

NÚMERO

P-01

PRIMER AUTOR

PÉREZ SOLAUN, MIKEL

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

AUTORES

MIKEL PÉREZ SOLAUN DANIEL MONTANER ALONSO

TITULO

PISIFORMECTOMÍA COMO TRATAMIENTO DE LA TENOSINOVITIS DEL FC ASOCIADA A GANGLIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Los gangliones de la eminencia hipotenar asociados al tendón FCU presentan frecuentemente un desafío terapéutico debido a su alta tasa de recidiva tras la simple exéresis. La etiopatogenia reside en que estos quistes no suelen ser lesiones aisladas del tendón, sino herniaciones de la cápsula de la articulación pisi-piramidal. El pisiforme, como hueso sesamoideo incluido en el FCU, aumenta el brazo de palanca del músculo, sometiendo a la articulación a fuerzas de cizallamiento que favorecen la degeneración articular y la formación de quistes sinoviales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta un caso de una mujer de 55 años con dolor en región hipotenar que es diagnosticada mediante RMN de ganglión de 8x4mm asociado al FCU. Tras el fracaso del tratamiento conservador se lleva a cabo una enucleación del pisiforme mediante mínimo abordaje preservando la continuidad funcional entre el FCU y los ligamentos pisi-ganchoso y pisi-metacarpiano.

RESULTADOS

La extirpación del pisiforme elimina el "generador" del problema al suprimir la superficie articular enferma y detener la producción de líquido sinovial patológico. Los resultados clínicos muestran un alivio completo del dolor y la desaparición de la sintomatología mecánica sin compromiso significativo de la fuerza de prensión o del rango de movilidad de la muñeca. En los casos con compromiso de espacio en el canal de Guyon, la cirugía logra una descompresión inmediata del nervio cubital.

CONCLUSIONES

La pisiformectomía es una opción terapéutica eficaz y definitiva frente a la simple quistectomía en gangliones dependientes de la articulación pisi-piramidal. Al eliminar el origen sinovial del quiste y los osteofitos irritantes, se minimiza el riesgo de recidiva y se resuelve la sintomatología neurológica asociada, manteniendo la integridad biomecánica del carpo.

NÚMERO

P-02

PRIMER AUTOR

PELLICER GARCIA, VICENTE

CENTRO

HOSPITAL VIRGEN DE LOS LIRIOS, ALCOI

AUTORES

VICENTE PELLICER GARCÍA

TITULO

LUXACIÓN PERIASTRAGALINA LATERAL ABIERTA IRREDUCTIBLE: A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Las luxaciones periastragalinas laterales son lesiones infrecuentes de alta energía, con elevada tasa de irreductibilidad por interposición de partes blandas y riesgo de compromiso neurovascular. La identificación precoz de las estructuras tendinosas implicadas es fundamental para evitar maniobras repetidas que incrementen el daño tisular y comprometan la perfusión distal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 50 años que sufrió accidente de parapente resultante en luxación periastragalina lateral abierta, asociada a ausencia de pulso tibial posterior. Se realizó revisión quirúrgica urgente identificándose interposición tendinosa con efecto de "lazo" alrededor del cuello del astrágalo del tendón tibial posterior y del flexor largo del hallux, que impedían la reducción, procediéndose a la tenotomía de ambos. Se evidenció lesión irreparable de la arteria tibial posterior, acometiendo su ligadura. Se procedió a fijación externa y reconstrucción de partes blandas, confirmándose viabilidad mediante eco-doppler y competencia del arco plantar.

RESULTADOS

La tomografía computarizada postoperatoria confirmó la reducción anatómica. La evolución fue favorable, sin complicaciones vasculares ni infecciosas. El fijador externo se retiró a las seis semanas, iniciándose carga protegida con buena evolución.

CONCLUSIONES

En las luxaciones periastragalinas laterales irreductibles, el tendón tibial posterior y los flexores constituyen las principales causas de bloqueo mecánico. Insistir en maniobras de reducción sin liberar las estructuras interpuestas puede agravar el daño tisular y comprometer la perfusión distal. La lesión de la arteria tibial posterior no excluye viabilidad si la arteria pedia mantiene perfusión efectiva; no obstante, es una situación límite que requiere monitorización estricta.

NÚMERO

P-04

PRIMER AUTOR

HERNÁNDEZ BALADA, JAVIER

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO FRANCESC DE BORJA, GANDIA

AUTORES

JAVIER HERNÁNDEZ BALADA, BENITO PICAZO GABALDÓN, ANNA ARABÍ SOLIVERES, LAURA GIMÉNEZ SALES, DAMIÁN MIFSUT MIEDES

TITULO

RECONSTRUCCIÓN DE APARATO EXTENSOR CON ALOINJERTO EN ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA DE REVISIÓN.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Introducción: Las lesiones del aparato extensor, incluyendo la rotura del tendón rotuliano, el cuadricepsital y la fractura de rótula, tienen una incidencia del 0,1-2,5%, y requieren tratamiento quirúrgico. La reparación primaria tiene una alta tasa de fracaso y la reconstrucción con aloinjerto o malla es el tratamiento de elección.

MATERIAL Y MÉTODOS

Material y métodos. Paciente de 55 años, con antecedente de enfermedad de Charcot-Marie-Tooth y pies cavos neurológicos. Portadora de prótesis total de rodilla bilateral. En 2021 sufrió una fractura periprotésica de rótula izquierda, tratada ortopédicamente. Más tarde el mismo año, la paciente fue intervenida por inestabilidad anteroposterior, realizándose un recambio de polietileno, aumentando 5 tallas. En 2023, se realizó un recambio a Triathlon TS por persistencia de la sintomatología. Posteriormente, tras pérdida de capacidad extensora, se intervino para reparar y reforzar el aparato extensor, mediante aloinjerto de aparato extensor.

RESULTADOS

Resultados. 9 meses postquirúrgico, tras seguimiento por rehabilitación, con escaso cumplimiento del programa de ejercicios domiciliarios, se observó cierta mejoría del déficit extensor, persistiendo la incapacidad para la deambulación sin ayudas. Actualmente la paciente utiliza una ortesis en extensión para asistir con la deambulación.

CONCLUSIONES

Conclusión. A pesar de su baja frecuencia, las lesiones del aparato extensor son complicaciones importantes que causan gran discapacidad. La reconstrucción con aloinjerto o malla es la opción preferida, aunque presentan altas tasas de fracaso y a menudo persiste un déficit funcional importante.

NÚMERO

P-06

PRIMER AUTOR

GUTIÉRREZ PEREIRA, JAVIER

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DOCTOR BALMIS, ALICANTE

AUTORES

GUTIÉRREZ-PEREIRA, JAVIER; GUANZETTI-NIETO, ALESSANDRO; MARKIV-MARKIV, YURIY; GARCÍA-LÓPEZ, ANTONIO

TITULO

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA CONTRACTURA EN FLEXIÓN DE CODO EN LA PARÁLISIS BRAQUIAL OBSTÉTRICA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La contractura en flexión de codo es una secuela frecuente de la parálisis braquial obstétrica (PBO), con importante repercusión funcional y estética. Aunque existen múltiples opciones quirúrgicas, no hay consenso sobre la técnica más eficaz. El objetivo de este estudio fue evaluar los resultados funcionales del tratamiento quirúrgico y analizar la posible pérdida de flexión como complicación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática y metaanálisis siguiendo el modelo PRISMA (PROSPERO: CRD42024629777). Se incluyeron series de casos con pacientes con contractura $\geq 30^\circ$ tratados quirúrgicamente. Se analizaron ocho estudios ($n=119$) que evaluaban liberación anterior, resección de olécranon, alargamiento del tendón del bíceps y artrodiastasis progresiva. Se calculó la diferencia media en ganancia de extensión con IC 95%. Se realizaron análisis por subgrupos según edad y seguimiento. La heterogeneidad se evaluó mediante I^2 .

RESULTADOS

La ganancia media global en extensión fue de $29,69^\circ$ (IC 95%: $23,69-35,53$; $p<0,00001$). La artrodiastasis progresiva mostró la mayor mejoría ($47,00^\circ$), seguida de la liberación anterior ($30,36^\circ$). La resección de olécranon presentó menores ganancias ($\sim 22^\circ$). Los mejores resultados se observaron en seguimientos de 12–36 meses ($29,83^\circ$). Los pacientes mayores de 18 años mostraron mayor mejoría ($47,00^\circ$), aunque basada en un único estudio. No se observó pérdida significativa de flexión postoperatoria. La heterogeneidad fue moderada-alta ($I^2=66\%$).

CONCLUSIONES

El tratamiento quirúrgico mejora significativamente la extensión del codo en pacientes con PBO. La artrodiastasis progresiva ofrece los mayores beneficios, aunque su indicación es limitada. La variabilidad técnica dificulta la comparación directa. Son necesarios estudios prospectivos y estandarización de las técnicas para optimizar la toma de decisiones quirúrgicas.

NÚMERO

P-07

PRIMER AUTOR

MARCO SABATER, ALFREDO

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

AUTORES

MARCO SABATER, ALFREDO ; MORALES VALENCIA, JORGE; BAS HERMIDA, PALOMA; BAS HERMIDA, JOSÉ LUIS; OLIAS ORTIZ, LAURA; ALCÁZAR PÉREZ, ÁLVARO; DOMÉNECH CEBRIÁN, CLAUDIA; CHABUR BARBOZA, JAEL; BAS HERMIDA, TERESA.

TITULO

OSTEONECROSIS DE LA APÓFISIS ODONTOIDES: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La osteonecrosis de la apófisis odontoides es una entidad excepcional debida a un déficit vascular. Dada la precaria irrigación de C2, es susceptible a fenómenos isquémicos idiopáticos o traumáticos que comprometen la estabilidad del complejo atlanto-axial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 56 años que acude a urgencias hospitalarias por dolor cervical de 1 mes de evolución sin mielopatía . En la resonancia magnética (RM) se observa una lesión hipercaptante en la apófisis odontoides. En la tomografía computarizada (TC) se describe una Fractura de odontoides tipo II asociando subluxación atloaxoidea.El diagnóstico diferencial inicial incluyó osteomielitis, etiología traumática, artritis reumatoide y proceso neoplásico (mieloma).

RESULTADOS

Ante la inestabilidad atloaxoidea, se inició estabilización mediante halo-tracción. El caso fue evaluado por un comité multidisciplinar decidiéndose realizar una punción-biopsia transoral. Sin embargo, el paciente durante el ingreso presentó un cuadro de vértigos y dada la inestabilidad atloaxoidea no pudo realizarse las maniobras de reposicionamiento canalicular. Tras tres intentos quirúrgicos fallidos por vómitos incoercibles, se imposibilitó la obtención de muestra histológica.Se procedió al diagnóstico por exclusión: la anamnesis descartó el antecedente traumático y el TC body resultó anodino descartando un posible tumor primario. La analítica mostró marcadores reumatoideos negativos, aunque destacó una elevación de parámetros inflamatorios (PCR: 70,4 mg/L; LDH 290 U/L; Leucocitos: 11.650). Se instauró antibioterapia de amplio espectro (Daptomicina + Piperacilina-Tazobactam), logrando tras tres semanas una normalización analítica (PCR: 7,2 mg/L; LDH 214 U/L; Leucocitos: 4.720). Ante la mejoría clínica y la persistencia de la inestabilidad, se realizó una artrodesis posterior definitiva.

CONCLUSIONES

La osteonecrosis de odontoides es un diagnóstico de exclusión ante la dificultad técnica de la biopsia. La respuesta de los reactantes de fase aguda al tratamiento empírico y el estudio de extensión negativo son claves diagnósticas. En inestabilidades atloaxoideas, la artrodesis posterior es el tratamiento de elección.

NÚMERO

P-08

PRIMER AUTOR

BLETSKAN, ANASTASIYA

CENTRO

HOSPITAL LLUIS ALCANYIS, XÀTIVA

AUTORES

BLETSKAN, ANASTASIYA; GALLEGO TERRES, CRISTINA; PÉREZ ESTUPIÑAN, LINA MARCELA; VALERO FABADO, HELENA; CLIMENT PERIS, VICENTE

TITULO

DE LA PSEUDOARTROSIS DE ESCAFOIDES A LA ARTRODESIS DE PULGAR. TORNILLO DE HUESO ALOGÉNICO HUMANO EN PATOLOGÍA DE MANO Y MUÑECA.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de la pseudoartrosis de escafoides tras el fracaso de la cirugía previa y las luxaciones inveteradas de pulgar son algunos de los retos a los que se enfrentan los traumatólogos hoy en día. El tornillo de hueso alogénico (Shark Screw) surge como una respuesta biológica que permite la estabilidad mecánica sin los inconvenientes del material permanente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta una serie de tres casos tratados con Shark Screw: revisión de 3 pacientes con pseudoartrosis de escafoides, con fracaso del tratamiento quirúrgico previo. Se realizó abordaje por incisión previa, asociando injerto de hueso esponjoso autólogo de radio distal en los casos necesarios. Inmovilización media: 7,3 semanas. Se presenta también un caso de una luxación inveterada de interfalángica distal de primer dedo. Ante la imposibilidad de reducción cerrada por el tiempo de evolución se procedió a realizar reducción abierta y artrodesis mediante tornillo de hueso alogénico a través de un abordaje dorsal.

RESULTADOS

Se alcanzó una tasa de consolidación radiológica del 100% en todos los casos. El tiempo medio de seguimiento fue de 21,8 meses. Se observó una mejoría significativa en las escalas EVA "Escala Visual Analógica" de dolor y QuickDASH "Quick disabilities of the Arm, Shoulder and Hand" en comparación con los valores preoperatorios. En la artrodesis se observó una integración óptima del tornillo alogénico, logrando un pulgar estable, indoloro y funcional para la pinza. No se registraron casos de infecciones ni rechazo de injerto.

CONCLUSIONES

El tornillo de hueso alogénico supone una alternativa eficaz y versátil. Se ha observado una consolidación radiológica en el 100% de los casos analizados junto con una mejoría clínica. Su capacidad de osteointegración elimina el stress shielding y la necesidad de segundas cirugías para retirada de material.

