

NÚMERO

P-01

PRIMER AUTOR

GUTIÉRREZ PEREIRA, JAVIER

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DOCTOR BALMIS (ALICANTE)

AUTORES

GUTIÉRREZ-PEREIRA, JAVIER. GARCÍA-LÓPEZ, ANTONIO.

TITULO

TRANSFERENCIA OBERLIN PARA TRATAR PARÁLISIS C5 TRAS DESCOMPRESIÓN CERVICAL ANTERIOR

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La parálisis de C5 es una complicación potencial de la cirugía de descompresión cervical. Hasta un 41% de los pacientes no recupera la función o la recupera parcialmente. No existe literatura suficiente acerca del tratamiento de esta patología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso clínico de un paciente de 48 años que presentó parálisis en flexión de codo tras cirugía de descompresión cervical anterior con fusión de niveles C5-C7. La función muscular no se restableció espontáneamente a los 8 meses de la cirugía cervical.

RESULTADOS

Se realizó un abordaje medial del brazo y una transferencia de un fascículo nervioso del nervio cubital con función predominante del flexor cubital del carpo a la rama motora del músculo bíceps braquial (Procedimiento de Oberlin). La contracción inicial del músculo bíceps ocurrió 6 meses después de la cirugía de transferencia nerviosa y la fuerza y el volumen muscular total se obtuvieron 13 meses después de la cirugía, con un equilibrio de 4+/5 para bíceps braquial y braquial.

CONCLUSIONES

Se requiere un período de espera razonable tras la parálisis de C5 iatrogénica por si existiese recuperación espontánea. La decisión del tratamiento debe basarse en los síntomas del paciente. Si no se produce una recuperación espontánea de las funciones motoras después de 6 meses de manejo expectante, se recomienda realizar cirugía de transferencia nerviosa.

NÚMERO

P-02

PRIMER AUTOR

GUTIÉRREZ PEREIRA, JAVIER

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DOCTOR BALMIS (ALICANTE)

AUTORES

GUTIÉRREZ-PEREIRA, JAVIER. SALVADOR-MARÍN, JORGE. SEBASTIÁN-GIRALDO, PABLO ÁNGEL. CEBRIÁN-PARRA, JUAN LUIS. GARCÍA-LÓPEZ, ANTONIO.

TITULO

SÍNDROME DE GORHAM-STOUT EN CINTURA ESCAPULAR: EL SÍNDROME DEL HUESO EVANESCENTE.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Revisión del Síndrome de Gorham-Stout (SGS) o síndrome del hueso evanescente a propósito de un caso de osteolisis localizada en cintura escapular y su diagnóstico diferencial con linfangiomatosis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 47 años con dolor en cintura escapular de 2 meses de evolución sin traumatismo previo ni ingesta medicamentosa asociada. A la exploración física se aprecia limitación funcional del rango de movimiento en el hombro derecho. En radiografía simple y TAC se constatan signos de osteolisis avanzada de clavícula y escápula derechas con afectación articular.

RESULTADOS

De forma programada se realizó una biopsia con resultado de tejido de granulación con abundantes capilares dilatados e infiltrados fibroblásticos rodeando zonas de resorción ósea con elevado número de osteoclastos. Estos hallazgos fueron sugestivos de Síndrome de Gorham-Stout (SGS) y, por lo tanto, se inició tratamiento antirresortivo con zoledronato IV 4mg mensual. Después de 1 año de seguimiento el paciente no presenta dolor y su patología se encuentra radiológicamente estable.

CONCLUSIONES

El SGS es una entidad ósea rara de diagnóstico histopatológico de exclusión y evolución impredecible que causa osteolisis mono o poliostótica con proliferación vascular y linfática. Se presenta como una osteólisis idiopática progresiva que puede afectar a cualquier hueso y suele asociar dolor intenso de inicio. El tratamiento se basa en bifosfonatos y/o interferón alfa-2b, siendo la radioterapia una herramienta terapéutica útil en casos refractarios.

NÚMERO

P-03

PRIMER AUTOR

GUTIÉRREZ PEREIRA, JAVIER

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DOCTOR BALMIS (ALICANTE)

AUTORES

GUTIÉRREZ-PEREIRA, JAVIER. IBORRA-LOZANO, ALEJANDRO. LEY-ROJO, ALFONSO. GARCÍA-LÓPEZ, ANTONIO. GUTIÉRREZ-CARBONELL, PEDRO.

