARÍA JOSÉ; DOMÉNECH FERNÁNDEZ, JULIO

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA, VALENCIA

Introducción: Evaluar el tratamiento conservador como opción terapéutica válida para fracturas de olécranon en pacientes ancianos con baja demanda funcional. **Material y Métodos:** Se incluyeron 25 pacientes mayores de 70 años, diagnosticados de fractura de olécranon, sin inestabilidad de codo, grado de desplazamiento I-II de la clasificación de Mayo y baja demanda funcional. Se trata de un estudio de cohortes prospectivo comparando resultados de tratamiento quirúrgico versus tratamiento conservador. 14 pacientes han sido tratados de manera ortopédica y 11 tratados con cirugía (10 cerclaje y 1 placa) Los criterios para decidir tratamiento no quirúrgico fueron: la decisión del paciente o familiar tras la explicación del cirujano de ambas opciones en pacientes dependientes para la vida habitual y con baja demanda funcional. **Resultados:** La edad media en el grupo conservador fue 83,7 años y 79,9 en el grupo quirúrgico. El 14,3% de los pacientes en el grupo conservador y un 36,6% en el grupo quirúrgico presentaban fracturas asociadas. Se observó consolidación radiológica en el 91% de los pacientes del grupo quirúrgico y únicamente en el 36% de los del grupo conservador ($p < 0,05$). Sin embargo ninguno de los pacientes con tratamiento conservador refería dolor a la movilización. La puntuación de función del codo con la escala de Mayo fue 88,1 en el grupo quirúrgico y 88,8 de media en el grupo conservador ($p > 0,05$). El 36% de los pacientes quirúrgicos precisaron retirada del material de osteosíntesis. Ningún paciente en el grupo conservador precisó intervención. **Conclusiones:** En nuestro estudio, el tratamiento quirúrgico ha presentado mayor tasa de complicaciones con respecto al tratamiento conservador con poca diferencia a nivel de la función y la presencia de dolor. Consideramos el tratamiento conservador como opción terapéutica válida en pacientes ancianos con baja demanda funcional.

CO-24. FRACTURAS POR PATINETE ELÉCTRICO, UN NUEVO PROBLEMA EN LA CIUDAD.

MONÍS GARCÍA, ANA; ÁLVAREZ LLANAS, ALEJANDRO; SANZ ROMERA, JORGE; SANGÜESA NEBOT, MARÍA JOSÉ; DOMENECH FERNÁNDEZ, JULIO

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA, VALENCIA

Introducción: Aproximarnos al conocimiento de una nueva causa de accidentes. Magnitud del problema, incidencia, lesiones y tratamiento. Obtener una pequeña muestra de pacientes como estudio preliminar para tratar de establecer perfiles de fracturas más frecuentes y tipologías características de los accidentados: experiencia en el uso del patinete y motivación. **Material y Métodos:** Revisión bibliográfica en PubMed. Estudio descriptivo de una serie de casos. Pacientes accidentados por conducción de patinete eléctrico atendidos en nuestro hospital durante 5 meses. Presentación de la información clínica y epidemiológica relevante. Recogida de datos de la historia clínica completando la información con entrevista telefónica. **Resultados:** En 5 meses más de 28 pacientes recibieron asistencia por accidente con patinete eléctrico. 14 presentaban al menos una fractura ósea. 10 afectan a miembros superiores y 5 miembros inferiores. La mayoría de las fracturas tiene trazo articular. 7 requirieron tratamiento quirúrgico. 3 son fracturas conminutas. Presentación de datos epidemiológicos agrupados en perfiles. **Conclusiones:** La aparición y popularización de los patinetes eléctricos suponen un incremento en la carga asistencial de los servicios COT. Creemos que las velocidades que alcanzan estos dispositivos junto con la ausencia de medias de protección del vehículo están propiciando la aparición de patrones de fracturas más complejas en nuevo perfil de pacientes. Es importante establecer estrategias para aumentar el conocimiento y afrontar esta nueva problemática. Debemos avisar a la población de los potenciales peligros de este nuevo medio de transporte.

CO-25. PATRÓN ANATÓMICO DE ARTERIAS PERFORANTES DE ARTERIAS DIGITALES EN DEDOS TRIFALÁNGICOS HUMANOS.