NÚMERO

P-09

PRIMER AUTOR

ORTEGA YAGO, AMPARO

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

AUTORES

AMPARO ORTEGA YAGO, LUCÍA SANCHEZ COZAR

TITULO

DIÁSTASIS DE LA SÍNFISIS PÚBICA PERIPARTO: TRATAMIENTO Y RESULTADOS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La diástasis de la sínfisis púbica periparto (DSPP) es una separación patológica superior a 10 mm de la articulación del pubis. Su incidencia es variable, pudiendo presentarse en uno de cada 300 a 30.000 partos. Se asocia a factores como la laxitud ligamentosa hormonal, macrosomía y partos instrumentados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en un centro de tercer nivel, revisándose 7 casos diagnosticados entre 2015 y 2026. Se analizaron variables demográficas, antecedentes obstétricos (paridad, edad gestacional), detalles del parto (instrumentación, peso del recién nacido), mediciones radiológicas (pre y post-tratamiento) y respuesta al tratamiento.

RESULTADOS

La edad media de las pacientes fue de 35 años (rango 24-40). El 71,4% eran multigestas y el 100% de los casos ocurrió tras parto vaginal, con un 28,5% de casos instrumentados. El peso fetal medio fue de 3.557 g, registrándose un caso de macrosomía (4.090 g) asociado a diástasis sacroilíaca bilateral y posible fractura iliaca. La diástasis media inicial fue de 1,47 cm (rango 0,71-3,4 cm). El 100% recibió tratamiento conservador con rehabilitación y analgesia, y en un caso se empleó además la faja pélvica. En los casos con seguimiento radiográfico, la separación se redujo a una media de 0,43 cm. Clínicamente, todas las pacientes lograron deambulación autónoma y mejoría del dolor, aunque una persistió con incontinencia urinaria de esfuerzo.

CONCLUSIONES

La diástasis de la sínfisis púbica periparto es rara y debe sospecharse ante un dolor pélvico intenso postparto. El diagnóstico precoz y el manejo conservador resultan eficaces, logrando una excelente recuperación funcional y reducción de la brecha interpubiana en la mayoría de los casos.

NÚMERO

P-10

PRIMER AUTOR

RAMÍREZ SÁNCHEZ, LAURA

CENTRO

HOSPITAL LLUIS ALCANYIS, XÀTIVA

AUTORES

DESERIO CUESTA, JULIO ALBERTO; SIMÓN PÉREZ, VICENT; GALLEGO TERRÉS, CRISTINA; CLIMENT PERIS, VICENTE.

TITULO

ARTRODESIS TIBIOTALOCÁLCÁNEA CON ALOINJERTO ESTRUCTURAL DE CABEZA FEMORAL EN FRACTURA DE TOBILLO COMPLICADA.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Las complicaciones infecciosas tras fractura-luxación abierta de tobillo pueden ocasionar pérdida de stock óseo y compromiso de la estabilidad articular. La reconstrucción de estos defectos supone un desafío terapéutico. La artrodesis tibiotalocálcánea asociada a aloinjerto estructural de cabeza femoral constituye una opción para corregir la deformidad y restaurar el soporte estructural.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un varón de 52 años derivado a la consulta por secuela de fractura-luxación abierta de tobillo derecho grado II de Gustilo-Anderson con colapso tibiotalar y pérdida de stock, donde no se pudo realizar tratamiento definitivo por complicación infecciosa. Ante la sospecha de infección subclínica se planifica tratamiento quirúrgico en dos tiempos. En un primer tiempo se realizó osteotomía de peroné, desbridamiento de partes blandas y tejido óseo desvitalizado, colocación de espaciador de cemento cargado con gentamicina y meropenem y estabilización mediante fijador externo. Se remitieron muestras para estudio microbiológico, aislándose *Enterobacter bugandensis*. Se instauró antibioterapia dirigida con cefepima intravenosa durante dos semanas, seguida de trimetoprim/sulfametoxazol oral durante seis semanas. A las 12 semanas se llevó a cabo el segundo tiempo quirúrgico, con retirada del fijador externo y del espaciador, realizándose artrodesis tibiotalocálcánea mediante clavo retrógrado, fresado con sistema RIA® (Synthes) y aporte de aloinjerto estructural de cabeza femoral. Se enviaron nuevas muestras para cultivo.

RESULTADOS

La evolución postoperatoria fue favorable. Los cultivos intraoperatorios resultaron negativos y los reactantes de fase aguda permanecieron dentro de la normalidad. No presentó complicaciones de la herida quirúrgica. Inició carga parcial a las 10 semanas con bota tipo CAM Walker®. A los cuatro meses deambula con una muleta, sin ortesis, sin dolor y sin disimetría clínica. Radiográficamente se observan signos iniciales de consolidación.

CONCLUSIONES

La artrodesis tibiotalocálcánea con aloinjerto estructural de cabeza femoral es una alternativa de rescate válida en pacientes con deformidades postraumáticas complejas y pérdida significativa de stock óseo.

NÚMERO

P-11

PRIMER AUTOR

ELORZ LOZANO, MARÍA

CENTRO

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA - LLÍRIA

AUTORES

M. ELORZ LOZANO; N. JOVER JORGE; A. ROSELLÓ AÑÓN; MJ. SANGÜESA NEBOT.

TITULO

PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAOPERATORIA POR SÍNDROME DE IMPLANTACIÓN DE CEMENTO ÓSEO EN ARTROPLASTIA DE CADERA: MANEJO Y PREVENCIÓN

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El síndrome de implantación de cemento óseo (SICO) es una complicación intraoperatoria asociada principalmente a las artroplastias de cadera cementadas. Se caracteriza por hipotensión, hipoxemia y, en los casos más graves, colapso cardiovascular o parada cardiorrespiratoria. Aunque las formas leves pueden alcanzar incidencias de hasta el 46%, las presentaciones graves son poco frecuentes pero presentan una elevada morbilidad. El objetivo es presentar un caso de SICO grave y revisar las estrategias de manejo y

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión analítica en PubMed sobre SICO y se analizaron los datos clínicos del caso a partir del sistema de historia clínica electrónica del hospital.

RESULTADOS

Caso clínico: Mujer de 80 años con antecedentes de obesidad mórbida, dislipemia y síndrome de apnea-hipopnea del sueño, diagnosticada de fractura subcapital de fémur izquierdo. Se realizó una artroplastia total de cadera cementada. Durante la implantación del vástago femoral desarrolló inestabilidad hemodinámica brusca con hipotensión, hipoxemia y parada cardiorrespiratoria, compatible con SICO grado III. Se iniciaron maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada, soporte vasoactivo y ventilación mecánica, requiriendo ingreso en UCI durante 7 días. La evolución posterior fue favorable, con recuperación clínica progresiva hasta el alta hospitalaria con deambulación asistida.

CONCLUSIONES

El SICO grave es una complicación infrecuente pero potencialmente letal en cirugía protésica de cadera. La identificación preoperatoria de pacientes de riesgo, la monitorización estrecha y la coordinación con el equipo anestésico son fundamentales para su diagnóstico precoz y manejo adecuado. Las medidas preventivas quirúrgicas durante la cementación pueden contribuir a disminuir su incidencia y gravedad.

NÚMERO

P-12

PRIMER AUTOR

RAMÍREZ MIQUEL, DAVID

CENTRO

CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

AUTORES

DAVID RAMÍREZ MIQUEL, JOSE FRANCISO LIROLA CRIADO, DAVID MIGUEL FARRINGTON RUEDA, FRANCISCO JAVIER DOWNEY CARMONA, JOSE MANUEL MARTÍNEZ SALAS

TITULO

RODILLA EN RESORTE INTERNA PEDIÁTRICA SECUNDARIA A VARIANTE ANATÓMICA: CASO CLÍNICO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La rodilla en resorte medial es una entidad poco frecuente con evidencia limitada en la literatura basada en reportes de casos. Esta afección es causada por el resalte de uno o varios de los tendones de la pata de ganso (sartorio, gracilis y semitendinoso) sobre el borde de la meseta tibial medial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de un varón de 9 años diagnosticado de rodilla en resorte interna dolorosa mediante exploración física y ecografía dinámica, sin alteraciones óseas en la radiografía. Debido al fracaso del tratamiento conservador y la persistencia de limitación funcional se acordó con la madre y el paciente tratamiento quirúrgico mediante liberación o transferencia tendinosa. En la exploración intraoperatoria se objetivó que el resorte se debía a un tendón gracilis hipertrófico con una implantación baja del vientre muscular en su cara lateral, así como del tendón semitendinoso y la fascia del compartimento medial.

RESULTADOS

Se decidió tenotomía del gracilis y el semitendinoso así como resección distal del vientre muscular anómalo y liberación de la fascia. Se comprobó la desaparición de la clínica de resorte tras la liberación. El paciente realizó un protocolo de recuperación con movilidad progresiva y carga parcial asistida 4 semanas con aumento progresivo de la carga, para posteriormente volver a sus actividades con normalidad.

CONCLUSIONES

La rodilla en resorte medial es una entidad rara. El diagnóstico se alcanza con la exploración y con apoyo de técnicas de imagen como la ecografía, y su tratamiento debe ser inicialmente conservador, con tratamiento quirúrgico individualizado si el anterior falla, en función de las estructuras causantes de la clínica. Actualmente la recomendación es realizar tenodesis o tenotomía, debido a la escasa repercusión clínica que esto provoca.

NÚMERO

P-14

PRIMER AUTOR

PARRA-CALABUIG, LAURA

CENTRO

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA - LLÍRIA

AUTORES

PARRA-CALABUIG LAURA, MELIÁ-TORÁN ALEJANDRA, MUÑOZ-GUERRERO MARTA, SANZ-ROMERA JORGE, SANGÜESA-NEBOT MARIA JOSÉ.

TITULO

LA ARCADEA DE STRUTHERS: DE LA CONFUSIÓN HISTÓRICA A LA RELEVANCIA QUIRÚRGICA EN LA CIRUGÍA DEL NERVILO CUBITAL. UNA REVISIÓN NARRATIVA.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Aunque la compresión del nervio cubital se produce habitualmente a nivel del túnel cubital, existen otros puntos de atrapamiento proximales en el brazo que pueden condicionar el fracaso de la descompresión quirúrgica. Entre ellos, la denominada Arcada de Struthers ha sido descrita clásicamente como un posible sitio de compresión proximal del nervio cubital. Sin embargo, su definición anatómica, prevalencia e importancia clínica han sido objeto de controversia durante décadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

El objetivo de esta revisión narrativa es analizar el origen histórico del concepto de Arcada de Struthers, revisar la evidencia anatómica disponible y discutir su relevancia en la práctica quirúrgica actual. Para ello se realizó una revisión de la literatura utilizando las bases de datos PubMed, Scopus y Google Scholar, incluyendo artículos históricos, estudios anatómicos cadavéricos y publicaciones clínicas relevantes sobre compresión proximal del nervio cubital.

RESULTADOS

La literatura demuestra una importante confusión terminológica. John Struthers describió en 1854 el proceso supracondíleo y el ligamento de Struthers, estructuras relacionadas con el nervio mediano, pero nunca describió una arcada asociada al nervio cubital. Posteriormente, varios autores utilizaron el término "Arcada de Struthers" para referirse a diversas estructuras fasciales del brazo medial, lo que explica la gran variabilidad en las tasas de prevalencia reportadas. Los estudios contemporáneos sugieren que la compresión proximal del nervio cubital está relacionada con un complejo fascial formado por el septo intermuscular medial, la fascia braquial y el ligamento braquial interno.

CONCLUSIONES

Desde una perspectiva quirúrgica, la liberación de este complejo fascial proximal durante la descompresión del nervio cubital puede ser relevante para evitar descompresiones incompletas y reducir el riesgo de cirugía de revisión.

NÚMERO

P-15

PRIMER AUTOR

MAES, ARTHUR S M

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

AUTORES

A. MAES, JP. MENCÍA, J. BARRERA, P. BAS

TITULO

PRAF: UNA CAUSA INFRADIAGNOSTICADA DE LUMBOCIÁTICA

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Niña de 11 años. Refiere cuadro de dolor lumbar progresivo de 1 semana de evolución. Inicio asociado a juego en camas elásticas. El dolor irradia a cara posterior de MMII, especialmente MID, asocia parestesias en MID, aumenta con la deambulación, la paciente adopta flexión anterior del tronco antiálgica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Valorada por pediatría, solicitan radiografías y RMN que lleva al diagnóstico de protrusión discal L5-S1. Valorada por Unidad de Raquis. EF: Dolor lumbar con irradiación y parestesias en cara posterior de MID hasta pie. Marcha de talones conservada. Máximo de 2-3 pasos en marchas de puntas. Fuerza motora, reflejos y movilidad de columna conservados. Lasegue +: D a 35º; I a 25º. Bragard + bilateral. Guiados por la sospecha clínica se solicita TC, que confirma diagnóstico de PRAF del platillo superior de S1 asociada a hernia discal.

RESULTADOS

Tratamiento conservador: analgesia, analgesia neuropática, relajante muscular, rehabilitación y corsé rígido Alkatene. Buena evolución en sala, control del dolor y retorno a actividades de la vida diaria. Se decide alta.

Seguimiento en consultas externas (1 mes de evolución), hace vida normal sin aun volver al deporte. Remisión casi total del dolor, con corsé a tiempo completo y analgesia pautada.

CONCLUSIONES

La PRAF es una causa infradiagnosticada de lumbociática aguda, especialmente en población joven. Su clínica inespecífica, baja incidencia y necesidad de pruebas complementarias como el TC hacen necesaria una alta sospecha clínica para llegar a su diagnóstico.

NÚMERO

P-16

PRIMER AUTOR

ELORZ LOZANO, MARÍA

CENTRO

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA - LLÍRIA

AUTORES

M. ELORZ LOZANO; C. VILLANUEVA DOLCET.

TITULO

HEMATOMA INTRAMUSCULAR COMPLICADO POR NOCARDIA: UNA ETIOLOGÍA INFRECUENTE EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Las infecciones por *Nocardia* spp. son infrecuentes y se presentan habitualmente en pacientes inmunodeprimidos, con afectación predominante pulmonar o del sistema nervioso central. La afectación de partes blandas es rara y puede simular procesos habituales, dificultando el diagnóstico. Presentamos un caso de infección por *Nocardia* otitidiscaviarum sobre un hematoma intramuscular femoral.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica en PubMed y se analizaron los datos clínicos del caso a partir de la historia clínica electrónica.

RESULTADOS

Caso clínico Varón de 76 años con insuficiencia renal crónica, artritis reumatoide en tratamiento corticoideo, diabetes secundaria a esteroides y antecedentes oncológicos. Consultó por dolor y supuración en la región posterior de la rodilla izquierda, con antecedente reciente de hematoma intramuscular isquiotibial en contexto de trombosis venosa profunda y tratamiento anticoagulante. A la exploración presentaba una tumoración fluctuante con fístula cutánea y drenaje seropurulento, asociada a leucocitosis y elevación marcada de proteína C reactiva. Se realizó drenaje y lavado de la colección en urgencias con toma de muestras para cultivo. La resonancia magnética evidenció una colección intramuscular extensa (≈ 15 cm) en el músculo semimembranoso compatible con hematoma complicado. El cultivo aisló *Nocardia* otitidiscaviarum, iniciándose tratamiento con trimetoprim-sulfametoxazol durante tres meses, asociado a drenaje y curas seriadas. La evolución fue favorable, con resolución de la infección y cierre de la fístula.