TITULO

RESULTADOS PRELIMINARES DE TORNILLOS DE ALOINJERTO ÓSEO EN ORTOPEDIA PEDIÁTRICA

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El método quirúrgico tradicional para realizar osteosíntesis ha sido el empleo de tornillos, placas o clavos fabricados principalmente en titanio o acero inoxidable. Un porcentaje no desdeñable de pacientes desarrolla complicaciones derivadas de estos implantes tales como reacciones alérgicas a cuerpo extraño, infección y biofilm o fracaso quirúrgico. En 2015 se desarrollaron los tornillos fabricados con aloinjerto de hueso cortical con el fin de optimizar los métodos de osteosíntesis. El propósito de este estudio es analizar los resultados clínicos y radiológicos de los tornillos de aloinjerto implantados en nuestro centro en el periodo comprendido entre enero 2021 y junio 2023. Hasta donde alcanza nuestro conocimiento esta es la primera serie de casos en los que se emplean tornillos de aloinjerto óseo en edad pediátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de 22 pacientes intervenidos de diferentes patologías de miembro inferior entre enero 2021 y junio 2023 en los que se emplearon tornillos de aloinjerto óseo como método de osteosíntesis. Se evaluaron las escalas EVA, AOFAS, y Likert así como tiempo de absorción en radiografía, datos demográficos y datos relativos a la intervención quirúrgica. Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de nuestro centro.

RESULTADOS

Se intervinieron 22 pacientes (11 varones, 11 mujeres) con  $12.1 \pm 3.4$  años de edad media (rango 3, 16) en los que se implantaron 36 tornillos de aloinjerto óseo en un tiempo de estudio total de 30 meses. Follow up mínimo de 8 meses (rango 8, 38). Las cirugías en las que se emplearon los tornillos de aloinjerto fueron 8 Chevron-Akin (13 tornillos), 4 artrodesis MTF (7 tornillos), 4 reinserciones de Tibial Posterior (4 tornillos), 2 SUPERknee de Paley (3 tornillos), 2 Dwyer (5 tornillos), 1 McHale-Castle (1 tornillo), 1 Trillat (2 tornillos) y 1 osteotomía de cuboides (1 tornillo). La satisfacción postoperatoria evaluada con escala Likert (1-5) fue de  $4.80 \pm 0.42$ . La EVA media preoperatoria fue de  $5.26 \pm 4.30$  y la media postoperatoria fue de  $1.10 \pm 1.85$  con un descenso medio de 4.16 puntos. La AOFAS media preoperatoria fue de  $42.00 \pm 32.05$  y la media postoperatoria fue de  $80.28 \pm 30.82$  con un aumento medio de 38,28 puntos. No se observaron complicaciones mayores ni retraso de consolidación. En 3 pacientes se apreció prominencia del tornillo implantado en exploración física o radiología. De ellos, 2 pacientes precisaron reintervención (9%) para exéresis de dicha prominencia.

CONCLUSIONES

Los tornillos de aloinjerto óseo son un método de osteosíntesis seguro, eficaz y prometedor en cirugías de miembro inferior en pacientes de edad pediátrica.

NÚMERO

P-04

PRIMER AUTOR

MARRAS SEGURA, REBECA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

AUTORES

REBECA MARRAS SEGURA, FERNANDO GARCÍA DE LUCAS, MARTA MELLADO RODRIGUEZ, JORGE MORALES RODRIGUEZ, JOSE LUIS RODRIGO PEREZ

TITULO

ARTROPLASTIA DE INTERPOSICIÓN DE CODO CON ALOINJERTO DE TENDÓN DE AQUILES: RESULTADOS CLÍNICOS Y RADIOLÓGICOS A MEDIO PLAZO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La artrosis de codo en el paciente joven sigue considerándose una patología de complejo tratamiento. En pacientes jóvenes con alta demanda funcional debe evitarse la artroplastia protésica siendo una alternativa válida la artroplastia de interposición.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 33 años, como antecedentes presenta una fractura conminuta intraarticular de cabeza de radio intervenida mediante reducción abierta y fijación interna con un tornillo de compresión. La evolución del paciente es tórpida con persistencia del dolor y un rango de movilidad limitado a los 4 años de dicha cirugía. Las exploraciones complementarias objetivan total destrucción de la interlínea articular, denudación del cartílago y erosiones subcondrales. Ante dichos hallazgos se decide realizar una artroplastia de interposición con tendón de Aquiles y colocación de fijador externo que se retira a los dos meses postoperatorios. Durante el seguimiento se evalúa periódicamente al paciente según el rango de movilidad, la calidad de vida subjetiva según la Mayo Elbow Performance Score (MEPS) y la realización de radiografías seriadas.