NAVÍO FERNÁNDEZ, FERNANDO; FERNANDO CORELLA MONTOYA; MONTSERRAT OCAMPOS HERNÁNDEZ; MARÍA TERESA VÁZQUEZ OSORIO

HOSPITAL FRANCESC DE BORJA DE GANDÍA

Introducción: El objetivo del estudio es describir el patrón anatómico de las arterias perforantes de la arteria digital en dedos trifalángicos y que dicho patrón sirva como referencia para realizar con seguridad colgajos cutáneos en defectos de cobertura a nivel de los dedos. **Material y Métodos:** Se realiza un estudio anatómico descriptivo en 28 manos de cadáver fresco (14 hombres y 14 mujeres; 10 derechas y 18 izquierdas), con el sistema arterial inyectado en látex. Se realizan fotografías digitales de cada espécimen y se obtienen, mediante Adobe Photoshop CS6, la longitud calibrada de las falanges, el número de arterias perforantes en cada dedo y falange y las distancias calibradas de las perforantes a sus articulaciones distal y proximal. **Resultados:** Con los datos recogidos se realiza un análisis estadístico con el software R, obteniendo: medias con intervalos de confianza al 95% de arterias perforantes globales por dedo (segundo a quinto), falange (proximal, media y distal) y borde (ulnar y radial); datos comparativos de medias por sexo (hombre y mujer) y por lateralidad (derecha e izquierda); datos comparativos de las medias entre dedos y bordes por paciente; datos porcentuales de perforantes en cada tercio de falange, por dedo, borde y falange, y la distancia porcentual de la arteria más distal de la F2 a la articulación por dedo y borde. **Conclusiones:** En el estudio se ha obtenido un patrón anatómico de arterias perforantes homogéneo, ya sea por dedo, borde, falange, sexo o lateralidad, que consiste en una alta densidad de arterias perforantes en la región de distal de falange proximal, en toda la falange media y en la región proximal de la falange distal.

Este patrón de alta densidad sugiere que estas zonas serían las de mayor seguridad para ayudar a predecir la evolución favorable de un colgajo cutáneo de arterias perforantes en esta región.

CO-26. COMPLICACIONES DE LA NAVEGACIÓN ASISTIDA EN LA ARTROPLASTIA DE RODILLA. COHORTE RETROSPECTIVA DE 1000 RODILLAS CONSECUTIVAS.

NOVOA PARRA, CARLOS; SANJUAN CERVERA, RAFAEL; ILLANA MAHIQUES, MIREIA; DE LA IGLESIA, NICOLAS H.; FRANCO FERRANDO, NURIA

HOSPITAL DE DENIA

Introducción: Evaluación retrospectiva de las complicaciones específicas de la navegación asistida en artroplastias de rodilla.

Material y Métodos: Se evaluaron 1000 artroplastias totales de rodilla en 874 pacientes consecutivos. El único criterio de inclusión era artroplastia primaria. Por ser un estudio epidemiológico no se contemplaron criterios de exclusión. Se analizaron las complicaciones específicas de la navegación asistida, definidas como aquellas debidas a la instrumentación, errores de información proporcionada por el sistema informático o necesidad de cambio a cirugía convencional. Se utilizó el sistema de navegación OrthoPilot (Braun Aesculap, Alemania), en sus dos versiones cronológicas. Dado el objetivo del estudio, se consideró suficiente un seguimiento postoperatorio mínimo de un año. **Resultados:** En total se observaron 20 (2%) complicaciones achacables al uso del sistema de navegación, en todos los cuales hubo que cambiar intraoperatoriamente de estrategia, realizando cirugía convencional. En 11 (1,1%) rodillas se debió al aflojamiento de los pines rastreadores. No hubo fracturas, infecciones o lesiones a nervios en el sitio de los pines. En otras 9 (0,9%) hubo fallos de información del sistema informático. No había relación significativa entre ocurrencia de complicación y las variables demográficas o patológicas. Sin embargo, la ocurrencia de complicación era significativamente más alta con el modelo de navegación más antiguo ($p = 0.013$). No había diferencia significativa ($p = 0,188$) de la supervivencia a un año de la artroplastia entre aquellas con o sin complicación específica. **Conclusiones:** La navegación asistida por ordenador en la cirugía de artroplastia total de rodilla primaria es un método seguro, con solo 2% de complicaciones o fallos, todas intraoperatoriamente solucionables. La presencia de complicaciones no afectaba a la supervivencia de la artroplastia al año postoperatorio.

CO-27. EN QUÉ PACIENTES UN CORTE TIBIAL REDUCIDO EN ARTROPLASTIA PRIMARIA.