CONCLUSIONES

La infección de partes blandas por *Nocardia* debe considerarse en pacientes inmunodeprimidos con colecciones de evolución atípica o mala respuesta al tratamiento convencional. El diagnóstico microbiológico precoz y el tratamiento combinado mediante drenaje y antibioterapia prolongada dirigida son claves para un resultado favorable.

NÚMERO

P-17

PRIMER AUTOR

DOMÉNECH CEBRIÁN, CLAUDIA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

AUTORES

DOMÉNECH CEBRIÁN, CLAUDIA. ROS AMPLE, TERESA. CHABUR BARBOZA, JAEL. ALCAZAR PEREZ, ALVARO. MARCO SABATER, ALFREDO

TITULO

LA OSIFICACION HETEROTÓPICA EN LA PROTESIS TOTAL DE CADERA: REVISIÓN DEL MANEJO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La osificación heterotópica (OH) consiste en la formación de hueso en tejidos blandos donde no debería existir. Se forma mediante un proceso de osificación endocondral. Tras una prótesis total de cadera (PTC), su prevalencia oscila entre el 15% y el 40%, sin embargo, la mayoría de las veces son de bajo grado sin limitaciones en la vida diaria. El objetivo de este trabajo es revisar el manejo diagnóstico-terapéutico de esta complicación basándose en la literatura actual (2015-2025) a propósito de un caso clínico complejo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica de los últimos 10 años y se analizó retrospectivamente el caso de un varón de 78 años con fractura subcapital intervenido mediante una prótesis total de cadera (PTC) no cementada con abordaje posterolateral en junio de 2019. Se incluye un total de 28 artículos para la revisión del manejo diagnóstico-terapéutico de la presente complicación.

RESULTADOS

Nuestro paciente desarrolló una OH grado IV de Brooker al mes de la cirugía, evolucionando hasta una rigidez y dolor incapacitantes a los 6 meses. Durante su seguimiento se descartó infección periprotésica subyacente y no se realizó resección por decisión del paciente. La literatura confirma que la radiografía sigue siendo la prueba diagnóstica de referencia, aunque biomarcadores como CTX-1 podrían permitir un diagnóstico más precoz. Entre los factores de riesgo destacan el uso de drenaje, el abordaje lateral y el uso de nuevos anticoagulantes orales. Por el contrario, el efecto hemostático del ácido tranexámico parece tener un efecto protector ante el desarrollo de esta complicación. Es importante descartar una infección periprotésica subyacente cuando se presente una OH.

En cuanto a la prevención, los AINEs como el diclofenaco y etoricoxib superan actualmente a la indometacina en eficacia y perfil de efectos adversos. La radioterapia se reserva para la prevención secundaria tras la resección quirúrgica. La resección quirúrgica se reserva para casos incapacitantes preferiblemente cuando las calcificaciones han completado la maduración.

CONCLUSIONES

En la actualidad, la osificación heterotópica tras una PTC continúa siendo una complicación de manejo complejo, por lo que la prevención adquiere un papel fundamental. Medidas como la realización de una cirugía atraumática, una hemostasia meticulosa, un lavado quirúrgico exhaustivo, el mantenimiento de adecuadas condiciones de asepsia, la administración perioperatoria de ácido tranexámico IV y el uso de AINEs como los COXIB para el control del dolor postoperatorio, pueden contribuir a reducir la aparición de calcificaciones y deberíamos tenerlas en cuenta en nuestro día a día. A pesar de la literatura revisada, tanto el momento óptimo como las indicaciones para la resección quirúrgica siguen siendo aspectos controvertidos, lo que pone de manifiesto la necesidad de realizar más estudios sobre el manejo de esta complicación.

NÚMERO

P-18

PRIMER AUTOR

BELLIDO BELLO, ÍÑIGO LUIS

CENTRO

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA - LLÍRIA

AUTORES

ÍÑIGO LUIS BELLIDO BELLO, JULIO DOMÉNECH FERNÁNDEZ, ALEJANDRO ÁLVAREZ LLANAS, ESTEBAN TORTOSA SIPAN

TITULO

HERNIA DISCAL TORÁCICA CALCIFICADA GIGANTE: ABORDAJE POSTERIOR BILATERAL Y LIBERACIÓN MEDULAR 360° MEDIANTE TÉCNICA DE REDUCCIÓN A LÁMINA FLOTANTE: CASO CLÍNICO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Las hernias discales torácicas calcificadas (HDTC) representan menos del 1% de todas las hernias discales y su manejo quirúrgico es especialmente complejo por la adherencia dural y el escaso espacio en el canal torácico. Los abordajes anteriores y posterolaterales unilaterales conllevan un riesgo significativo de lesión medular iatrogénica y rotura dural. La técnica de pediclectomía bilateral con lámina flotante permite la descompresión medular indirecta por vía exclusivamente posterior con menor riesgo neurológico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 62 años que consultó por un cuadro progresivo de inestabilidad y torpeza de la marcha asociado a episodios de incontinencia urinaria. La resonancia magnética (RM) y la tomografía computarizada (TC) evidenciaron una voluminosa HDC a nivel T11-T12 que condicionaba compresión medular grave con acintamiento y desplazamiento del cordón medular. Ante el elevado riesgo asociado a la manipulación directa del fragmento calcificado y adherida a la dura, se optó por un abordaje posterior mediante técnica de lámina flotante. El procedimiento consistió en pediclectomía bilateral, sección radicular bilateral T11-T12 y labrado de un lecho óseo en el tercio posterior de los cuerpos vertebrales adyacentes. Posteriormente se efectuó el fresado progresivo de la hernia calcificada, preservando una lámina ósea residual adherida a la cara anterior de la duramadre, permitiendo su migración espontánea y logrando una descompresión medular indirecta. Se completó con artrodesis posterolateral instrumentada. La evaluación se realizó mediante la escala Japanese Orthopaedic Association (JOA) y control de imagen preoperatorio y postoperatorio. El período de seguimiento fue de 6 meses.

RESULTADOS

La paciente presentó mejoría significativa de la fuerza en ambos miembros inferiores, recuperación del control esfinteriano y disminución de las parestesias. La puntuación JOA ascendió de 12 a 17 puntos a las dos semanas. La TC postoperatoria evidenció descompresión medular satisfactoria con migración anterior de la lámina flotante. No se registraron complicaciones relevantes a 6 meses de seguimiento y la paciente refiere una mejoría significativa.

CONCLUSIONES

La técnica de lámina flotante constituye una alternativa segura y reproducible para el tratamiento de HDC de gran tamaño mediante abordaje exclusivamente posterior, minimizando el riesgo de lesión medular iatrogénica y rotura dural inherente a los abordajes anteriores y posterolaterales unilaterales.

NÚMERO

P-19

PRIMER AUTOR

NAVARRO ORTIZ, JAVIER

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

AUTORES

NAVARRO ORTIZ, JAVIER; MUÑOZ POY, YAIZA; ABAD APARICIO, CLAUDIA; BLAS DOBÓN, JOSE ANTONIO; RODRIGO PÉREZ, JOSE LUÍS

TITULO

PRESENTACION DE UNA TECNICA NOVEDOSA EN EL TRATAMIENTO DE LA LUXACION RECURRENTE DE PROTESIS INVERSA DE HOMBRO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La revisión de la artroplastia inversa de hombro (AIH inestable) es un reto considerable, con tasas de recurrencia que oscilan entre el 20 % y el 40 %. Aunque la inestabilidad suele vincularse a la malposición de los componentes o a la insuficiente tensión de las partes blandas, los ajustes convencionales (como la distalización o reorientación de los implantes) no logran resolver el problema en el 20 % de los casos, cronificando la luxación

MATERIAL Y MÉTODOS

Ante el fracaso de las cirugías de revisión convencionales, se presenta una técnica quirúrgica novedosa mediante una banda de material sintético (polidioxanona) que abraza los componentes protésicos, sujetándolos sin necesidad de perforar el cuello escapular (que a menudo asocia riesgo de fractura). Este material se inserta en el cono morse de la glenófera y, una vez colocada, se reduce la prótesis y se abraza a modo de "corbata" sobre el componente humeral y se anuda en posición neutra.

RESULTADOS

Hasta la fecha se han tratado 2 pacientes mediante esta técnica quirúrgica, logrando un resultado satisfactorio. Ambos pacientes presentaban una inestabilidad crónica donde habían fracasado múltiples cirugías de recambio de componentes (2 y 4 cirugías previas)

CONCLUSIONES

Cuando se presenta una artroplastia inversa de hombro inestable las técnicas de rescate convencionales (cerclajes, bandas de tensión, plastias o transferencias tendinosas) son complejas y de resultados funcionales inciertos. La cirugía de revisión mediante banda de material sintético es de fácil ejecución y garantiza la resolución de la inestabilidad, con resultados funcionales satisfactorios.

NÚMERO

P-20

PRIMER AUTOR

ABAD APARICIO, CLAUDIA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

AUTORES

CLAUDIA ABAD APARICIO (SOCIA SOTOCAV) YAIZA MUÑOZ POY JAVIER NAVARRO ORTIZ ANA CRISTINA CERCOS LLETÍ PILAR CAMPILLO ALONSO JOSÉ LUIS RODRIGO PÉREZ

TITULO

COMPORTAMIENTO IN VIVO DE LA LIBERACIÓN DE VANCOMICINA EN SUSTITUTOS ÓSEOS SINTÉTICOS (SULFATO DE CALCIO E HIDROXIAPATITA): ESTUDIO DE UN CASO CLÍNICO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La infección protésica constituye una complicación severa en cirugía ortopédica. Su tratamiento estándar implica frecuentemente la extracción del implante y el uso de espaciadores con liberación local de antibióticos para erradicar el proceso infeccioso antes del reimplante

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de una mujer de 80 años con infección recidivante de prótesis inversa de hombro derecho, tras fracaso de recambio previo en dos tiempos y sin aislamiento microbiológico. Se procedió a la extracción de componentes y relleno con CERAMENT V, un sustituto óseo sintético (60% sulfato de calcio, 40% hidroxapatita) que incorpora 66 mg de vancomicina por mL. Se monitorizó la elución del antibiótico in vivo mediante el análisis del contenido del drenaje (redón) a las 24, 48 y 72 horas postoperatorias

RESULTADOS

Se emplearon 2,5 mL de cemento (carga inicial: 165 mg de vancomicina). Los resultados de elución fueron: 0-24h: 50 mL de volumen, concentración 1750 µg/mL (87,5 mg eliminados) 24-48h: 20 mL de volumen, concentración 559 µg/mL (11,2 mg eliminados) 48-72h: 15 mL de volumen, concentración 354 µg/mL (5,31 mg eliminados). A las 72 horas, la concentración se mantuvo significativamente por encima de la concentración mínima inhibitoria para patógenos grampositivos habituales.

CONCLUSIONES

Este estudio demuestra la viabilidad de monitorizar la liberación de vancomicina in vivo, superando la limitación de los estudios in vitro previos. El sustituto óseo evaluado garantiza una liberación inicial masiva y efectiva del antibiótico en el lecho quirúrgico durante el periodo crítico postoperatorio, validando su eficacia en el manejo local de infecciones protésicas complejas.

NÚMERO

P-21

PRIMER AUTOR

MENCÍA GONZÁLEZ, JUAN PEDRO

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

AUTORES

JUAN PEDRO MENCÍA GONZÁLEZ, JEAN MARÍA GÓMEZ ALESSANDRI, MARTA SALOM, MARIA DE LOS ÁNGELES BLASCO, ARANZAZU PEDRAZA, NEREA MATEO

TITULO

TRATAMIENTO DE SINOSTOSIS RADIOCUBITAL PROXIMAL CONGÉNITA SEVERA MEDIANTE OSTEOTOMÍA DERROTADORA INTRAPERIÓSTICA DE DOBLE NIVEL

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La sinostosis radiocubital proximal congénita (SRCC) es una malformación rara que fija el antebrazo en pronación severa, limitando actividades cotidianas como la higiene y la alimentación. Presentamos el caso de una paciente tratada mediante una osteotomía derrotadora intraperióstica de doble nivel en dos tiempos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 13 años con SRCC unilateral y limitación funcional marcada. Se realizó un abordaje doble: osteotomía en el tercio medio-distal del radio y en el tercio proximal del cúbito (distal a la sinostosis). Siguiendo la técnica descrita, se preservó meticulosamente el periostio y se resecaron segmentos óseos de 20 mm en ambos huesos. Dichos segmentos fueron morcelados y reintroducidos como injerto autólogo dentro del tubo perióstico, sin utilizar fijación interna. Tras la cirugía, el antebrazo se mantuvo en su posición original durante 14 días. En un segundo tiempo, bajo sedación, se realizó la rotación manual hasta alcanzar una posición neutra (0°), minimizando la tensión de los tejidos blandos y las posibles complicaciones asociadas.

RESULTADOS

A las 6 semanas de la intervención, tras la retirada del yeso, se confirmó mediante radiología la formación de callo óseo inicial y la estabilidad de la corrección. En la exploración física inmediata, la paciente presentó una mejoría de la deformidad de 80°, pasando de una pronación severa a una posición neutra funcional (0°). No se observaron complicaciones neurovasculares, pérdida de corrección ni signos de síndrome compartimental. Actualmente, la paciente ha iniciado el uso de una ortesis protectora y se mantiene bajo seguimiento clínico para completar el proceso de consolidación definitiva.

CONCLUSIONES

La osteotomía derrotadora de doble nivel en dos etapas es un procedimiento seguro y eficaz. Al evitar la fijación interna y secuenciar la rotación, se minimizan las complicaciones vasculares y nerviosas. Los resultados obtenidos a las 6 semanas muestran una corrección funcional significativa y una excelente evolución inicial en esta paciente con SRCC severa.