RESULTADOS

A los 6 meses el paciente no presenta clínica dolorosa ni inestabilidad de codo con un rango articular de flexión 100º, extensión -10º, pronación 90º y supinación 70º. En la exploración radiológica realizada se objetiva correcto mantenimiento de la congruencia articular. Al año y a los 6 años de seguimiento el paciente sigue sin dolor ni inestabilidad y con un rango articular de flexión 110º, extensión 0º y pronación y supinación completas, sin cambios en las radiografías. A los 6 años la puntuación de la MEPS es de 100.

CONCLUSIONES

La artroplastia de interposición de codo con aloinjerto de Aquiles es una opción válida en pacientes jóvenes con buenos resultados a medio plazo, en concordancia con los datos publicados por otros autores. Esta técnica permite restablecer una adecuada funcionalidad del codo mitigando el dolor y retrasando la necesidad de una artroplastia posterior.

NÚMERO

P-05

PRIMER AUTOR

MARRAS SEGURA, REBECA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

AUTORES

REBECA MARRAS SEGURA, NURIA SÁEZ MAS, CRISTINA CEREZUELA JORDAN, DANIEL MONTANER ALONSO

TITULO

ARTRODESIS DE LA ARTICULACIÓN INTERFALÁNGICA DEL PULGAR COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN SECCIÓN INVETERADA DE FLEXOR POLICIS LONGUS

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Establecer una opción terapéutica válida en paciente con ruptura crónica de flexor largo del pulgar que debido a su situación laboral precisa una rápida recuperación con un buen resultado funcional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un varón de 61 años que acude a urgencias 6 semanas después de presentar herida en primer dedo de la mano izquierda (zona flexora II). A la exploración física presenta incapacidad para la flexión de articulación interfalángica del pulgar. Se solicita ecografía donde se identifica rotura completa del tendón flexor largo del pulgar. Debido a que no se consigue visualizar el extremo proximal se amplía el estudio con Resonancia Magnética; donde se evidencia un gap de aproximadamente 10 cm asociado a importante engrosamiento, rotura y desestructuración del tendón en su extremo proximal. Tras plantear al paciente las diferentes opciones de tratamiento, se decide realizar artrodesis de la articulación interfalángica a 15º de flexión mediante sistema de tornillos intramedulares entrelazados a compresión ApexTM.

RESULTADOS

El paciente es inmovilizado con férula antebraquial retirada a las 2 semanas. A los dos meses postquirúrgicos la radiografía de control evidenció signos de consolidación de la artrodesis. Funcionalmente, el paciente se encontraba realizando su vida cotidiana sin dolor, manteniendo una adecuada fuerza de pinza y una puntuación de 6 en la escala de Kapandji.

CONCLUSIONES

Las artrodesis de las articulaciones interfalángicas han sido efectivas como tratamiento de patologías de articulaciones distales de los dedos trifalángicos, existiendo escasa literatura sobre los resultados clínicos en la articulación interfalángica del pulgar. Concluimos que la artrodesis de la articulación interfalángica mediante sistema APEXTM proporciona un método fiable para la artrodesis del primer dedo en pacientes seleccionados, sin embargo no es el tratamiento de elección en pacientes con alta demanda funcional, debido a la disminución de la fuerza de pinza.

NÚMERO

P-06

PRIMER AUTOR

PARRA CALABUIG, LAURA

CENTRO

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA - LLÍRIA (VALENCIA)

AUTORES

LAURA PARRA CALALBUIG, ALEJANDRA MELIA TORAN, MARCOS LÓPEZ VEGA

TITULO

LUXACIÓN RADIOCUBITAL DISTAL VOLAR AISLADA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La luxación volar aislada de la articulación radiocubital distal (ARCD) es una lesión rara (0.02%), y habitualmente se asocia a otras lesiones. El mecanismo lesional es controvertido, y a nivel clínico se caracteriza por dolor, imposibilidad para la pronosupinación, signo del "sulcus" y "muñeca estrechada". La dificultad para la pronosupinación de antebrazo hace que las radiografías laterales sean poco valorables, y que el diagnóstico sea difícil: la mayoría de estas lesiones pasan desapercibidas. Presentamos el caso de un paciente con esta lesión, y realizamos una revisión de su manejo terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 25 años que, tras caída, consulta por dolor e impotencia funcional en muñeca izquierda. Es valorado hasta en 3 ocasiones en distintos hospitales, realizándose radiografías en todos los episodios, pero sin objetivar lesiones en ninguno de ellos. Tres semanas más tarde vuelve a consultar. El paciente presenta dolor radiocubital distal, bloqueo de la pronación y hundimiento de la estiloides cubital. Se realiza un TC que confirma el diagnóstico.