NOVOA PARRA, CARLOS; SANJUAN CERVERÓ, RAFAEL; ILLANA MAHIQUES, MIREIA; DE LA IGLESIA, NICOLAS H.; FRANCO FERRANDO, NURIA

HOSPITAL DE DENIA

Introducción: En la artroplastia primaria de rodilla se aconseja optimizar la resección ósea. Sin embargo un corte tibial reducido puede ascender la línea articular. Nuestro objetivo consiste en determinar aquellos pacientes en los que la realización de un corte tibial reducido (?8 mm) puede restaurar mejor la altura de la línea articular. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de 108 pacientes intervenidos consecutivamente con artroplastia total de rodilla mediante cirugía asistida por ordenador. Se definió como profundidad de resección óptima aquella que restauraba la línea articular a 0 mm y el corte tibial reducido cuando éste era ?8mm. Se

registraron intraoperatoriamente los ejes sagital y coronal, el grosor del corte tibial medial y lateral, la posición de la línea articular y el grosor del inserto. También fueron analizados el sexo, la edad, lateralidad, el Índice de masa corporal, el grado de artrosis así como los implantes utilizados. Los cut-off para los ejes fueron hallados mediante el índice de Youden. La asociación multivariada entre las variables basales, cut-off para los ejes y la necesidad de un corte tibial reducido fue estudiada. **Resultados:** El corte tibial reducido (? 8 mm) restauró la altura de la línea articular en 20 (18.5%) rodillas, siendo necesario una resección mayor en 88 (81.5%) rodillas. El análisis multivariable demostró que las mujeres (OR 9.7, 95% CI 1.2-8.5, $p = 0.035$) y el eje preoperatorio sagital ? 2º de flexión ((OR 17.7, 95% CI 2.2-14.6, $p = 0.007$) fueron los factores predictores significativos de corte tibial reducido óptimo. El eje coronal preoperatorio no fue un factor predictor significativo. **Conclusiones:** El corte tibial reducido en artroplastia primaria de rodilla puede restaurar la altura de la línea articular en mujeres con una eje sagital preoperatorio? 2º de flexión, independientemente del eje preoperatorio coronal.

CO-28. ENOSTÓISIS ATÍPICA.

ORIHUELA GARCÍA, JOSE CARLOS. REBATE NEBOT, EVA.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

Introducción: La enostosis o también denominada islote óseo u osteoma medular es una lesión benigna que consiste en formación de hueso maduro bien diferenciado en zona intramedular, puede ser primario o asociado a otras patologías como el Síndrome de Buschke-Ollendorff o el Síndrome de Gardner. Más frecuentemente se localizan en huesos largos y pelvis y en la mayoría son hallazgos casuales ya que no suelen presentar manifestaciones clínicas. **Material y Métodos:** Presentamos un caso de una paciente de 26 años de edad que acude a la consulta presentando dolor en el dorso de la muñeca derecha de 7 meses de evolución, la paciente presenta dolor a la palpación de zona dorsoradial de muñeca derecha, hiperlaxitud ligamentosa y una maniobra de Watson +. Resto de exploración normal. En la radiografía simple vemos una alteración de la densidad en el escafoide por lo que pedimos una RMN para valorar estado lig. escafo-semilunar y escafoides **Resultados:** La resonancia magnética nos informa de una lesión ósea redondeada bien definida en escafoides compatible con una enostosis pro lo que nos disponemos a solicitar una TAC para confirmar diagnóstico y descartar fracturas asociadas. Tras la realización de la TAC se confirma la lesión esclerosa del h. escafoides homogénea sin signos de malignidad tampoco no se observan alteraciones agudas ni fracturas asociadas. Se identifica una 2º lesión en la cabeza del segundo metacarpiano de similares características. Dado los hallazgos en pruebas complementarias y ausencia de clínica con limitación funcional se decide tratamiento conservador. La paciente actualmente está en seguimiento para control evolutivo de lesión. **Conclusiones:** La enostosis es una lesión ósea benigna rara y un hallazgo generalmente asintomático, debemos siempre realizar diagnóstico diferencial sobre todo si se presenta de forma atípica o en una localización menos frecuente dado que podría ser patología tumoral maligna o asociarse a síndromes generales. Una vez con el diagnóstico de certeza deberemos valorar el tratamiento definitivo según la presentación clínica que iría desde tratamiento conservador con medidas farmacológicas y posturales hasta un posible curetaje de la lesión.

CO-29. ¿HA CAMBIADO LA COVID-19 LA EPIDEMIOLOGÍA Y EL PRONÓSTICO DE LA FRACTURA DE CADERA?.