NÚMERO

P-22

PRIMER AUTOR

JARABO GARCÍA, MIGUEL ANGEL

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

AUTORES

MIGUEL ÁNGEL JARABO GARCÍA MARTA JIMÉNEZ FERRER DANIEL MONTANER ALONSORAÚL GANDÍA
MARTÍNEZ MIKEL PÉREZ SOLAUN JOSÉ LUIS RODRIGO PÉREZ

TÍTULO

TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES DE LA VAINA TENDINOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El tumor de células gigantes de la vaina tendinosa (TCGVT) es una neoplasia benigna que afecta principalmente a la mano, siendo el segundo tumor más frecuente en esta localización. Predomina en mujeres entre la tercera y quinta década de la vida. Presenta una tasa de recurrencia local elevada, descrita hasta en un 45%. Nuestro objetivo es determinar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuado ante un TCGVT.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 62 años con tumoración en el cuarto dedo de la mano izquierda en la F3 zona volar, con extensión hasta la lámina ungueal de varios meses de evolución. La ecografía mostró una lesión de partes blandas que rodeaba circunferencialmente la F3, asociada a ligera erosión ósea. La resonancia magnética evidenció un tumor sólido circunferencial de 1,7 x 1,5 x 1,8 cm con infiltración ósea y un área dorsal de características atípicas, orientando el diagnóstico hacia TCGVT. Tras comentar el caso en el comité de tumores debido a la infiltración ósea y al comportamiento atípico del tumor se decidió realizar una biopsia, siendo imprescindible el estudio histopatológico completo para confirmar el diagnóstico definitivo.

RESULTADOS

Se realizó resección adaptada a la localización tumoral mediante disección y exéresis completa del tumor junto con su cápsula, asegurando márgenes de tejido sano. Tras la resección se objetivó un defecto de cobertura en el lecho ungueal, que precisó reconstrucción mediante injerto cutáneo de espesor total obtenido de la eminencia hipotenar. Se comprobó la integridad de los tendones y se revisó el campo quirúrgico en busca de nódulos satélite. El estudio anatomopatológico confirmó hallazgos compatibles con TCGVT con extensos cambios esclerosos.

CONCLUSIONES

El diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen y confirmación histológica. La escisión quirúrgica completa, con márgenes y revisión exhaustiva del lecho quirúrgico, constituye el tratamiento de elección y la principal medida para reducir la recurrencia. El papel de la radioterapia adyuvante continúa siendo controvertido.

NÚMERO

P-23

PRIMER AUTOR

PORTOS IGLESIAS, AINHOA

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

PORTOS IGLESIAS, AINHOALAPEÑA MARTÍNEZ, ANDRÉSALBEROLA GARCÍA, ADRIÁNGUZMÁN CRESPO, PABLOTABORGA SÁNCHEZ, RODOLFO IGNACIO

TITULO

CODO FLOTANTE: DEL CONTROL INICIAL A LA OSTEOSÍNTESIS DEFINITIVA

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El codo flotante es una lesión infrecuente en adultos que consiste en la fractura ipsilateral del húmero y del antebrazo, generando una desconexión funcional del codo. Suele asociarse a traumatismos de alta energía y politraumatismos, pudiendo coexistir lesiones neurovasculares. Su manejo supone un desafío terapéutico y requiere una adecuada priorización dentro del paciente politraumatizado, así como una estrategia quirúrgica individualizada orientada a restaurar la estabilidad y la función.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de un varón de 58 años politraumatizado tras accidente de motocicleta. A la exploración presentaba deformidad e impotencia funcional del codo derecho, sin compromiso neurovascular distal. Las pruebas de imagen evidenciaron fractura supraintercondílea de húmero tipo 13C3, asociada a fracturas de radio y cúbito. Manejo en dos tiempos: inicialmente fijación externa en delta húmero-cúbito. Posteriormente, osteosíntesis definitiva: fijación provisional del cúbito mediante miniplaca para estabilización inicial. A continuación, abordaje transolecraniano con osteotomía de Chevron y reducción anatómica del húmero distal con doble placa. Posteriormente, colocación de placa larga en cúbito, fijando la osteotomía y la fractura diafisaria, sobrepasando la miniplaca. Finalmente, abordaje de Thompson y fijación radial con placa LCP.

RESULTADOS

El paciente presentó evolución favorable, iniciando movilidad precoz con balance articular limitado inicialmente. Con rehabilitación progresiva, se observó mejoría funcional. A los cuatro meses alcanzó pronación completa, supinación de 90 grados y flexoextensión de 30 a 100 grados, con adecuada consolidación ósea y sin complicaciones. No se registraron infecciones ni fallos de material, manteniéndose alineación adecuada en controles radiográficos seriados. El paciente retomó actividades básicas de la vida diaria de forma independiente, persistiendo leve limitación residual sin repercusión funcional.

CONCLUSIONES

El codo flotante requiere un manejo escalonado en el paciente politraumatizado. La fijación externa inicial permite estabilizar el miembro y controlar el daño en fases precoces. Posteriormente, la osteosíntesis definitiva de ambos segmentos óseos resulta fundamental para restaurar la estabilidad articular y favorecer una recuperación funcional satisfactoria

NÚMERO

P-24

PRIMER AUTOR

MORENO RIVELLES, JUAN

CENTRO

HOSPITAL VITHAS CONSUELO VALENCIA

AUTORES

JUAN MORENO RIVELLES 1, 2DAMIAN MIFSUT MIEDES 3,4 1. COT. HOSPITAL VITHAS CONSUELO. VALENCIA2. UNIDAD DE REHABILITACIÓN. CLÍNICA DR. MORENO.3. COT. HOSPITAL FRANCESC DE BORJA. GANDÍA4. CÁTEDRA DE ANATOMÍA. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE VALENCIA

TITULO

TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO EN COT. CONSIDERACIONES

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico no oncológico (DCNO) constituye un problema de salud prevalente y complejo, especialmente en el ámbito de la Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT). Su fisiopatología integra mecanismos nociceptivos, neuropáticos y nociplásticos, con una creciente evidencia del papel de la sensibilización central. El abordaje actual recomienda un enfoque biopsicosocial y multimodal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo realizado en una consulta de COT entre enero de 2023 y diciembre de 2024. Se incluyeron 124 pacientes con DCNO de origen musculoesquelético (duración >6 meses). Se registraron variables demográficas, etiología del dolor, intensidad mediante escala visual analógica (EVA), discapacidad (Índice de Oswestry o WOMAC según patología), y cribado de componente neuropático (DN4). Asimismo, se evaluaron factores psicosociales mediante la escala HADS. Los pacientes recibieron un tratamiento multimodal individualizado basado en ejercicio terapéutico, educación en neurociencia del dolor y, cuando fue necesario, tratamiento farmacológico ajustado. Seguimiento medio: $9,6 \pm 3,2$ meses.

RESULTADOS

La muestra presentó una edad media de $58,3 \pm 12,1$ años, con predominio femenino (62%). Etiología del dolor: Artrosis: 46%; Dolor lumbar crónico: 34%; Secuelas postraumáticas: 20%. Clasificación del dolor: Nociceptivo predominante: 41%; Neuropático: 18%; Nociplástico: 21%; Mixto: 20%. El 37% de los pacientes presentó cribado positivo para componente neuropático ($DN4 \geq 4$), y el 42% mostró síntomas de ansiedad y/o depresión (HADS). Tras la intervención: Reducción media de EVA: de $7,2 \pm 1,1$ a $4,3 \pm 1,6$ ($p < 0,001$) Mejora funcional: Oswestry: reducción del 18% WOMAC: mejora del 22%. Disminución del consumo de opioides en un 28% de los pacientes. Solo el 9% requirió valoración quirúrgica, confirmándose indicación en el 5%. Los mejores resultados se observaron en pacientes con alta adherencia al ejercicio terapéutico y menor carga psicosocial.

CONCLUSIONES

El DCNO en COT presenta una elevada heterogeneidad fisiopatológica, con frecuente participación de mecanismos nociplásticos y factores psicosociales. El abordaje multimodal centrado en intervenciones no farmacológicas permite mejorar significativamente la intensidad del dolor y la funcionalidad, reduciendo la necesidad de tratamientos invasivos. El objetivo terapéutico debe orientarse hacia la mejora funcional y la calidad de vida, más que a la desaparición completa del dolor.

NÚMERO

P-25

PRIMER AUTOR

PIÑEIRO RAMÍREZ, BLANCA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

AUTORES

PIÑEIRO RAMIREZ, BLANCA ; RIVKIN SANCHEZ, ELENE; ORTEGA YAGO, AMPARO ; BAEZA OLIETE, JOSE ; ARGÜELLES LINARES, FRANCISCO

TITULO

INFECCIÓN PERIPROTÉSICA POLIMICROBIANA: FACTORES ASOCIADOS Y SU IMPACTO EN LOS RESULTADOS CLÍNICOS Y LA CURACIÓN

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Las infecciones articulares periprotésicas (IAP) representan una de las complicaciones más graves en cirugía protésica. Las formas polimicrobianas se han vinculado con peores resultados clínicos y mayores tasas de recidiva.

Nuestro estudio pretende analizar los factores de riesgo asociados, describir los microorganismos implicados y evaluar sus resultados clínicos

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio retrospectivo unicéntrico en hospital de referencia de infecciones osteoarticulares, incluyendo 49 pacientes con infecciones periprotésicas polimicrobianas diagnosticados entre enero de 2017 y diciembre de 2024. Se definió polimicrobiana la infección con ≥ 2 microorganismos aislados en muestras intraoperatorias. La curación se estableció como ausencia de clínica infecciosa y no requerimiento de terapia antibiótica supresora. Se recogieron variables demográficas, comorbilidades, perfil microbiológico, tipo de cirugía y resultados clínicos. El seguimiento mínimo fue de 12 meses.

RESULTADOS

La edad media de los pacientes fue de 66 años, proporción varón:mujer de 3:2. Las localizaciones fueron cadera (45%) y rodilla (36,6%), miembro superior (16,3%) y otras (2%). Los paciente presentaron altas tasas de obesidad (40,8%) e hipertensión arterial (53,1%). El 60% correspondieron a infecciones crónicas y el 75,5% contaban con una cirugía previa. Predominaron *Staphylococcus* spp. (63,2%), incluyendo *S.aureus* (12,2%), *S. epidermidis* y *S. hominis*; el 20% fueron bacilos gramnegativos. El 55,1% fueron multirresistentes. La curación se alcanzó en el 73,4%. No se observó una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de infección y la curación ($p = 0,458$) aunque sí entre el tipo de infección y el tipo de tratamiento ($p = 0,005$); las infecciones agudas presentaron mayor probabilidad de curación (OR 5,8; IC 95%).

CONCLUSIONES

Las infecciones polimicrobianas parecen observarse con mayor frecuencia en pacientes con comorbilidades y cirugías previas, siendo *staphylococcus* de los más frecuentes y multirresistentes, lo que sugiere la necesidad de manejo individualizado en centros especializados.

NÚMERO

P-26

PRIMER AUTOR

SAYAS LADAGA, MARINA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

AUTORES

SAYAS LADAGA, MARINA; ORTEGA YAGO, AMPARO; CASTRO FERNANDEZ, ALICIA.

TITULO

COMPLICACIONES DE LA OSTEOMIELITIS EN DREPANOCITOSIS: DE LA INFECCIÓN A LA FRACTURA PATOLÓGICA.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La osteomielitis es una complicación frecuente en pacientes con drepanocitosis, debido a la presencia de infartos óseos y a la mayor susceptibilidad a infecciones. Su diagnóstico supone un reto debido a la similitud clínica con crisis vasooclusivas. Además estas alteraciones predisponen a complicaciones mecánicas, como fracturas patológicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de un varón de 21 años con anemia falciforme que presenta fiebre, tumefacción y dolor en muslo izquierdo de varios días de evolución. La resonancia magnética evidenció osteomielitis aguda diafisaria femoral bilateral, sobre áreas de infarto óseo, con colecciones subperiósticas asociadas en fémur izquierdo.

RESULTADOS

Se realizó tratamiento quirúrgico mediante desbridamiento y ventana ósea en cara lateral de fémur, con relleno con sulfato cálcico con vancomicina y gentamicina. La evolución inicial fue favorable y fue dado de alta con antibioterapia. A los 6 meses sufrió una fractura patológica de fémur izquierdo en la zona de osteomielitis tras traumatismo de baja energía. Se estabilizó de forma inicial mediante fijador externo monolateral y posteriormente se cambió a fijador externo circular tipo hexápodo para realizar corrección de la fractura debido a los antecedentes de osteomielitis y evitar un enclavado intramedular. Tras 7 meses se retiró el fijador y se colocó un clavo endomedular anterógrado profiláctico para la prevención de fracturas posteriores, con evolución satisfactoria.

CONCLUSIONES

En pacientes con drepanocitosis, la osteomielitis sobre zonas de necrosis aumenta el riesgo de fracturas patológicas, incluso después del control de la infección. El manejo escalonado con desbridamiento quirúrgico, estabilización con fijador y enclavado profiláctico permite el control de la infección y la prevención de nuevas fracturas.

NÚMERO

P-27

PRIMER AUTOR

ALBERO CATALÁ, LUIS

CENTRO

HOSPITAL GENERAL DE ELDA

AUTORES

ALBERO CATALÁ, LUIS; GONZÁLEZ SALAS, ELENA; SOUTO GORRITA, FRANCISCO JAVIER; CASTAÑ NAVARRO, ANA MARÍA; ORIA LÓPEZ, JAVIER; LÓPEZ DEL RÍO, MARÍA

TITULO

LUXACIÓN DE PRÓTESIS DE BISAGRA ROTATORIA DE RODILLA POR ROTURA DEL COMPONENTE DE POLIETILENO EN PACIENTE DE 73 AÑOS

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Las prótesis de bisagra rotatoria de rodilla se emplean en cirugía de revisión compleja, especialmente en situaciones de inestabilidad ligamentosa severa, fracaso previo de artroplastia o pérdida ósea importante. Presentan tasas de supervivencia descritas entre el 70–90% a medio plazo, con una tasa global de complicaciones que puede alcanzar el 20–40%. Entre estas complicaciones, la luxación protésica es una entidad poco frecuente (menos del 5%), generalmente asociada a fallo mecánico del implante. Presentamos un caso de luxación de prótesis de bisagra rotatoria secundaria a rotura del polietileno.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 73 años, con antecedente de artroplastia total de rodilla primaria complicada con infección, que precisó cirugía de revisión mediante implantación de prótesis de bisagra rotatoria. A los 6 meses de la intervención, acude a urgencias por cuadro de dolor agudo e impotencia funcional, sin antecedente traumático claro. A la exploración física presenta inestabilidad y limitación severa de la movilidad. Las pruebas de imagen confirman luxación de la prótesis, por lo que se decide intervención quirúrgica de revisión.