RESULTADOS

La cronicidad de la lesión imposibilita su reducción cerrada, por lo que se procede a intervención: Se realiza un doble abordaje volar y cubital, se desimpacta la cabeza del cúbito y se estabiliza dos agujas de Kirschner cubito-radiales. También se retensan los ligamentos radiocubitales volar y dorsal y la cápsula dorsal con implante Micromitek y Trushot. El paciente es inmovilizado con férula braquial en pronosupinación neutra 4 semanas tras intervención. La evolución es favorable recibiendo el alta un año más tarde.

CONCLUSIONES

El tratamiento inicial de elección de una luxación volar de la ARCD es la reducción cerrada e inmovilización con yeso 4-6 semanas. Si el diagnóstico es tardío puede requerirse reducción abierta y estabilización con agujas de Kirschner. En la mayoría de casos el pronóstico es bueno, aunque en ocasiones se precisan procedimientos más agresivos (Sauvé-Kapandji o Darrach).

## POSTER ELECTRÓNICO

### NÚMERO

P-07

### PRIMER AUTOR

PARRA CALABUIG, LAURA

### CENTRO

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA - LLÍRIA (VALENCIA)

### AUTORES

PARRA-CALABUIG LAURA. MELIA-TORAN ALEJANDRA. MIRANDA-GÓMEZ IGNACIO. SANGÜESA-NEBOT MARIA JOSÉ.

### TITULO

SÍNDROME DE GANGRENA SIMÉTRICA PERIFÉRICA EN LOS CUATRO MIEMBROS: A PROPÓSITO DE UN CASO

### RESUMEN

#### INTRODUCCIÓN

El síndrome de gangrena periférica (SPG) es una entidad infrecuente caracterizada por la isquemia periférica aguda de distribución acral en dos o más extremidades, en ausencia de obstrucción de grandes vasos. Existen muchos factores etiológicos relacionados. Todos conducen a un estado de coagulación intravascular diseminada (CID), mecanismo lesional final. Actualmente la asociación de los vasopresores con el SPG es controvertida y ningún fármaco ha demostrado poder prevenirlo o revertirlo.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 80 años con carcinoma vesical. Precisa cirugía tipo Bricker y colocación de nefrostomía que se obstruye, desarrollando un shock séptico de origen urinario. Ingresa en UCI y se administran de drogas vasoactivas para lograr estabilización. El segundo día de ingreso aparecen signos de disfunción microcirculatoria severa, que progresan a SPG de los cuatro miembros.

#### RESULTADOS

El paciente rechaza la amputación de los cuatro miembros en un tiempo. Dado que ambos miembros superiores tienen signos de infección, pero no los inferiores, se realiza amputación transradial del MSD y transhumeral del MSI. En el postoperatorio el paciente está satisfecho: mueve una silla de ruedas eléctricas con el muñón derecho, y los miembros inferiores momificados le sirven de brazo de palanca para realizar transferencias, por lo que no desea amputarlos. Seis meses más tarde los miembros inferiores se infectan, y se procede a la amputación transtibial.

#### CONCLUSIONES

El SPG tiene consecuencias devastadoras. Lo más importante es prevenirlo, pues en el momento en que aparece ningún fármaco ha demostrado efectividad para revertirlo o detenerlo. Aunque la heparina se emplea para tratar la isquemia periférica una vez establecida, no se ha demostrado ser efectiva. Los niveles de lactato sérico y de plaquetas podrían ayudar a detectar el SPG. En la mayoría de casos la amputación es inevitable, pero en pacientes seleccionados se podría demorar largos periodos de tiempo.