PAULOS DOS SANTOS, FLAVIO; CLIMENT PERIS, VICENTE; OJEDA PEÑA, MARGARITA; PÉREZ GINER, ROSA ANA.

HOSPITAL VIRGEN DE LOS LIRIOS ALCOI.

Introducción: La pandemia por COVID-19 es una situación que aún en la actualidad sigue provocando un colapso de nuestro sistema sanitario, ha obligado a limitar las actividades de nuestros mayores y les ha afectado con mayor gravedad. Llevamos a cabo este estudio para valorar si la COVID-19 provocó diferencias en la epidemiología, manejo habitual y pronóstico de los pacientes que sufrieron fracturas de cadera en este contexto. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, incluyendo a personas mayores de 75 años quienes habían sido tratadas por fractura de cadera en el período COVID-19 (marzo de 2020 a febrero de 2021) en el Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy y los comparamos con una muestra similar tratada un año atrás (marzo 2019 a febrero 2020). El seguimiento mínimo fue de 1 mes. Analizamos las variables demográficas, la demora quirúrgica, la estancia hospitalaria y la supervivencia a uno, seis y doce meses. Fueron registrados otros datos como el tipo de fractura y el tipo de tratamiento realizado. **Resultados:** Se incluyeron en el estudio 271 pacientes (147 Grupo Control CT, 124 Grupo COVID CV), con una edad promedio de 85 años (85,45 CT ? 85,86 CV); 71,22% fueron mujeres (70,06% CT - 72,58% CV); 67,34 % fueron fracturas extracapsulares en el grupo CT y 66,93 en el grupo CV. La demora quirúrgica fue de 6,31 y 3,34 en los grupos CT y CV respectivamente y la estancia de 7,64 y 6,74 días respectivamente. La mortalidad intrahospitalaria fue del 3,4% en el grupo CT y 4,3% en el grupo CV y la mortalidad al mes fue 12,24% y 12,9% respectivamente. **Conclusiones:** Observamos una reducción significativa de la incidencia y de la demora desde ingreso hasta la intervención; no apreciamos diferencias estadísticamente significativas en la duración de la estancia, la tasa de mortalidad durante el ingreso y al mes de la intervención.

CO-30. HEMIVÉRTEBRA CONGÉNITA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE DE VALENCIA

Introducción: La hemivértebra es un tipo de anomalía congénita de la columna vertebral. Se trata de una malformación por déficit óseo del cuerpo vertebral desde el centro de crecimiento. Comprende una anomalía estructural de la columna que puede alterar potencialmente la curvatura de la misma. **Material y Métodos:** Presentamos el caso de una niña de 4 años diagnosticada de una hemivértebra de T12 por ausencia de hemisoma vertebral derecho. Dicha malformación vertebral condiciona en la paciente una cifoescoliosis congénita severa de convexidad izquierda. Se realiza tratamiento quirúrgico de la malformación consistente en la resección de la hemivértebra. En un primer tiempo se coloca un halo de tracción para optimización de la deformidad con buena tolerancia. Tras ello, en un segundo tiempo, se realiza un abordaje posterior con liberación y resección del arco vertebral afectado. Durante la intervención, se produce una alerta neurofisiológica consistente en la desaparición de los potenciales evocados motores en ambos miembros inferiores. Se instaura el protocolo de lesión medular y se realiza tomografía computerizada intraoperatoria. Finalmente, recupera los potenciales motores hasta iliopsoas y se coloca drenaje intramedular para descompresión. **Resultados:** Durante el ingreso, la paciente fue recuperando la función motora de forma progresiva, sin embargo, lo hizo más

rápido en el lado derecho que en el izquierdo. Se instaura rehabilitación y consigue realizar bipedestación previa al alta. Asimismo, se adapta ortesis de tronco y se instruye al familiar en su manejo. **Conclusiones:** La hemivértebra es una deformidad congénita de la columna vertebral que puede condicionar una afectación de la curvatura y provocar una escoliosis congénita según su severidad. La indicación quirúrgica de la hemivértebra depende del grado de severidad que condiciona, sin embargo, resulta complicado determinarlo. La precocidad de la intervención en cuanto a la edad parece relacionarse con unos resultados más satisfactorios. La bibliografía en estos casos resulta bastante escasa, por lo que en un futuro sería interesante disponer de un mayor número de estudios.