RESULTADOS

Durante la intervención se objetiva luxación de la prótesis secundaria a rotura del componente de polietileno, condicionando la pérdida de congruencia del mecanismo de bisagra. Se procede al recambio del componente de polietileno y revisión de los elementos protésicos, comprobando adecuada estabilidad y alineación. En el postoperatorio, la paciente presenta evolución favorable, iniciando movilización progresiva y carga parcial según tolerancia. En el seguimiento, la paciente se encuentra sin dolor, con adecuada estabilidad articular y recuperación funcional satisfactoria.

CONCLUSIONES

La luxación de prótesis de bisagra rotatoria es una complicación poco frecuente pero potencialmente grave en cirugía de revisión de rodilla. El fallo del componente de polietileno, aunque raro, debe considerarse como causa de inestabilidad protésica aguda. El tratamiento quirúrgico precoz mediante recambio del componente afectado permite restaurar la estabilidad articular y obtener buenos resultados funcionales.

NÚMERO

P-28

PRIMER AUTOR

SOUTO GORRITA, FRANCISCO JAVIER

CENTRO

HOSPITAL GENERAL DE ELDA

AUTORES

SOUTO GORRITA FRANCISCO JAVIER, CASTAÑ NAVARRO ANA MARÍA, ORIA LÓPEZ JAVIER, LÓPEZ DEL RÍO MARÍA, ALBERO CATALÁ LUIS, GONZÁLEZ SALAS ELENA.

TITULO

LUXACIÓN POSTERIOR DE HOMBRO BILATERAL TRAS CRISIS COMICIAL EN PACIENTE DE 50 AÑOS.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La luxación posterior bilateral de hombro tras crisis comicial es una patología infrecuente. En ocasiones, estas luxaciones pasan desapercibidas en la evaluación inicial, lo que conlleva un diagnóstico tardío y complica significativamente el tratamiento y pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de un varón de 50 años que acudió a urgencias tras crisis comicial con dolor mecánico en ambos hombros. Fue diagnosticado inicialmente como dolor muscular postcomicial. Tras 4 meses de persistencia del dolor, acude de nuevo a urgencias y se realizó radiografía. Fue remitido a la consulta de cirugía ortopédica con el diagnóstico de luxación posterior de ambos hombros. Tras valoración clínico-radiológica, el paciente fue intervenido quirúrgicamente (técnica de McLaughlin modificado) de ambos hombros. Empleamos un abordaje deltopectoral, realizando tenotomía de la porción larga del bíceps (PLB), transposición de la tuberosidad menor con subescapular al defecto humeral y fijación con anclajes SwiveLock R y sutura FiberTape R de Arthrex. Tras la cirugía se inmovilizaron los hombros con un cabestrillo y se inició tratamiento fisioterápico a las 4 semanas.

RESULTADOS

La evolución clínico funcional fue satisfactoria. El paciente no presentaba dolor al año de las cirugías. Se consiguió una recuperación de la silueta normal del hombro. Ambos hombros presentaban una elevación de 140º, una abducción de 120º, una rotación externa de 40º (mano en cabeza codo al lado) y una rotación interna de 30º (mano en L5). Ambos hombros evolucionaron favorablemente sin complicaciones.

CONCLUSIONES

Importancia de sospechar luxación posterior de hombro en pacientes con dolor en hombro tras crisis comicial. La evaluación radiográfica y una correcta exploración física es fundamental para evitar diagnósticos erróneos. En estos casos, la literatura refleja que el McLaughlin modificado es un tratamiento válido, mostrando buenos resultados funcionales y mejoría significativa tanto en el rango de movimiento como en las escalas funcionales.

NÚMERO

P-29

PRIMER AUTOR

FONTABELLA CASTELLANOS, HÉCTOR

CENTRO

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA - LLÍRIA

AUTORES

HÉCTOR FONTABELLA CASTELLANOS, MARÍA JOSÉ SANGÜESA NEBOT, RAFAEL FERNÁNDEZ GABARDA, JAVIER GARCÍA LAGUARTA.

TITULO

ANGIOLEIOMIOMA: UN TUMOR BENIGNO POCO HABITUAL

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Existen una amplia variedad de neoplasias benignas y malignas de partes blandas que pueden originarse en el pie, la mayoría suelen ser benignas. Dentro de los tumores benignos los más habituales suelen ser el tumor de células gigantes de la vaina tendinosa, fibroma plantar, schwannoma o hemangioma lipoma. En ocasiones se pueden encontrar otros menos frecuentes como el fibromixoma axial o angioleiomioma.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentación de un caso clínico sobre el hallazgo, evolución y tratamiento de angioleiomioma en la base de cuarto dedo de pie derecho.

RESULTADOS

Paciente de 54 años presentó nódulo en base de falange proximal de cuarto dedo pie derecho doloroso a palpación y deambulación. En radiografía simple se apreció un nódulo calcificado circundante a la base de cuarto dedo pie. En resonancia magnética se observó una tumoración situada en tejido celular subcutáneo, encapsulada, totalmente calcificada, de bordes regulares y que no infiltra estructuras locales. Se procedió a exéresis quirúrgica del tumor. El aspecto macroscópico fue de una masa calcificada, de consistencia dura y se remitió a anatomía patológica. El diagnóstico definitivo fue de angioleiomioma, dando por finalizado el tratamiento.

CONCLUSIONES

El angioleiomioma es una neoplasia benigna poco frecuente de origen muscular liso vascular. El diagnóstico definitivo se alcanza mediante anatomía patológica tras su exéresis. Es de interés considerarlo dentro del diagnóstico diferencial de lesiones nodulares dolorosas de partes blandas, así como el papel de la resección quirúrgica como tratamiento curativo, con excelente pronóstico y baja tasa de recurrencia.

NÚMERO

P-30

PRIMER AUTOR

LÓPEZ DEL RÍO, MARÍA

CENTRO

HOSPITAL GENERAL DE ELDA

AUTORES

MARÍA LÓPEZ DEL RÍO, JAVIER ORIA LÓPEZ, ELENA GONZÁLEZ SALAS, LUIS ALBERO CATALÁ, FRANCISCO JAVIER SOUTO GORRITA, ANA MARÍA CASTAÑ NAVARRO

TITULO

EPIFISIOLISIS DE CABEZA DE RADIO OCULTA TRAS LUXACIÓN DE CODO: UN DIAGNÓSTICO FÁCILMENTE PASADO POR ALTO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Las luxaciones de codo son poco frecuentes en población pediátrica, representando entre el 3% y el 6% de las lesiones de codo. Se producen con mayor frecuencia en pacientes de entre 10 y 15 años, con mayor incidencia en varones. La forma más común de presentación es una luxación posterior, por un mecanismo de abducción y extensión forzadas. Generalmente, se presentan asociadas a otras fracturas. Aunque la más frecuente es la fractura de epicóndilo medial, se debe tener en mente otras posibilidades, como la epifisiolisis de cabeza de radio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 10 años que acude a urgencias por dolor y deformidad en codo derecho tras caída accidental. Tras realizar radiografía, se observa luxación posterior de codo. En urgencias, se realiza maniobra de reducción cerrada e inmovilización mediante férula braquial a 90°. Tras correcta comprobación mediante radiografía, se decide alta y seguimiento en consultas. A la semana, la paciente fue vista en consulta, donde se objetiva en la radiografía una epifisiolisis de cabeza de radio grado IV, según la clasificación de Judet, por lo que se decide intervención quirúrgica programada.

RESULTADOS

Se realiza reducción abierta mediante abordaje lateral de codo y fijación con agujas K de 1mm, con inmovilización mediante férula braquial a 90°. A las 4 semanas se realiza retirada de férula y agujas. A las 7 semanas, la paciente no presenta dolor, con una movilidad de 100° flexión y -30° extensión, con pronosupinación casi completa. A los 3 meses, presenta movilidad de codo similar a contralateral, y se observa consolidación de fractura en radiografía, por lo que a los 6 meses se decide alta.

CONCLUSIONES

Los pacientes con luxación de codo pueden tratarse con éxito mediante una reducción cerrada en urgencias. Sin embargo, gran parte de los que presentan una fractura asociada, requieren tratamiento quirúrgico posterior. Es importante ante lesiones de este tipo, explorar minuciosamente al paciente tras la reducción y prestar especial atención a los controles radiográficos posteriores.

NÚMERO

P-31

PRIMER AUTOR

IBÁÑEZ ODENA, LUCÍA

CENTRO

HOSPITAL GENERAL CASTELLÓN

AUTORES

LUCÍA IBÁÑEZ ODENA, LUCÍA RONCERO VILANOVA

TITULO

FRACTURA DE ESCAFOIDES TARSIANO: A PROPÓSITO DE UN CASO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Las fracturas del escafoides tarsiano son lesiones poco frecuentes, representando un bajo porcentaje de las fracturas del pie, y suelen asociarse a traumatismos de alta energía. La literatura describe que estas fracturas pueden presentarse de forma aislada o en combinación con lesiones del mediopié, incluyendo fracturas metatarsianas y luxaciones asociadas. Su diagnóstico puede ser complejo debido a la superposición anatómica en radiografías convencionales, siendo frecuente el uso de tomografía computarizada para su correcta caracterización. El tratamiento varía según el desplazamiento y la estabilidad, desde manejo conservador hasta reducción abierta y fijación interna (RAFI), especialmente en casos con incongruencia articular o lesiones asociadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de un varón de 17 años que acude tras un accidente con patinete eléctrico con dolor, impotencia funcional y deformidad en el pie derecho. Las pruebas de imagen evidencian fractura del escafoides tarsiano asociada a fracturas del cuarto y quinto metatarsianos, junto con luxación de la base del quinto metatarsiano. Se decide tratamiento quirúrgico mediante reducción abierta y fijación interna. Bajo anestesia regional, se realiza abordaje dorsal, reducción anatómica de las fracturas y estabilización mediante agujas de Kirschner, comprobando la adecuada alineación bajo control fluoroscópico. Se inmoviliza posteriormente con férula suropédica.

RESULTADOS

El paciente presenta una evolución favorable, sin complicaciones inmediatas postquirúrgicas. A las semanas de seguimiento, se observa consolidación ósea progresiva y recuperación funcional, con restauración de la alineación del mediopié. La retirada del material se realiza sin incidencias y se inicia rehabilitación, alcanzando una reincorporación progresiva a la actividad habitual.

CONCLUSIONES

Las fracturas combinadas del escafoides tarsiano con lesiones asociadas del mediopié requieren un alto índice de sospecha diagnóstica y evaluación radiológica adecuada. En casos con desplazamiento y luxación asociada, la reducción abierta y fijación interna con agujas de Kirschner constituye una opción eficaz para restaurar la anatomía y la función del pie. Un manejo precoz y adecuado busca buenos resultados clínicos y funcionales en pacientes jóvenes.

NÚMERO

P-32

PRIMER AUTOR

GUZMÁN CRESPO, PABLO

CENTRO

HOSPITAL GENERAL DE ELCHE

AUTORES

MOTA HERNÁNDEZ, A.; PORTOS IGLESIAS A.; LIZANA GRACÍA, J.M; GUZMÁN CRESPO. P; TALAVERA GOSÁLBEZ, J.J. (PRINCIPAL)

TITULO

LUXACIÓN INVETERADA DE ARTICULACIÓN ASTRÁGALO-ESCAFOIDEA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La luxación inveterada de la articulación talonavicular es una lesión rara, debidas en mayor frecuencia a traumatismos de alta energía, y que con frecuencia pasan desapercibidas en el ámbito hospitalario. El objetivo de este trabajo es establecer un diagnóstico precoz y un tratamiento efectivo de esta lesión, a fin de evitar secuelas funcionales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mostramos el caso de un paciente diagnosticado de esguince III en otro centro tras caída hace 2 meses con persistencia de dolor e inestabilidad. Las pruebas de imagen informaron de luxación dorsal y medial de la cabeza astragalina respecto al escafoides; de incongruencia articular subastragalina y tibio-astragalina; y de desgarro de ligamentos talonavicular, astrágalo-escafoideo dorsal, peroneo-astragalino anterior y deltoideo. El tratamiento quirúrgico consistió en una artrodesis de la articulación talonavicular con tornillos de 4.5mm, acompañado de un alargamiento percutáneo del tendón de Aquiles para aumentar grados de dorsiflexión. Complementariamente, se fijó provisionalmente la articulación subastragalina con agujas y se confeccionó una plastia de Bostrom-Gould ante la existencia de un bostezo lateral en escopia.

RESULTADOS

La evolución postoperatoria reciente fue satisfactoria, retirando la férula y agujas al mes y medio, permitiendo la carga completa del tobillo e iniciando terapias rehabilitadoras. Finalmente, el paciente fue dado de alta con un balance articular de tobillo de (10º/30º) y con una estabilidad de tobillo objetivable a la deambulacion.

CONCLUSIONES

La luxación inveterada de articulación astrágalo-escafoidea es una entidad infrecuente y de diagnóstico difícil, siendo fundamentales el TC y/o RM. La artrodesis astrágalo-escafoidea es una opción válida en el tratamiento de esta patología. Un diagnóstico y tratamiento adecuados, incluso en fases tardías, pueden proporcionar resultados funcionales óptimos, aunque el riesgo de secuelas pueda ser mayor.

NÚMERO

P-33

PRIMER AUTOR

GUZMÁN CRESPO, PABLO

CENTRO

HOSPITAL GENERAL DE ELCHE

AUTORES

REBATE NEBOT E.; SERNA BERNÁ R.; TABORGA SÁNCHEZ R.I.; ALBEROLA GRACÍA A.; GUZMÁN CRESPO. P (PRINCIPAL)

TITULO

DEL PELAJE AL HUESO: UN CASO INUSUAL DE OSTEOMIELITIS.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La osteomielitis es una infección del tejido óseo que, entre las causas menos frecuentes, se encuentra la presencia de cuerpo extraño, que actúan como nidus infeccioso favoreciendo la persistencia bacteriana y dificultando el diagnóstico y la resolución del proceso. En determinados contextos laborales, especialmente aquellos que implican microtraumatismos repetidos y exposición a material biológico, puede desarrollarse lo que se conoce como osteomielitis ocupacional. El objetivo de este trabajo es resaltar la importancia de considerar cuerpos extraños poco habituales en una osteomielitis de evolución tórpida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se muestra el caso de una mujer de 48 años, de profesión peluquera canina, derivada del MAP por alteración dérmica de meses de evolución en el primer dedo de la mano derecha, sin mejoría con AB oral y con una Rx que muestra progresión de zona lítica en falange distal de dicho dedo. La RM informó de osteomielitis crónica con ruptura de corticales óseas, por lo que se le intervino mediante curetaje y limpieza de la lesión con desbridamiento de tejidos adyacentes + toma de cultivos intraoperatorios + relleno del defecto óseo con cemento con gentamicina. Durante la cirugía se pudieron apreciar pelos tanto en tejido celular subcutáneo como en el defecto medular óseo.