## POSTER ELECTRÓNICO

### NÚMERO

P-08

### PRIMER AUTOR

PELEGRÍN DURÁ, LUCÍA

### CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

### AUTORES

LUCÍA PELEGRÍN DURA, ANNA BORRELL CHOVER, IGNACIO PÉREZ CORREA, JOSE LUIS RODRIGO PÉREZ

### TITULO

MANEJO DE LAS LUXACIONES ACROMIOCLAVICULARES CRÓNICAS EN NUESTRO CENTRO

### RESUMEN

#### INTRODUCCIÓN

Las luxaciones acromioclaviculares (AC) representan el 9% de las lesiones de la cintura escapular. El tratamiento conservador de estas lesiones no siempre tiene buenos resultados y puede dar lugar a dolor crónico y deterioro de la función del hombro. En estos casos, la estabilización de la articulación AC puede reducir estas secuelas. El objetivo consiste en valorar los resultados clínicos y radiológicos del tratamiento de la luxación acromioclavicular crónica en 11 pacientes intervenidos en nuestro centro.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó la reconstrucción ligamentaria mediante 3 técnicas distintas: 6 pacientes fueron intervenidos mediante plastia con ligamento sintético "(sistema LARS®)" fijado a la clavícula mediante 2 tornillos interferenciales. 5 pacientes fueron intervenidos mediante plastia ligamentosa injerto biológico (3 autoinjerto y 2 aloinjerto) junto con sistema de suspensión.

#### RESULTADOS

El tiempo medio desde la lesión hasta la cirugía reconstructiva fue de 20,42 meses. Los pacientes intervenidos mediante aporte de injerto biológico obtuvieron puntuaciones clínicas con escala Quick DASH 11.65 y EVA 2.2, mientras que el grupo "sintético" obtuvo una puntuación de Quick DASH 21,58 y EVA 3.3.

#### CONCLUSIONES

La reconstrucción anatómica de los ligamentos coracoclaviculares con injerto de tendón apoyado con sistema de suspensión disminuye el dolor, elimina las secuelas y mejora la función y la fuerza.



NÚMERO

P-09

PRIMER AUTOR

MARISCAL, GONZALO

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

AUTORES

MARISCAL, GONZALO; MURCIA, ANTONIO; SOLER, FRANCISCO

TITULO

EL IMPACTO DE LAS ALERGIAS EN LOS RESULTADOS FUNCIONALES TRAS LA ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA Y RODILLA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La hipersensibilidad al metal se ha asociado con síntomas persistentes después de la artroplastia total de cadera (ATC) y artroplastia total de rodilla (ATR), a pesar de una exitosa sustitución articular. Las alergias frecuentemente coexisten y se han relacionado con trastornos psiquiátricos como la ansiedad. Existe una brecha de conocimiento en cuanto al efecto de las alergias, incluida la hipersensibilidad al metal, en las medidas de resultados funcionales después de la ATC y la ATR. Este estudio tuvo como objetivo evaluar la influencia de las alergias, incluida la hipersensibilidad al metal, en los resultados funcionales de los pacientes sometidos a ATC y ATR.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda sistemática en utilizando las bases de datos PubMed, EMBASE, Scopus y Cochrane. Se incluyeron estudios que comparaban a adultos alérgicos y no alérgicos sometidos a ATC o ATR primaria y que informaban sobre los resultados funcionales. Se evaluó la calidad metodológica utilizando los criterios MINORS. Se calcularon las diferencias medias (DM) y las diferencias medias estandarizadas (DME) con intervalos de confianza del 95%. Se incluyeron ocho estudios, que involucraron a 33,808 pacientes.

RESULTADOS

Para los resultados funcionales evaluados mediante las escalas SF-12, SF-36, KOOS JR y HOOS JR, los pacientes alérgicos mostraron puntuaciones significativamente peores (DME -0.23, IC del 95% -0.36 a -0.09). La escala funcional WOMAC también mostró resultados más pobres en los pacientes alérgicos (DM 2.49, IC del 95% 0.64 a 4.35). En cuanto al dolor evaluado mediante la escala de dolor WOMAC, los pacientes alérgicos informaron de un dolor significativamente mayor (DM 1.04, IC del 95% 0.46 a 1.62). Los cambios en el estado mental evaluados mediante las escalas SF-12 y SF-36 no mostraron diferencias significativas entre los grupos (DM -0.46, IC del 95% -1.40 a 0.47). En el análisis de subgrupos, los pacientes en el subgrupo de ATC mostraron resultados significativamente peores (DM -7.20, IC del 95% -12.97 a -1.43).

CONCLUSIONES

Este meta-análisis encontró que los pacientes con alergias, incluida la hipersensibilidad al metal, generalmente tenían peores resultados funcionales después de la ATC y la ATR que los pacientes sin alergias. Se requiere más investigación para confirmar estos hallazgos. La detección de alergias preoperatorias puede identificar a las personas en riesgo de optimización del tratamiento.