CO-31. RECONSTRUCCIÓN CAPSULAR SUPERIOR CON INJERTO AUTÓGENO DE PORCIÓN LARGA DEL BÍCEPS EN ROTURAS MASIVAS DE MANGUITO ROTADOR; RESULTADOS CLÍNICOS Y FUNCIONALES.

RAMOS TELLEZ, ALICIA MARIA; ALICIA MARÍA RAMOS TÉLLEZ; CARLOS MAIRAL SANROMAN; ADRIANO AMARO BUENO; SORRENTINO CAPELO; CARLOS JUANDO AMORES; FRANCISCO ESPI ESCRIVA; DANIEL CRESPO GONZALEZ

CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Introducción: Reconstrucción capsular superior con injerto autógeno de Porción Larga del bíceps en roturas masivas de manguito rotador; resultados clínicos y funcionales. **Material y Métodos:** El propósito de este estudio es evaluar los resultados clínicos y funcionales de la reparación de roturas masivas de manguito rotador con la técnica de reconstrucción capsular superior con autoinjerto de porción larga del bíceps (PLB) a los 12 meses de seguimiento. Se incluyeron 36 pacientes en el estudio con un seguimiento mínimo de 12 meses. Los pacientes recogidos fueron intervenidos entre 2017 y 2020, utilizando siempre la misma técnica realizada por dos cirujanos. Para evaluar el resultado clínico y funcional se emplearon las escalas Simple Shoulder Test (SST), UCLA shoulder score, ASES shoulder score y los rangos de movilidad del hombro. **Resultados:** Se compararon los resultados preoperatorios con los últimos resultados postoperatorios de cada paciente. La media de seguimiento postoperatorio fueron 26 meses (rango 13-41 meses). La media de la escala EVA preoperatoria fue de 8 (6-10), bajando la EVA postoperatoria a 1,94 (0-8). La media del test UCLA varió de 12,9 (8-32) a 26,94 (11-35). La media del test ASES aumentó de 34,2 (23-36,6) a 77,2 (25-100). El resultado medio del test SST varió de 3,5 (1-6) a 8,8 (2-12). La media de abducción antes de la cirugía fue de 93,61 (50-170), aumentando a 148,75 (60-180) postoperatoria. La antepulsión media aumentó de 100,56 (50-170) a 150,3 (70-180). La media de rotación externa mejoró de 24,9 (10-80) a 70,3 (10-80). La rotación interna preoperatoria era hasta Glúteo en el 50%, la postoperatoria era hasta L5 en el 19,4% y hasta L4 en 16,7%. **Conclusiones:** La reparación capsular superior con autoinjerto de PLB es una alternativa terapéutica válida y con buenos resultados clínicos y funcionales en el tratamiento de roturas masivas del manguito rotador. Dos ventajas importantes son el bajo coste de esta técnica y la ausencia de rechazo, ya que el injerto proviene del propio paciente; evitando el uso de implantes o aloinjertos. Otra ventaja es la capacidad de realizar toda la cirugía por una sola vía de abordaje artroscópico. Es una técnica que asocia un bajo número de complicaciones, siendo la principal la pérdida de fuerza persistente, que puede explicarse por la degeneración previa de los tendones del manguito rotador que padecen los pacientes.

CO-32. VALORACIÓN A LARGO PLAZO DE LAS FRACTURAS DE PELVIS TRATADAS QUIRÚRGICAMENTE EN NUESTRO CENTRO.

ALICIA MARÍA RAMOS TÉLLEZ; ALICIA MARÍA RAMOS TÉLLEZ; RAQUEL MORATALLA DE GRACIA; JOSE DIRANZO GARCÍA; VICENTE ESTREMS DIAZ; LORENZO HERNANDEZ FERRANDO

CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Introducción: Las fracturas de pelvis son lesiones de gran relevancia, sobre todo las causadas por mecanismos de alta energía, ya que asocian lesiones musculoesqueléticas o de otros sistemas que implican alta tasa de morbilidad y mortalidad. La reducción y estabilización quirúrgica de estas fracturas ha mejorado progresivamente la recuperación de los pacientes sin embargo las lesiones más complejas todavía conllevan alteraciones funcionales residuales persistentes.