RESULTADOS

La evolución postoperatoria inicial fue satisfactoria, siguiendo la pauta antibiótica correspondiente, con ausencia de clínica infecciosa y con movilidad de pulgar conservada. Sin embargo, con el paso de los meses, se objetivó una reaparición del edema en pulgar y supuración asociada. Actualmente, la paciente se encuentra en tto. AB oral empírico y pendiente de una nueva RM para valorar nueva obtención de muestras para cultivo.

CONCLUSIONES

La osteomielitis por cuerpos extraños es una causa poco frecuente que debe considerarse ante infecciones de evolución tórpida o atípica. Determinadas profesiones con exposición a material biológico implican riesgos infecciosos poco reconocidos. El diagnóstico puede ser difícil y requiere un alto índice de sospecha clínica, siendo la cirugía clave tanto en la confirmación como en el tratamiento. La identificación y retirada del cuerpo extraño, junto con el tratamiento antibiótico correspondiente, es fundamental para la resolución de la infección y prevenir recurrencias.

NÚMERO

P-34

PRIMER AUTOR

TORNERO FERNÁNDEZ, LORENA

CENTRO

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO, VALENCIA

AUTORES

TORNERO FERNÁNDEZ L, SEGURA MORENO R, GUILLÉN BOTAYA E, MINGUEZ REY M, PINO ALMERO L.

TITULO

EPIFISIOLISIS FEMORAL PROXIMAL BILATERAL NO SIMULTÁNEA

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La epifisiolisis femoral proximal (EFP) es una patología frecuente en la edad pediátrica, asociada a factores mecánicos, endocrinometabólicos y genéticos. La elevada tasa de afectación bilateral supone un reto en su manejo y condiciona la toma de decisiones terapéuticas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de un varón de 10 años con obesidad (IMC P99) diagnosticado de EFP izquierda tras traumatismo de baja energía. El diagnóstico se confirmó mediante radiografía anteroposterior y axial de cadera. Se realizó fijación in situ urgente mediante osteosíntesis percutánea con tornillo canulado de rosca completa (6,5 mm), bajo control escópico, con orientación perpendicular a la fisis y centrado epifisario. Se efectuó seguimiento clínico y radiológico seriado. Posteriormente, ante la aparición de clínica contralateral, se confirmó EFP derecha metacrónica, tratada mediante la misma técnica.

RESULTADOS

Evolución clínico-funcional favorable, con recuperación progresiva de la movilidad y deambulación. Durante el seguimiento se objetivó rotura del implante sin repercusión clínica ni signos de inestabilidad, manejada de forma conservadora. A los 7 meses se diagnosticó EFP contralateral, tratada quirúrgicamente sin incidencias. No se evidenció progresión del deslizamiento ni complicaciones mayores, con resultado clínico y radiológico satisfactorio.

CONCLUSIONES

La EFP presenta una elevada incidencia de afectación bilateral, por lo que debe valorarse la fijación profiláctica contralateral en pacientes de alto riesgo. La fijación in situ con tornillo canulado, junto con un seguimiento clínico-radiológico estrecho, constituye la base del manejo y permite optimizar los resultados y prevenir complicaciones.

NÚMERO

P-35

PRIMER AUTOR

SESMA BENITO, MIGUEL

CENTRO

IMED VALENCIA

AUTORES

MIGUEL SESMA BENITO, ERNESTO FERNÁNDEZ GARCÍA

TITULO

USO DE RECTO FEMORAL PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE LCA

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La reconstrucción del ligamento cruzado anterior mediante plastia del tendón del recto femoral representa una alternativa emergente en cirugía ortopédica. El recto se localiza en la capa superficial del tendón cuadriceps, con una longitud media de 300.8 ± 29.6 mm y un segmento libre de adherencias profundas de aproximadamente 36 mm.

MATERIAL Y MÉTODOS

PROPIEDADES BIOMECÁNICAS La plastia obtenida se caracteriza por ser significativamente más larga y presentar una configuración plana, similar a las plastias de isquiotibiales. Estudios cadavéricos demuestran que puede proporcionar injertos con diámetros de 8.75 ± 0.75 mm (doble), 9.9 ± 1 mm (triple) y 11.4 ± 0.8 mm (cuádruple), con longitudes correspondientes de 151.2 ± 16.3 mm, 98.5 ± 13.3 mm y 74.0 ± 7.7 mm respectivamente. Estas características facilitan su manipulación quirúrgica, permiten un mejor ajuste en los túneles óseos y aportan versatilidad durante la reconstrucción. El tendón presenta fibras paralelas de buena calidad y grosor ajustable, siendo útil tanto en cirugía primaria como de revisión.
COMPOSICIÓN ANATOMOPATOLÓGICA La evidencia histológica sugiere que el tendón de recto femoral contiene cerca de 99% de colágeno tipo I aproximadamente un 20% más respecto a otros injertos, así como mayores ratios de fibrillas intersticiales y densidad fibroblástica. Esta composición se ve reforzada por su similitud estructural con el tendón rotuliano, incluyendo un patrón de ondulación (crimping) característico de tejidos con predominio de colágeno tipo I.
MENOR IATROGENIA Y RIESGO ARTICULAR La obtención de la plastia del tendón del recto femoral presenta un bajo grado de agresión quirúrgica. Su extracción mediante una pequeña incisión permite evitar la manipulación intraarticular y la resección ósea patelar, reduciendo el riesgo de afectación de la articulación patelofemoral, preservando las restantes porciones del aparato extensor (vastos medial, lateral e intermedio) y minimizando el déficit de fuerza del cuádriceps y la morbilidad del sitio donante, así como complicaciones asociadas (dolor anterior de rodilla, fractura patelar o alteraciones sensitivas).

RESULTADOS

Estudios recientes en cirugía de revisión del LCA demuestran que el tendón del recto femoral logra resultados funcionales comparables a los isquiotibiales, con puntuaciones IKDC (74.7 ± 10.9 vs. 74.9 ± 12.9) y Lysholm (90.9 ± 15.0 vs. 89.0 ± 14.6) similares. Además, el diámetro medio del túnel femoral fue de 9.0 mm (rango 7.5-10 mm), permitiendo una reducción del 50% en la necesidad de procedimientos en dos tiempos comparado con isquiotibiales. La tasa de re-ruptura del injerto es comparable a otros autoinjertos (7.1%), confirmando su viabilidad como opción de reconstrucción.

CONCLUSIONES

El tendón de recto femoral es una alternativa válida y reproducible para reconstrucción del LCA y LCP. Presenta alto contenido en colágeno tipo I (~99%), con características histológicas favorables para la ligamentización.

Ofrece una plastia de gran longitud, diámetro ajustable y excelente manejo quirúrgico. Su obtención es menos iatrogénica, preserva el aparato extensor y reduce la morbilidad del sitio donante. Los resultados clínicos son comparables a isquiotibiales, con menor necesidad de cirugías en dos tiempos.

NÚMERO

P-36

PRIMER AUTOR

CASTAÑ NAVARRO, ANA MARÍA

CENTRO

HOSPITAL GENERAL VIRGEN DE LA SALUD ELDA

AUTORES

CASTAÑ NAVARRO, ANA MARIA; SOUTO GORRITA, FRANCISCO JAVIER; LÓPEZDEL RIO, MARIA; ORIA LOPEZ, JAVIER; GONZÁLEZ SALAS, ELENA; ALBERO CATALÁ, LUIS

TITULO

ROTURA DEL TENDÓN DEL PECTORAL MAYOR. REPARACIÓN MEDIANTE LA TÉCNICA PEC-BUTTON. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La rotura del pectoral mayor es una lesión infrecuente pero creciente, que ocurre sobre todo en varones jóvenes por contracción excéntrica del músculo pectoral (press banca). El diagnóstico es clínico y se confirma con resonancia. El tratamiento puede ser conservador o quirúrgico, dependiendo de las características del paciente y del tipo de rotura.

MATERIAL Y MÉTODOS

Dos varones de 38 y 40 años, físicamente activos y sin antecedentes relevantes, presentaron dolor agudo tras un sobreesfuerzo durante el levantamiento de pesas. El diagnóstico clínico inicial se confirmó mediante ecografía y resonancia magnética, evidenciando rotura completa en la inserción humeral. Dada su edad y nivel de actividad se indicó tratamiento quirúrgico. En ambos pacientes se realizó un abordaje deltopectoral modificado con extensión axilar y re inserción del tendón mediante la técnica de Pec-Button.

RESULTADOS

Los pacientes presentaron corrección estética inmediata y adecuada continuidad miotendinosa, recuperando el pliegue axilar inferior. A los 4 meses lograron una movilidad completa y reincorporación a su trabajo habitual. Al año, recuperaron completamente la fuerza previa y mostraron alta satisfacción con el resultado obtenido, reincorporándose a sus actividades laborales y de ocio previas a la lesión, sin limitaciones.

CONCLUSIONES

La técnica Pec-Button ofrece mayor estabilidad y resistencia biomecánica que otras técnicas, permitiendo rehabilitación precoz. Proporciona buena corrección estética y restitución anatómica. Los pacientes presentan una recuperación funcional completa.

NÚMERO

P-37

PRIMER AUTOR

CASTRO FERNÁNDEZ, ALICIA; CARMEN.DEMIGUEL.MORAL@GMAIL.COM

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

AUTORES

CASTRO FERNÁNDEZ, ALICIA; ORTEGA YAGO, AMPARO; SAYAS LADAGA, MARINA

TITULO

UN CASO POCO FRECUENTE DE PSEUDOARTROSIS SÉPTICA HUMERAL

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La pseudoartrosis séptica humeral representa un desafío terapéutico complejo, especialmente en pacientes con cirugías previas y alteraciones biomecánicas del segmento proximal. El tratamiento en dos tiempos permite el control de la infección previo a la reconstrucción definitiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso clínico de un varón de 51 años con antecedente de artrodesis glenohumeral por lesión del plexo braquial, que desarrolló fractura periimplante humeral distal a la placa de artrodesis. Tras osteosíntesis con placa, evolucionó a pseudoartrosis hipertrófica séptica con fístula cutánea activa. Fue valorado por un equipo interdisciplinar, planificando un tratamiento en dos tiempos. En un primer tiempo se llevó a cabo la retirada del material de osteosíntesis, con desbridamiento y resección del foco de pseudoartrosis, toma de cultivos intraoperatorios y estabilización temporal mediante fijador externo monolateral. Durante el periodo de fijación externa, se administró antibioticoterapia sistémica dirigida según antibiograma, habiéndose aislado *Cutibacterium acnes*. Tras confirmación clínica y analítica de erradicación infecciosa, se realizó el segundo tiempo mediante osteosíntesis con fijación interna definitiva mediante placa bloqueada larga.

RESULTADOS

Se logró consolidación ósea completa con erradicación de la infección. Como complicación se documentó neuroapraxia del nervio radial, con recuperación espontánea completa. El paciente mantiene la artrodesis glenohumeral estable y ha recuperado movilidad del codo y la mano, con buena función para realizar actividades de la vida diaria. El seguimiento continúa sin evidencia de recidiva infecciosa ni fallo de consolidación.

CONCLUSIONES

La fijación externa permite el control de la infección y la estabilización temporal del foco de pseudoartrosis, facilitando la conversión posterior a una osteosíntesis definitiva. Este abordaje secuencial es una opción válida en casos complejos de pseudoartrosis séptica humeral con múltiples cirugías previas.

NÚMERO

P-38

PRIMER AUTOR

JIMÉNEZ FERRER, MARTA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

AUTORES

MARTA JIMÉNEZ FERRER, MIGUEL ÁNGEL JARABO GARCÍA, SERGIO LÓPEZ LÓPEZ, CRISTINA CEREZUELA JORDÁN, DANIEL MONTANER ALONSO

TITULO

LA COMPLEJIDAD DEL MANEJO QUIRÚRGICO DE LAS FRACTURAS BIFOCALES DEL HÚMERO EN PACIENTES ANCIANOS

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Las fracturas bifocales del húmero son lesiones poco frecuentes, el 0,1% de las fracturas de extremidad superior. Los casos descritos han sido tratados mediante distintos métodos de osteosíntesis. Sin embargo, cuando existe una fractura proximal conminuta en pacientes ancianos, la viabilidad de la cabeza humeral puede condicionar valorar otros tratamientos, planteándonos en este trabajo una estrategia combinada de artroplastia y osteosíntesis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos dos pacientes mayores de 70 años con una fractura conminuta del extremo proximal del húmero asociada a fractura diafisaria ipsilateral, tipo A3 según la clasificación de Maresca-Pascarella. Esto implicaba un alto riesgo de necrosis de la cabeza humeral, por lo que se plantea una artroplastia invertida de hombro con vástago largo asociando osteosíntesis de la fractura diafisaria.

RESULTADOS

Se realizó un abordaje deltopectoral ampliado. Inicialmente se afrontó la fractura proximal, comenzando por el tiempo glenoideo de la artroplastia, seguido de la preparación inicial del canal humeral. Posteriormente se redujo la fractura diafisaria y se estabilizó de forma provisional mediante una placa. Después se abordan ambas fracturas de forma conjunta, se completa la preparación del canal humeral y se fija la placa mediante cerclajes y tornillos distalmente. Finalmente se implantaron los componentes definitivos de la artroplastia. Tras la cirugía, se inmovilizaron con cabestrillo tres semanas, iniciándose posteriormente ejercicios de movilidad pasiva y asistida. En el seguimiento se objetivó consolidación de las fracturas a los cuatro meses. A los nueve meses ambos pacientes presentaban un balance articular funcional, con aproximadamente 100° de flexión anterior y abducción.

CONCLUSIONES

Las fracturas bifocales del húmero representan un desafío terapéutico debido a su baja incidencia, elevada complejidad y ausencia de consenso en su tratamiento. En pacientes ancianos con fracturas proximales irreconstruibles, la combinación de artroplastia con vástago largo y osteosíntesis diafisaria puede constituir una alternativa eficaz que permite obtener consolidación ósea y una recuperación funcional aceptable.

NÚMERO

P-39

PRIMER AUTOR

ROSA MONCADA, FABIO

CENTRO

HOSPITAL LLUIS ALCANYIS, XÀTIVA

AUTORES

FABIO ROSA, CRISTINA GALLEGO, VICENTE CLIMENT

TITULO

SÍNDROME DE FENTON: ¿ESTAMOS INFRADIAGNÓSTICANDO LAS LESIONES ASOCIADAS AL ESCAFOIDES?