NÚMERO

P-10

PRIMER AUTOR

MARISCAL, GONZALO

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

AUTORES

LLOMBART, RAFAEL; MARISCAL, GONZALO; LLOMBART-AIS RAFAEL

TÍTULO

¿LA DEFICIENCIA DE VITAMINA D AFECTA LOS RESULTADOS FUNCIONALES EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA?

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La deficiencia de vitamina D es común en pacientes con fracturas de cadera y puede afectar negativamente la recuperación funcional y la calidad de vida (CV). Este estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre la deficiencia de vitamina D y los resultados funcionales en pacientes con fracturas de cadera.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizaron búsquedas en PubMed, EMBASE, Scopus y Cochrane Library para encontrar estudios relevantes. Dos revisores independientes seleccionaron los estudios, extrajeron los datos y evaluaron el riesgo de sesgo. Realizamos metanálisis utilizando Review Manager y evaluamos la heterogeneidad y el sesgo de publicación.

RESULTADOS

Se incluyeron siete estudios con 1,972 pacientes. La deficiencia de vitamina D se definió como un nivel de 25(OH)D <20 ng/mL. No hubo diferencias significativas en la capacidad para caminar (OR 0.68, IC del 95% 0.31-1.53, I<sup>2</sup>=69%) o en la duración de la estancia hospitalaria (DM 2.27 días, IC del 95% -2.47 a 7.01, I<sup>2</sup>=93%) entre los pacientes con y sin deficiencia de vitamina D. Sin embargo, los pacientes con deficiencia de vitamina D tuvieron una capacidad funcional y calidad de vida significativamente peores (DME -1.50, IC del 95% -2.88 a -0.12, I<sup>2</sup>=96%).

CONCLUSIONES

En pacientes con fractura de cadera, la deficiencia de vitamina D no parece tener un impacto significativo en los resultados a corto plazo, como la capacidad para caminar y la duración de la estancia hospitalaria. Sin embargo, los pacientes con deficiencia de vitamina D pueden tener peores habilidades funcionales a largo plazo y una peor calidad de vida.

NÚMERO

P-11

PRIMER AUTOR

MAYORGA NARANJO, DAVID

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

AUTORES

MAYORGA NARANJO, DAVID; ULLDEMOLINS AZNAR, PABLO; HUGUET CARMONA, JUAN LUIS; GUILLOT FERRIOLS, ANNA; GÓMEZ ALLESSANDRI, JUAN; BLASCO MOLLA, MARÍA ÁNGELES; SALOM TAVERNER, MARTA

TÍTULO

SECCIÓN INVETERADA DE FLEXOR PROFUNDO EN MANO PEDIÁTRICA. PISTAS DEL PERIOSTIO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El retraso diagnóstico en las lesiones de los tendones flexores del paciente pediátrico es común. La edad pediátrica influye en la regeneración de las lesiones y en el manejo postoperatorio inmediato y posterior rehabilitación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de 3 años con impotencia de flexión de articulación interfalángica distal de tercer dedo de mano izquierda. 2 meses antes sufrió un atrapamiento de dicho dedo con una silla de camping, produciéndose una herida inciso-contusa, suturándose piel sin revisión de posible afectación tendinosa. En este momento se realiza una ecografía, apareciéndose una osificación en la cortical volar de F2, que impronta en el flexor. No se aprecia sección ni cabos tendinosos. Radiográficamente se observa dicha osificación.

RESULTADOS

Pese al resultado de la ecografía, se interviene a la paciente ante la sospecha clínica de sección del flexor profundo. Se realiza un abordaje volar en tercer dedo, observándose la sección inveterada del flexor profundo, con fibrosis a nivel de la polea A4, en la zona 1 de Verdan. Se disecan ambos bordes de la polea y se ancla el cabo proximal del flexor en la F3 mediante sutura pull out, no actuándose sobre la lesión ósea. Se inmoviliza a la paciente 8 semanas mediante una férula braquial con flexión de codo, metacarpofalángicas y muñeca, permitiéndose la flexión de las falanges. A las 6 semanas, presenta radiográficamente consolidación de la osificación inicial, sugiriendo una lesión del periostio secundaria a una fractura de la falange. A los 6 meses, presenta fuerza completa, no dolor y un pequeño déficit en la flexión de la articulación interfalángica proximal.

CONCLUSIONES

Una adecuada exploración bajo sedación en las heridas de la mano pediátrica ayuda a evitar que pasen desapercibidas lesiones tendinosas. En el paciente pediátrico es posible prolongar la inmovilización postoperatoria respecto al adulto. La sección del periostio puede provocar un sobrecrecimiento óseo.