Material y Métodos: Presentamos un estudio retrospectivo donde se analizan pacientes intervenidos de fractura pélvica en nuestro centro entre 2004 y 2010. Se revisan historias clínicas valorando datos epidemiológicos como son la edad y el sexo así como el mecanismo de producción, el tipo de fractura según la clasificación de Young y Burges, el grado de conminución, el tratamiento quirúrgico realizado y la presencia de lesiones asociadas. Mediante entrevista telefónica se evaluó la repercusión en su vida laboral y familiar, así como funcionalidad (Score Funcional D'Aubigne) y calidad de vida (SF-12). **Resultados:** Incluimos veintisiete pacientes intervenidos con fractura de pelvis durante ese periodo. La edad media de los pacientes tratados fue 48 años (rango 27-73). Hubo 21 hombres (78%) y 6 mujeres (22%). El mecanismo de producción en más de la mitad de los casos fue el accidente de tráfico. Las fracturas por compresión lateral de Young fueron las más frecuentes. En cuanto a resultados radiográficos valoramos el grado de complejidad de la fractura así como la calidad de la reducción postquirúrgica y su implicación en los resultados funcionales mediante la obtención de la puntuación media en la escala Merle D'Aubigné y SF-12. Encontramos repercusión tanto en la vida laboral como en la vida personal de los pacientes intervenidos. **Conclusiones:** A modo de conclusión, decir que la reducción anatómica de la fractura de pelvis y su estabilidad es fundamental para conseguir una óptima recuperación funcional del paciente y minimizar la repercusión en su vida familiar y laboral.

CO-33. NIVEL ACADÉMICO EN MEDICINA MUSCULOESQUELÉTICA EN MÉDICOS PREMIR.

ROSELLÓ AÑÓN, ALEJANDRO; JAVIER COLADO DOMÍNGUEZ, JAVIER GARCÍA LAGUARDA; MARÍA JOSÉ SANGÜESA NEBOT, JULIO DOMÉNECH FERNÁNDEZ.

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA-LLIRIA

Introducción: La patología del sistema musculoesquelético es una causa frecuente de demanda asistencial. El conocimiento en medicina musculoesquelética (MME) debe ser esencial para gran parte de las especialidades. Desafortunadamente, gran parte de los médicos internos residentes (MIR) reconocen tener falta de confianza y de competencia en este campo.

Material y Métodos: 50 MIR recién incorporados a su plaza (32 de ellos residentes de COT de la Comunidad Valenciana) completaron el test de competencia básica en MME de Freedman y Berstein. Además realizaron un cuestionario sobre el grado de confianza a la hora de desempeñar cinco tareas habituales en la práctica clínica y sobre la percepción de la carga curricular de MME en su formación académica. **Resultados:** La puntuación media global obtenida en el test fue de 69,44% (SD 13,32%), mientras que la puntuación

concreta para 5 preguntas que se consideraban ¿banderas rojas? fue de 14,34%(SD 2,58%). Con diferencias estadísticamente significativas al comparar entre residentes COT y otras especialidades. La mediana obtenida en la valoración del nivel de confianza en la exploración de heridas fue de 2 sobre 5 (IQR 2), con diferencias significativas ($p=0,014$) entre el grupo COT y el de otras especialidades. La percepción del tiempo dedicado en la facultad en materia de MME fue considerada como adecuada (mediana 3, IQR 1). El 64% modificaría el planteamiento de la parte práctica del currículo en MME. **Conclusiones:** La prueba global fue superada por el 50% de los residentes, lo cual ponen de manifiesto que la enseñanza en MME es deficitaria durante el periodo universitario y formativo preMIR. Consideramos primordial la planificación de acciones formativas que se traduzcan en un aumento de los conocimientos y aptitudes necesarias para su correcto manejo; ya que ello se traduciría en una mayor agilidad del sistema, una mejor asistencia sanitaria y un mejor cribado de derivaciones especializadas.

CO-34. COMPARACION DE PRECIOS DE CIRUGIA DEL SINDROME DEL TUNEL DEL CARPO PARA IMPLEMENTACION DE UNA VIA CLINICA WALANT.