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Fenton, se define como la asociación de fractura de escafoides y hueso grande, constituye una variante poco frecuente de las luxofracturas carpianas. Su baja incidencia y la dificultad para identificar lesiones asociadas condicionan un infradiagnóstico relevante, con potenciales complicaciones como pseudoartrosis o necrosis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 22 años con traumatismo de muñeca izquierda. Diagnosticado inicialmente de fractura de escafoides mediante radiografía simple, ante sospecha de lesión asociada se amplía estudio con TC, evidenciándose fractura transversal de escafoides con discreta conminución y fractura concomitante de hueso grande, sin signos de inestabilidad ligamentosa ni luxación asociada. Dado que ambas fracturas no presentaban desplazamiento significativo, se realizó osteosíntesis percutánea con tornillos canulados bajo control radioscópico, estabilizando ambas en el mismo tiempo quirúrgico. Posteriormente, se deja inmovilización y se inicia rehabilitación funcional.

RESULTADOS

Se logró una reducción anatómica y fijación estable de ambas fracturas mediante técnica percutánea mínimamente invasiva. Esta estrategia permitió preservar las partes blandas y la vascularización ósea, minimizando el riesgo de complicaciones. La evolución fue favorable, con consolidación radiológica y adecuada posición del material. Clínicamente, el paciente presentó mejoría significativa objetivable mediante disminución en la escala EVA y mejoría funcional en el cuestionario QuickDASH.

CONCLUSIONES

El síndrome de Fenton es probablemente una entidad infradiagnosticada. La radiografía simple presenta limitaciones para detectar la fractura del hueso grande, por lo que la TC resulta fundamental para un diagnóstico preciso. El tratamiento quirúrgico precoz permite restaurar la anatomía carpiana y obtener buenos resultados funcionales. Por ello, ante toda fractura de escafoides debe mantenerse un alto índice de sospecha de lesiones carpianas asociadas, ya que el uso de TC y la fijación quirúrgica permiten optimizar los resultados y reducir complicaciones.

NÚMERO

P-40

PRIMER AUTOR

GONZÁLEZ SALAS, ELENA

CENTRO

HOSPITAL GENERAL DE ELDA

AUTORES

ELENA GONZÁLEZ SALAS, LUIS ALBERO CATALÁ, ANA CASTAÑ NAVARRO, FRANCISCO JAVIER SOUTO, MARÍA LÓPEZ DEL RÍO, JAVIER ORIA LÓPEZ.

TITULO

FRACTURA EQUIVALENTE GALEAZZI EN EDAD PEDIÁTRICA. FRENADO FISARIO DISTAL SIN REPERCUSIÓN CLÍNICA. A PROPÓSITO DE 2 CASOS.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La fractura-luxación de Galeazzi es una patología infrecuente en niños (0.3- 2.8%), presentándose como fractura de radio asociada a la separación epifisaria del cúbito distal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niño de 12 años y niña de 10 años que acuden a urgencias por dolor y deformidad tras traumatismo en muñeca. En la exploración presentan dolor, deformidad e impotencia funcional de antebrazo y muñeca, sin déficit vasculonervioso distal. En la radiografía se observa fractura metafisaria distal de radio con epifisiolisis tipo III de cúbito distal, con desplazamiento de la epífisis entre cúbito y radio.

RESULTADOS

En ambos casos se realiza reducción abierta de la epifisiolisis distal de cúbito y fijación con agujas de Kirschner. La fractura de radio es tratada mediante reducción cerrada y fijación con aguja de Kirschner en caso del niño, en caso de la niña se trató sin fijación interna. En el primer caso se realiza extracción de agujas a las 6 semanas y en el segundo a las 5. Tras 2 meses de evolución se observa en ambos pacientes déficit en la supinación. Ambos reciben tratamiento rehabilitador. Tras 6 meses de evolución postoperatoria se observa balance articular completo sin defectos en la supinación. En el control radiológico de ambos se observa frenado fisario cubital con cúbito minus.

CONCLUSIONES

Este tipo de lesión es una patología muy infrecuente. La reducción abierta suele ser necesaria por el severo desplazamiento de la epífisis cubital distal y la interposición de partes blandas. La evolución suele ser favorable, aunque pueden presentar limitación funcional en los movimientos de pronosupinación de muñeca que mejoran con el tiempo y el tratamiento rehabilitador. El frenado fisario es la complicación más frecuente.

NÚMERO

P-41

PRIMER AUTOR

MUÑOZ GUERRERO, MARTA

CENTRO

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA - LLÍRIA

AUTORES

MARTA MUÑOZ GUERRERO, JAVIER GARCÍA LAGUARTA, MARIA JOSÉ SANGÜESA NEBOT.

TITULO

RRROTURA DEL TENDÓN DE AQUILES TRAS REPARACIÓN PRIMARIA: RECONSTRUCCIÓN MEDIANTE PLASTIA INVERTIDA.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La rotura del tendón de Aquiles constituye una de las lesiones tendinosas más frecuentes en la práctica clínica, con resultados generalmente satisfactorios tras tratamiento quirúrgico. No obstante, la rerrotura, aunque poco frecuente, representa una complicación de manejo complejo, especialmente en casos con defecto tendinoso o alteración de la calidad del tejido, lo que limita las opciones de reparación primaria. La plastia invertida del tendón de Aquiles es una técnica reconstructiva que emplea un colgajo del propio tendón rotado 180°. Sus indicaciones son roturas crónicas o defectos segmentarios en los que no es posible la reparación término-terminal, restaurando así la continuidad y funcionalidad del tendón. El objetivo es presentar un caso de rerrotura tratado mediante esta técnica y evaluar su resultado clínico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de un varón de 39 años intervenido en su país de origen mediante sutura directa abierta por rotura aguda del tendón de Aquiles. Tras seguimiento y rehabilitación inicial, a los siete meses el paciente refiere un episodio súbito de dolor acompañado de chasquido, objetivándose rotura completa mayor de dos centímetros. Ante el defecto tendinoso y la imposibilidad de reparación directa, se decide tratamiento quirúrgico mediante plastia invertida del tendón de Aquiles, fijada con sutura tipo Krakow.

RESULTADOS

La evolución postoperatoria fue favorable, sin complicaciones. El paciente inició carga progresiva según protocolo y presentó buena recuperación funcional, con adecuada cicatrización y sin dolor residual. A los 6 meses de seguimiento, refiere alta y reincorporación a su actividad habitual. La plastia invertida ha demostrado ser una técnica eficaz en roturas crónicas con defectos moderados, proporcionando una adecuada continuidad tendinosa y resistencia mecánica.

CONCLUSIONES

La rerrotura del tendón de Aquiles representa un desafío quirúrgico que requiere técnicas reconstructivas adaptadas al defecto existente. La plastia invertida constituye una opción válida y reproducible en roturas crónicas, con buenos resultados funcionales.

NÚMERO

P-42

PRIMER AUTOR

MARTÍNEZ ALFARO, ARTURO

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

AUTORES

ARTURO MARTÍNEZ ALFARO, M^a ÁNGELES BLASCO MOLLÁ, JUAN PEDRO MENCÍA GONZALEZ, MARTIN ECKARDT HAAG, ARTHUR SIMON MAES

TITULO

PULGAR TRIPLICADO Y TRIFALÁNGICO BIALTERAL

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El caso clínico describe a un niño de 2 años con una malformación congénita bilateral poco frecuente de pulgar triplicado y trifalángico. Los antecedentes familiares revelan un rasgo autosómico dominante, ya que su madre y dos hermanos presentaron la misma patología. Esta alteración se vincula a una mutación en la región reguladora ZRS que provoca una expresión ectópica de la proteína SHH. Mientras que el pulgar trifalángico tiene una incidencia de 1/25.000 nacidos vivos, el pulgar triplicado se considera de rareza extrema. Para el diagnóstico y planificación, se utilizó la clasificación de Wassel–Wood–Upton.

MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción del tratamiento quirúrgico para cada mano. En la mano derecha, se procedió a la resección del pulgar radial y cubital, realizando una capsuloplastia y el uso de un colgajo cutáneo; para el pulgar central, se resecó la falange media en "delta" con fijación mediante aguja Kirschner (AK). En la mano izquierda, el procedimiento incluyó la resección de los pulgares radial y cubital, una artrodesis retrógrada en el pulgar central y el acortamiento y rotación del primer metacarpiano con AK.

RESULTADOS

Las intervenciones quirúrgicas permitieron la reconstrucción anatómica y funcional de los pulgares. Las imágenes postoperatorias muestran la eliminación de los elementos triplicados y la alineación de los ejes digitales, logrando una morfología más cercana a la normalidad.

CONCLUSIONES

La clasificación clásica de Wassel es insuficiente para casos complejos, por lo que la nomenclatura modificada es fundamental para una mejor planificación quirúrgica y comunicación clínica. El tratamiento de estas polidactilias preaxiales extremas requiere un abordaje quirúrgico altamente personalizado.

NÚMERO

P-43

PRIMER AUTOR

PORTOS IGLESIAS, AINHOA

CENTRO

HOSPITAL GENERAL DE ELCHE

AUTORES

PORTOS IGLESIAS, AINHOA ALBEROLA GARCÍA, ADRIÁN PÉREZ CONESA, SOFÍA TABORGA SÁNCHEZ, RODOLFO IGNACIO REBATE NEBOT, EVA

TÍTULO

FRACTURA DE CABEZA RADIAL JUDET IV: RESOLUCIÓN PERCUTÁNEA.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Las fracturas de cabeza radial en edad pediátrica representan entre el 5 y el 10% de las fracturas en menores de 15 años. Suelen producirse tras caídas sobre el brazo en extensión con valgo forzado, generando lesiones fisarias potencialmente inestables. Las fracturas desplazadas tipo Judet IV suponen un reto terapéutico por el riesgo de compromiso vascular de la cabeza radial y limitación funcional, siendo prioritario un tratamiento que restaure la alineación evitando abordajes agresivos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de una paciente de 10 años con dolor, impotencia funcional y limitación para la pronosupinación del codo izquierdo tras caída. En la exploración destacaba dolor selectivo en cabeza radial. Radiológicamente, fractura tipo Judet IV con angulación de 90 grados respecto a la diáfisis. Se realizó reducción cerrada bajo control radioscópico mediante técnica percutánea con aguja de Kirschner, empleada como joystick para manipulación indirecta del fragmento. Posteriormente, fijación percutánea con aguja de Kirschner, comprobando estabilidad y adecuada alineación sin necesidad de abordaje abierto.

RESULTADOS

La paciente evolucionó favorablemente, con control adecuado del dolor en el postoperatorio inmediato y sin incidencias durante el ingreso. Se mantuvo inmovilización y fijación con aguja de Kirschner durante un mes, tras lo cual se retiró el material sin complicaciones. Se inició entonces rehabilitación progresiva, con recuperación funcional gradual. A los seis meses, la paciente presentaba movilidad completa del codo, sin limitación en la pronosupinación y con adecuada alineación radiográfica, sin signos de necrosis avascular ni alteraciones del crecimiento.

CONCLUSIONES

El tratamiento percutáneo de las fracturas desplazadas de cabeza radial tipo Judet IV constituye una alternativa eficaz y mínimamente invasiva. Permite restaurar la alineación, preservar la vascularización de la cabeza radial y evitar abordajes abiertos. La fijación con aguja de Kirschner proporciona estabilidad suficiente para la consolidación, favoreciendo una movilización precoz y buenos resultados funcionales a medio plazo.

NÚMERO

P-44

PRIMER AUTOR

RUIZ LOZANO, NICOLÁS

CENTRO

HOSPITAL DE MANISES

AUTORES

NICOLÁS RUIZ LOZANO; MARTA GRACIA OCHOA; LUIS CUESTA SAEZ; MARIAN VIADEL ORTIZ; JOSÉ SALVADOR BARREDA PUCHADEZ; RODRIGO DÍAZ FERNÁNDEZ.

TITULO

ARTRODESIS TRIPLE MODELANTE ASOCIADA A OSTEOTOMÍA TIBIAL DISTAL EN LA CORRECCIÓN DE DEFORMIDAD COMPLEJA DE PIE CAVO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Las deformidades complejas del pie con afectación multiplanar del retropié, mediopié y eje tibial suponen un desafío quirúrgico. La integración de planificación personalizada mediante guías PSI junto con técnicas de artrodesis permite una corrección precisa y global de la deformidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se describe una técnica quirúrgica en la que se realiza osteotomía de cierre medial de tibia distal guiada por PSI y fijación con placa. Asociadamente, mediante abordajes medial y lateral, se llevan a cabo liberación del tibial posterior y ligamento deltoideo, capsulotomías y resección dirigida de cuñas óseas. Se realiza una artrodesis triple modelante (subtalar, talonavicular y calcaneocuboidea) que permite corregir la inclinación del calcáneo y la deformidad del mediopié, fijándose mediante tornillos HCS y grapas. La corrección se refuerza con fijación del mediopié con agujas percutáneas y artrodesis de la interfalángica del hallux.

RESULTADOS

Al año de seguimiento, el paciente presenta recuperación de la capacidad de marcha, adecuado control del dolor y mejoría significativa de la calidad de vida. El control radiológico muestra consolidación de las artrodesis y osteotomías, con restauración de los ejes mecánicos del tobillo y pie y mantenimiento de la corrección. No se registraron complicaciones infecciosas ni problemas de cicatrización de partes blandas.

CONCLUSIONES

La asociación de osteotomía tibial distal guiada por PSI y artrodesis triple modelante permite una corrección multiplanar precisa, reproducible y estable de deformidades complejas del pie, constituyendo una estrategia quirúrgica integral de alto valor en casos seleccionados.