### INTRODUCCIÓN

El angiosarcoma es un tumor vascular agresivo infrecuente y de etiología desconocida, originado por células mesenquimales predispuestas a la diferenciación angioblástica y la formación de nuevos vasos. De manera excepcional (<1%) presenta una localización ósea, asentando habitualmente sobre huesos largos de las extremidades. Existen dos formas de presentación, una lesión única con crecimiento rápido y con tendencia a la metastatización o multifocal.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 51 años, ingresado por toracostomía izquierda tras empiema crónico de origen tuberculoso, con antecedentes de púrpura trombocitopénica y en el contexto de tratamiento prolongado con corticoides, inicia cuadro de gonalgia sin En RNM se aprecian múltiples lesiones óseas heterogéneas y una masa de partes blandas en fémur distal izquierdo, sugestivas de malignidad. Tras valoración multidisciplinar, se decide realizar una biopsia cerrada guiada por radiología intervencionista, con resultado anatomopatológico incierto y diagnóstico de sinovitis crónica de origen infeccioso. Una semana después, sin traumatismo referido y durante el mismo ingreso hospitalario, sufre una fractura patológica. Se decide realizar una fijación externa y una biopsia abierta, obteniendo muestras del foco de lesión. En esta ocasión, el estudio de anatomía patológica confirma el diagnóstico de angiosarcoma epiteliode.

### RESULTADOS

Dada la extensión extraósea y la afectación del eje neurovascular, se decide una cirugía oncológica radical optando por la amputación supracondílea de fémur debido a la alta agresividad tumoral, descartándose el tratamiento quimioterápico debido al estado general del paciente. Tras tres meses de remisión de la enfermedad, el paciente presenta una clínica y una imagen radiológica similar en fémur distal contralateral. Se realiza una batería de pruebas complementarias, y tras una nueva biopsia, se objetiva mediante estudio con anatomía patológica un nuevo foco de angiosarcoma epiteliode, optando por el mismo tratamiento quirúrgico que en el episodio anterior dada la invasión del eje neurovascular.

### CONCLUSIONES

El angiosarcoma epiteliode multifocal presenta un pronóstico infausto, con una alta tasa de mortalidad, siendo su diagnóstico diferencial en ocasiones complejo. La opción quirúrgica es la piedra angular del tratamiento, con integración de radiación y tratamientos sistémicos.

NÚMERO

P-13

PRIMER AUTOR

RUIZ FABRA, CARLOS

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

AUTORES

CARLOS RUIZ FABRASERGIY SHANGUTOV KULICHOKLUCÍA PELEGRÍN DURÁCARLES MARTÍNEZ PÉREZ JOSÉ LUÍS RODRIGO PÉREZ

TÍTULO

EMPLEO DE INSTRUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA EL PACIENTE EN ARTROPLASTIA TOTAL DE TOBILLO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas la artroplastia total de tobillo se ha extendido en la práctica clínica como alternativa a la artrodesis de tobillo. Sin embargo, el riesgo de complicaciones y reintervención parece ser mayor en la artroplastia que en la artrodesis. El objetivo del PSI (patient specific instrumentation) es conseguir unos cortes más precisos y adecuados al paciente para prolongar la vida útil de la prótesis y evitar reintervenciones. Entre los posibles beneficios adicionales de la PSI se incluyen: menor complejidad quirúrgica, menor radiación intraoperatoria para el personal de quirófano y menor tiempo quirúrgico. Paciente de 56 años sin antecedentes patológicos de interés es intervenida por fractura luxación equivalente bimalleolar de tobillo derecho mediante reducción abierta y fijación interna con tornillo a compresión, placa de ocho orificios y sutura del ligamento deltoideo en octubre 2013. A consecuencia de la fractura la paciente desarrolla artrosis tibioastragalina con múltiples geodas, quistes subcondrales y grandes osteofitos marginales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se le plantea a la paciente la opción de artrodesis tibioastragalina o artroplastia total de tobillo. Finalmente decide artroplastia siendo consciente de las complicaciones y posible reconversión a artrodesis. Previo al tratamiento definitivo es intervenida en enero 2023 para extracción de material de osteosíntesis. A las 3 semanas de la intervención se consigue una flexión dorsal de 0º y una flexión plantar de 30º. Se lleva a cabo un TAC para planificación prequirúrgica y se incluye en lista de espera para prótesis total de tobillo PSI Quantum. La paciente es intervenida en febrero de 2024 mediante artroplastia total de tobillo PSI Quantum. Se emplea un abordaje anterior de tobillo entre tibial y extensor largo del hallux con capsulotomía anterior de la articulación tibioastragalina. A continuación se coloca la guía de corte PSI para la tibia. Tras comprobar la correcta alineación y nivel de corte se procede a la osteotomía tibial a través de la guía específica. El mismo proceso se lleva a cabo para la osteotomía astragalina. Posteriormente, se inserta la guía para chaflanes en astrágalo y la guía para quilla tibial. A continuación se colocan los implantes de prueba y se comprueba mediante escopia la correcta alineación y estabilidad articular. Finalmente se coloca la prótesis definitiva. La intervención se lleva a cabo con isquemia del miembro inferior en 122 minutos. Además se coloca un vendaje compresivo y una férula suropédica posterior a 90º. La paciente es dada de alta al cabo de 3 días.