SANJUAN CERVERÓ, RAFAEL; PEÑA MOLINA, FERNANDO; DE LA IGLESIA, NICOLAS H.; NOVOA PARRA, CARLOS; FRANCO FERRANDO, NURIA

HOSPITAL DE DENIA

Introducción: La denominada anestesia tipo WALANT acrónimo de ¿Wide Awake Local Anesthetic No Tourniquet?. Para el paciente representa, el cambiar el concepto de intervención quirúrgica disminuyendo la ansiedad del paciente y equiparándola a una visita al dentista. Nuestro objetivo consiste en valorar el precio en condiciones reales de una cirugía de STC en un quirófano ordinario y en la adaptación quirúrgica con anestesia tipo WALANT. **Material y Métodos:** Estimación de costes directos. Los precios de los sueldos de personal laboral se calculan en la base de un empleado de 15 años de experiencia con sus complementos. Para el cálculo del personal necesario para las intervenciones quirúrgicas se establecen dos supuestos: A) Dotación completa con 2 cirujanos, 1 anestésista, 2 enfermeras, 1 auxiliar y un celador y B) quirófano WALANT dotado únicamente de un cirujano y una enfermera. Los precios de consultas, ingresos y material quirúrgico ha sido proporcionado por el centro promotor del estudio. Se establecen para el cálculo 8 cirugías por jornada laboral. **Resultados:** Los gastos atribuibles a personal son de 136,9 ? por cirugía en el supuesto de quirófano con dotación completa y de 45,03? del supuesto de quirófano WALANT con tan solo un cirujano y una enfermera. Se ha valorado el ingreso como CMA para el quirófano ordinario en 121,32? Y el quirófano de cirugía menor en 77,28?. La realización del preoperatorio se ha valorado en 125,04? El global asciende a un precio de 578 ? en un quirófano ordinario y 314,16 en un quirófano WALANT, lo que supone una disminución del precio de la cirugía del STC del 45,6% a favor del quirófano tipo WALANT. **Conclusiones:** La implementación de un circuito WALANT para la realización de cirugías del STC supone una diferencia de casi la mitad de los gastos atribuibles a un proceso quirúrgico en un quirófano ordinario.

CO-35. PERCEPCION DE LAS COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES TRATADOS CON COLAGENASA EN LA ENFERMEDAD DE DUPUYTREN.

SANJUAN CERVERÓ, RAFAEL; PEÑA MOLINA, FERNANDO; DE LA IGLESIA, NICOLAS H; NOVOA PARRA, CARLOS; FRANCO FERRANDO, NURIA

HOSPITAL DE DENIA

Introducción: La valoración y cuantificación de los efectos secundarios relativos al tratamiento con colagenasa para la enfermedad de Dupuytren es un tema actualmente en controversia debido al gran número de efectos adversos con escasa importancia que presentan los acientes según la opinión del facultativo que los trata. Se pretende valorar el número de complicaciones percibidas por los pacientes, la concordancia las percibidas por el cirujano y la afectación que tiene la presencia o no de complicaciones percibidas por el paciente con la satisfacción a corto plazo. **Material y Métodos:** Estudio observacional prospectivo. Para valorar las complicaciones tras la infiltración de CCH se presentó a los pacientes un cuestionario tipo Linkert de 4 ítems. La satisfacción con el resultado fue valorada con una escala Linkert de 5 puntos reconvertida a una variable dicotómica. El cambio del estado clínico se realizó mediante el cuestionario BriefMHQ. La satisfacción del proceso asistencial se realizó mediante la primera parte del cuestionario PEM. **Resultados:** Se analizan 85 tratamientos. El número de complicaciones percibido por cada uno de los pacientes fue de 1.48 por un valor de 2.18 percibido por el cirujano. No hubo concordancia con lo percibido por el cirujano como efecto secundario con el paciente, salvo para la rotura de piel de forma muy débil ($k=0.257$) (hematoma $k=0.031$, dolor local $k=0.061$, dolor brazo $k=0.196$ y reacción alérgica $k=0.000$). La valoración mediante el Brief-MHQ muestra una mejoría de 12.1 SD 10.8 puntos desde el estado previo a la intervención ($p < 0,001$). La satisfacción de los pacientes fue del 88%. Un 89% repetiría el tratamiento. **Conclusiones:** La mayoría de los pacientes no percibe las complicaciones determinadas por el cirujano como tales y las califican como menores o con escasas repercusiones. Solo la presencia de laceración cutánea tiene una concordancia mínima y afecta la satisfacción a corto plazo.

CO-36. IMPACTO DEL CONFINAMIENTO ESTRICTO DE LA POBLACIÓN EN LA INCIDENCIA DE FRACTURAS DEL DEPARTAMENTO DE SALUD ARNAU DE VILANOVA-LLIRIA DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19.