NÚMERO

P-45

PRIMER AUTOR

ANDRÉS RUIZ, ÁLVARO

CENTRO

HOSPITAL LLUIS ALCANYIS, XÀTIVA

AUTORES

ANDRÉS RUIZ, ÁLVARO; GALLEGO TERRES, CRISTINA; CLIMENT PERIS, VICENTE

TITULO

ABORDAJE ANTERIOR DE CODO EN FRACTURA DE CAPITELLUM Y TRÓCLEA HUMERAL: SEGURIDAD QUIRÚRGICA Y RESTAURACIÓN ANATÓMICA DE LA SUPERFICIE ARTICULAR

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Las fracturas del capitellum humeral son lesiones poco frecuentes del codo y en ocasiones, pueden asociarse a afectación de la tróclea humeral. Suelen producirse tras traumatismos por caída sobre la mano extendida y pueden pasar desapercibidas en las radiografías iniciales. El diagnóstico preciso y la adecuada planificación quirúrgica son fundamentales para restaurar la congruencia articular y preservar la movilidad del codo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de una mujer de 61 años que acudió a urgencias tras una caída casual con traumatismo con el codo en hiperextensión. En la radiografía simple de codo se objetivó una fractura articular que afectaba al capitellum y a la tróclea humeral, sin asociar episodio de inestabilidad. El estudio se completó con tomografía computarizada (TC) preoperatoria, que permitió definir el patrón de fractura y planificar el tratamiento quirúrgico. Se realizó osteosíntesis mediante abordaje anterior de codo, que proporcionó una adecuada exposición de la superficie articular distal del húmero, facilitando la reducción anatómica directa de los fragmentos y su fijación estable mediante tres tornillos anteroposteriores en el capitellum y tres tornillos anteroposteriores en la tróclea humeral.

RESULTADOS

Tras la intervención, la paciente siguió el protocolo de rehabilitación de nuestro centro. A los 9 meses de seguimiento presentó buena evolución clínica, con movilidad de codo de extensión -30° , flexión de 120° y pronosupinación completa. El control radiológico mostró consolidación de la fractura sin signos de desplazamiento ni complicaciones.

CONCLUSIONES

Las fracturas que afectan simultáneamente al capitellum y la tróclea humeral son lesiones poco frecuentes que requieren una correcta planificación diagnóstica y quirúrgica. El abordaje anterior del codo constituye una opción segura que permite una adecuada visualización de la superficie articular, facilitando la reducción anatómica y la osteosíntesis estable, con buenos resultados funcionales.

NÚMERO

P-46

PRIMER AUTOR

ARABÍ SOLIVERES, ANNA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO FRANCESC DE BORJA, GANDIA

AUTORES

ANNA ARABÍ SOLIVERES, MIRTHA CASTILLO BETANCOURT, LUCÍA FURIÓ SANCHIS, JAVIER HERNÁNDEZ BALADA, LAURA GIMÉNEZ SALES

TITULO

TRATAMIENTO DE FRACTURA DE HILL-SACHS INVERSA TRAS LUXACIÓN GLENOHUMERAL POSTERIOR: UN RETO TERAPÉUTICO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La luxación posterior de hombro es una lesión poco frecuente, pero puede asociarse a un defecto óseo característico: la lesión de Hill-Sachs inversa, producida por la impactación de la cabeza humeral contra el borde glenoideo posterior durante el episodio de luxación. Las opciones terapéuticas varían según el tamaño y la localización del defecto. Incluyen el tratamiento conservador, la transferencia del subescapular (procedimiento de McLaughlin), técnicas abiertas y artroscópicas de elevación o desimpactación del cartílago, injertos, cuando el defecto afecta entre el 30–50% de la superficie humeral, o artroplastia en casos más extensos o irreparables

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de un paciente de 29 años que refiere omalgia y dificultad a la movilización del hombro ingresado en Neurología tras caída durante una crisis epiléptica. La radiografía confirma una luxación posterior asociada a una lesión de Hill-Sachs inversa. Se decide tratamiento quirúrgico para restaurar la anatomía humeral.

RESULTADOS

En posición silla de playa, se realiza un abordaje deltopectoral. Se procede a la disección a 1 cm del tendón subescapular y se identifica el defecto por impactación. Utilizando una guía de LCA creamos un túnel que permite desimpactar la fractura y se rellena con aloinjerto óseo. La fijación de la fractura se finaliza con 2 tornillos canulados.

CONCLUSIONES

Aunque el procedimiento de McLaughlin es una técnica ampliamente utilizada, el empleo de aloinjerto óseo representa una alternativa eficaz para defectos significativos, ofreciendo resultados clínicos y radiológicos comparables. La elección del tratamiento debe individualizarse según el tamaño del defecto, la cronicidad de la lesión y las demandas funcionales del paciente.

NÚMERO

P-47

PRIMER AUTOR

BAÑOS GÓMEZ, JORGE

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO FRANCESC DE BORJA, GANDIA

AUTORES

BAÑOS , JORGE; ECKARDT , MARTIN; CEBRIAN, CLAUDIA; CASTRO, GONZALO; BAS, TERESA

TITULO

FRACASO DE VERTEBROPLASTIA EN FRACTURA T12 CON CIFOSIS PROGRESIVA: RESCATE QUIRÚRGICO EN DOS TIEMPOS

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Las fracturas vertebrales osteoporóticas son una causa frecuente de dolor y discapacidad cada vez mayor y que no debemos subestimar. La vertebroplastia es una opción terapéutica eficaz en muchos casos, sin embargo no esta exenta de complicaciones y puede fracasar en situaciones de inestabilidad o mala calidad ósea, incluso progresar hacia colapso vertebral masivo y progresión cifótica progresiva que requiere tratamiento quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer con antecedentes de corticoterapia prolongada y parkinsonismo atípico que presenta fractura aguda de T12 con buen balance sagital. Inicialmente intervenida mediante vertebroplastia por dolor invalidante. Tras 15 días, presenta recidiva clínica por lo que se realiza estudio radiológico y se evidencia colapso completo del cuerpo vertebral iniciándose tratamiento con corsé y teriparatida. Dos meses más tarde acude a nuestro centro donde se objetivó progresión a cifosis segmentaria dolorosa por lo que tras el fallo mecánico del tratamiento primario se planificó rescate quirúrgico de la verterboplastia inicial.

RESULTADOS

Tras objetivar en las pruebas de imagen un colapso completo del cuerpo vertebral de T12 con una cifosis segmentaria de 40º se realizó cirugía en dos tiempos: 1er Tiempo, vía anterior: corporectomía de T12 con reconstrucción y osteosíntesis anterior 2º Tiempo, vía posterior: Instrumentación larga (T6-L2) con sistema híbrido. Se emplearon tornillos pediculares cementados asociados a ganchos transversos (T6) y laminares (L2) para prevenir el fallo en los extremos de la montura. Se consiguió estabilización del segmento y corrección parcial de la cifosis. No se registraron complicaciones intraoperatorias. La paciente inició sedestación y deambulacion con corsé a los pocos días de la cirugía.

CONCLUSIONES

La corticoterapia crónica y los trastornos del movimiento son factores de alto riesgo para la mala calidad ósea. En este tipo de pacientes el seguimiento estrecho es fundamental para comprobar la correcta evolución del tratamiento inicial ya que la vertebroplastia puede no ser la solución definitiva. En determinados casos, la cirugía combinada anterior y posterior mediante instrumentaciones largas y tornillos cementados permite restaurar la estabilidad y corregir la deformidad de forma eficaz garantizando estabilidad definitiva.

NÚMERO

P-48

PRIMER AUTOR

FUSTER PUIG, LILIANA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO FRANCESC DE BORJA, GANDIA

AUTORES

FUSTER PUIG, LILIANA; ARABÍ SOLIVERES, ANNA; MIFSUT MIEDES, DAMIAN; MARTINEZ ALGARRA, JOSE CARLOS

TITULO

ANÁLISIS DE LA CIRUGÍA TRAUMATOLÓGICA URGENTE EN EL HOSPITAL FRANCESC DE BORJA DE GANDIA (2023–2025)

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este estudio es analizar la actividad de cirugía traumatológica urgente en el Hospital Francesc de Borja entre diciembre de 2023 y diciembre de 2025, describiendo el perfil epidemiológico, los diagnósticos más frecuentes, las técnicas quirúrgicas empleadas y los tiempos de espera, con el fin de identificar áreas de mejora asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo basado en una base de datos de intervenciones urgentes. Se incluyeron variables demográficas, tipo de ingreso, diagnóstico, técnica quirúrgica, tiempo hasta cirugía y observaciones clínicas. Tras la depuración de registros incompletos, se analizaron aproximadamente 1.550 casos.

RESULTADOS

La edad media fue de 68,4 años, con un 57% de pacientes ≥ 65 años. El 64% requirió hospitalización y el 36% se manejó como ingreso diferido. Las fracturas de cadera (pértrocanteréas y subcapitales) representaron el 21% de las intervenciones, seguidas de las fracturas de radio distal (9,1%) y tobillo (8,2%). La técnica más empleada fue la reducción abierta y fijación interna (43%), seguida de la reducción cerrada (22%) y la artroplastia de cadera (14%). El tiempo medio hasta la cirugía fue de 4,2 días (mediana 3). Las fracturas abiertas y los politraumatismos se intervinieron precozmente (1,2 días). Los pacientes anticoagulados —12% de los mayores de 70 años— presentaron un retraso quirúrgico adicional de 2 días

CONCLUSIONES

La cirugía traumatológica urgente se concentra en pacientes ancianos con fracturas de cadera, radio distal, tobillo y húmero proximal. La optimización de los tiempos quirúrgicos, la protocolización del manejo de anticoagulantes y la estandarización de técnicas son clave en la mejora de la eficiencia asistencial. El análisis de estos datos convierte la intuición clínica del día a día en datos objetivos que permiten tomar decisiones organizativas, asistenciales y estratégicas

NÚMERO

P-49

PRIMER AUTOR

DE MIGUEL MORAL, CARMEN

CENTRO

CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA (VALENCIA)

AUTORES

IGNACIO RODRIGO HERRANZ; CARMEN DE MIGUEL MORAL; LORENZO HERNANDEZ FERRANDO; JOSÉ FÉLIX GARRIDO FERRER; LAURA CASTILLO RUIPEREZ

TITULO

NÓ TODO HEMATOMA EN PACIENTE ANTICOAGULADO ES BENIGNO: A PROPÓSITO DE UN CASO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Determinar qué hallazgos clínicos, analíticos y radiológicos permiten diferenciar un hematoma de un posible sarcoma de partes blandas en pacientes ancianos anticoagulados que presentan una masa subcutánea con el fin de evitar retrasos diagnósticos y procedimientos inadecuados.

MATERIAL Y MÉTODOS

La paciente consultó por aumento de volumen pretibial izquierdo tras traumatismo banal. Inicialmente fue diagnosticada de hematoma y tratada de forma conservadora, realizándose evacuaciones locales repetidas. En un periodo de 10 días presentó persistencia y recidiva del cuadro, con aumento progresivo del tamaño. A la exploración se objetivó una masa de 12 × 7 cm, firme y poco compresible, con evolución no concordante con la reabsorción esperable de un hematoma. Analíticamente destacó un descenso de hemoglobina de 3 g/dL respecto a determinación previa.

La tomografía computarizada mostró una masa sólida subcutánea con captación homogénea de contraste e infiltración hasta plano fascial, hallazgos sugestivos de tumor de partes blandas. Ante esta sospecha se ingresó y realizó resonancia magnética, que evidenció lesión multiloculada heterogénea con áreas hemorrágicas, sin vascularización intralesional ni captación significativa de contraste y sin afectación muscular, descartando criterios de malignidad.

Se evitó la realización de biopsia incisional y se practicó desbridamiento quirúrgico amplio del hematoma organizado, con evolución favorable y cobertura cutánea por segunda intención, sin complicaciones.

RESULTADOS

En pacientes ancianos anticoagulados, una masa pretibial persistente o recurrente no debe atribuirse automáticamente a hematoma. El tamaño mayor de 5 cm, la evolución no concordante, la consistencia firme y la anemia asociada deben motivar reevaluación diagnóstica. La resonancia magnética resulta fundamental en el diagnóstico diferencial y en la planificación terapéutica, evitando retrasos diagnósticos y procedimientos quirúrgicos inapropiados.

CONCLUSIONES

Se presenta el caso de una mujer de 84 años, en tratamiento crónico con acenocumarol por fibrilación auricular que acude a urgencias por un hematoma pretibial tras un traumatismo leve

Se recogieron datos clínicos evolutivos, parámetros analíticos seriados y hallazgos de pruebas de imagen (tomografía computarizada y resonancia magnética) realizadas ante la sospecha de patología subyacente. Se analizaron los signos clínicos y radiológicos considerados de alarma en el diagnóstico diferencial entre hematoma organizado y tumor de partes blandas.

NÚMERO

P-50

PRIMER AUTOR

MAYORGA NARANJO, DAVID

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

AUTORES

DAVID MAYORGA NARANJO, MARÍA SÁNCHEZ GONZÁLEZ, ENRIQUE NAVARRETE FAUBEL, VICENTE VICENT CARSI

TITULO

¿DE VERDAD IMPORTA CÓMO FIJAMOS LA OSTEOTOMÍA MEDIALIZANTE DE CALCÁNEO? MÁS ALLÁ DE LA CORRECCIÓN RADIOGRÁFICA

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La fijación en la osteotomía medializante de calcáneo podría influir en la precisión de la corrección y las complicaciones asociadas. El objetivo es comparar placas frente tornillos en términos de corrección radiográfica, tiempo quirúrgico, fluoroscopia y complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo incluyendo pacientes mayores de 18 años con pie plano intervenidos mediante osteotomía medializante de calcáneo entre el 1 de enero de 2014 y el 1 de marzo de 2026 en nuestro hospital. Se analizaron edad, sexo, factores de riesgo (diabetes, tabaquismo y osteoporosis), diferencia entre desplazamiento medial planificado y conseguido, corrección del ángulo talocalcáneo, tiempo quirúrgico, dosis y tiempo de fluoroscopia y complicaciones (dolor por prominencia del material, lesión nerviosa, problemas de herida, infección y extracción del material) entre ambos grupos.

RESULTADOS

De 787 pacientes con pies planos atendidos, se seleccionaron 53 osteotomías en 49 pacientes (31 tornillos, 22 placas). La edad fue $54,8 \pm 11,2$ años en tornillos y $56,3 \pm 11,8$ en placas ($p=0,62$), sin diferencias en sexo ($p=0,81$), diabetes ($p=0,64$), tabaquismo ($p=0,41$) u osteoporosis ($p=1,00$). La diferencia entre desplazamiento planificado y conseguido fue $0,9 \pm 1,2$ mm en tornillos y $0,1 \pm 0,5$ mm en placas ($p=0,018$). No hubo diferencias en corrección del ángulo talocalcáneo ($p=0,627$), tiempo quirúrgico ($p=0,840$), dosis ($p=0,806$) o tiempo de fluoroscopia ($p=0,133$). El dolor por prominencia del material fue mayor en tornillos ($p=0,033$) y la extracción del mismo más frecuente ($p=0,097$), sin diferencias en infección, herida o lesión nerviosa.

CONCLUSIONES

La fijación con placa proporciona mayor precisión y menor morbilidad que los tornillos en la osteotomía medializante de calcáneo.