SANZ ROMERA, JORGE; MIRANDA GÓMEZ, IGNACIO; SANGÜESA NEBOT, MARÍA JOSÉ; GONZÁLEZ SÁNCHEZ, ANTONIO; DOMÉNECH FERNÁNDEZ, JULIO

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA, VALENCIA

Introducción: Durante la pandemia por COVID-19 se confinó a la población española en sus domicilios durante 2 meses. El objetivo de este trabajo ha sido estudiar la influencia de esta medida en la incidencia de fracturas y la necesidad de ingreso y/o intervención en Cirugía Ortopédica y Traumatología. **Material y Métodos:** Se ha realizado un estudio retrospectivo, analítico, observacional de los pacientes atendidos en los Servicios de Urgencias de los hospitales del departamento (Hospital Arnau de Vilanova y Hospital de Llíria) durante el tiempo que duró el confinamiento estricto (15 de marzo a 15 de mayo de 2020) y se han comparado con los casos del mismo periodo de 2018 y 2019. **Resultados:** Se incluyeron 56332 pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarias. Ha habido un descenso del número de urgencias totales atendidas durante el confinamiento (2020) que en los mismos

periodos de 2018 y 2019. El número de fracturas atendidas disminuyó un 58,8% en el periodo de confinamiento estricto, y las necesidades de ingreso o cirugía por parte del servicio de COT disminuyeron un 37,6%. Se observó una reducción de las fracturas de miembro superior y de miembro inferior, sin embargo, se mantuvieron sin cambios las fracturas vertebrales y las fracturas de cadera (siendo estas últimas las más frecuentes en los 3 periodos estudiados). **Conclusiones:** Tanto la reducción del número total de fracturas atendidas en los servicios de urgencias como la estabilidad en la incidencia de fracturas de cadera, deben ser tenidos en cuenta en las previsiones para establecer planes de contingencia ante situaciones de pandemia que conlleven confinamiento de la población, para poder prever las necesidades de recursos humanos y de material. NOTA: los resultados de este trabajo han sido aceptados para su publicación en Journal of Orthopaedic Science, pero consideramos que su importancia en el ámbito de nuestra Comunidad, hacen que su presentación en el congreso sea relevante.

CO-37. SINOVORTESIS RADIOISOTÓPICA CON RENIO EN SINOVITIS VILLONODULAR DE HOMBRO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

ALFREDO VILLAR BLANCO; JOSE IGNACIO PEREZ CORREA; MARINA ESTEBAN PEÑA; DIEGO MARTINEZ LOPEZ; JOSE LUIS RODRIGO PEREZ

HOSPITAL DOCTOR PESET

Introducción: La sinovitis villonodular pigmentada (SVNP) es un desorden proliferativo de la sinovial, que afecta a articulaciones, bursas y vainas tendinosas. En este trabajo, presentamos el manejo de un paciente con SVNP de hombro y su tratamiento con sinoviortesis. **Material y Métodos:** Paciente varón, 30 años, con cuadro clínico de 2 años de evolución de luxaciones anteriores de repetición de hombro derecho, dolor y limitación de la movilidad. En la exploración física apreciamos 90° de abducción, 90° de antepulsión, rotación interna hasta T12 y externa de 30-35° con tests de aprensión de hombro anterior y posterior positivos. La RMN muestra una lesión de Hill-Sachs asociada a Bankart óseo y una hipertrofia de la sinovial con depósitos de hemosiderina, hallazgo que nos orienta hacia una SVNP; este estudio es completado con una RMN con contraste que confirma el engrosamiento de la sinovial en la articulación glenohumeral y la corredera bicipital. El paciente es sometido a una cirugía abierta de reparación de la lesión de Bankart asociada a sinovectomía abierta con tenodesis bicipital con anclaje a húmero. La anatomopatología de la biopsia del material quirúrgico confirma la sospecha diagnóstica de SVNP. Como terapia adyuvante a la cirugía, se decide la realización de una sinoviortesis con Renio para disminuir el riesgo de recidiva. **Resultados:** En una nueva RMN a los 3 meses de la sinoviortesis se evidencian restos de la sinovitis que afectan de manera difusa a toda la articulación. Se decide entonces realizar un desbridamiento artroscópico y una nueva infiltración con Renio intraarticular. En la última revisión realizada a los 8 meses de la segunda intervención, el paciente se encuentra asintomático y con movilidad completa, y en una nueva RMN no evidenciamos recidiva de la sinovitis. **Conclusiones:** La sinovectomía artroscopia es el tratamiento preferido por la mayoría de los autores en estos casos, ya que nos permite llegar a zonas de difícil acceso como la cápsula posterior e inferior. La sinoviortesis como terapia adyuvante en las SVNP ha demostrado su utilidad, disminuyendo las tasas de recidiva de esta entidad.

RE CO



SOTOCAV