RESULTADOS

La paciente evoluciona favorablemente. Un mes después de la intervención se consigue una flexión dorsal de 90º, flexión plantar de 140º y una inversión y eversión de 20º y 10º respectivamente. Asimismo, el dolor de la paciente mejora de un EVA previo a la intervención de 8 a un 0.

CONCLUSIONES

La artroplastia total de tobillo es una opción terapéutica para el tratamiento de la artrosis tibioastragalina avanzada frente a la artrodesis. El empleo de PSI permite una planificación preoperatoria precisa y detallada que disminuye la necesidad de toma de decisiones intraoperatorias y, por tanto, la complejidad de la cirugía.

NÚMERO

P-14

PRIMER AUTOR

MELIÁ TORÁN, ALEJANDRA

CENTRO

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA - LLÍRIA (VALENCIA)

AUTORES

ALEJANDRA MELIÁ TORÁN, LAURA PARRA CALABUIG, ALEJANDRO ROSELLÓ AÑÓN, JUAN MIGUEL REDÍN HUARTE.

TITULO

PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA FEMORAL PROFUNDA TRAS ENCLAVADO INTRAMEDULAR EN FRACTURAS DE CADERA, COMO COMPLICACIÓN TARDÍA.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El enclavado intramedular en fracturas extracapsulares de cadera no está exento de riesgos. Unas de las complicaciones menos frecuentes, pero más temidas son las vasculares como el pseudoaneurisma arterial.

Exponemos el caso de un paciente varón que presenta un pseudoaneurisma tardío de arteria femoral profunda tras enclavado femoral. Es crucial identificar los signos clínicos y tener una alta sospecha para solicitar las pruebas complementarias adecuadas y evitar desenlaces fatales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentación de un caso clínico

RESULTADOS

Paciente varón de 81 años con fractura pertrocantérea de cadera izquierda que es intervenido mediante clavo corto endomedular. Al mes de la cirugía el paciente presenta anemia grave y tumoración en cara anterior de tercio medio de fémur izquierdo. Ante la sospecha de sangrado activo se solicitó inicialmente ecografía Doppler y, posteriormente, AngioTAC. Se corroboró la presencia de un pseudoaneurisma de la arteria femoral profunda que precisó de hasta dos embolizaciones. El enclavado endomedular de fémur es una técnica de aplicación frecuente que no está exento de complicaciones. El brocado excesivo del tornillo distal o la utilización de tornillos demasiado largos son causas posibles de pseudoaneurismas y deben tenerse en cuenta para prevenirlos. Es necesario conocer la clínica de complicación vascular para actuar de manera rápida y eficaz.

CONCLUSIONES

Las complicaciones vasculares tras osteosíntesis en fracturas de extremo proximal del fémur son poco frecuentes, sin embargo, pueden ser devastadoras para el paciente. Los síntomas que presentan son muchas veces inespecíficos y tardíos. La utilización de pruebas complementarias como la ecografía Doppler o el AngioTAC son piezas clave en su diagnóstico, optando así el paciente a un tratamiento precoz y vital.

NÚMERO

P-15

PRIMER AUTOR

MELIÁ TORÁN, ALEJANDRA

CENTRO

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA - LLÍRIA (VALENCIA)

AUTORES

ALEJANDRA MELIÁ TORÁN, MARÍA DEL ROCÍO VALVERDE VÁZQUEZ, LAURA PARRA CALABUIG, JAVIER GARCÍA LAGUARTA.

TITULO

OS VESALIANUM PEDIS EN ADULTO: OTRA CAUSA DE DOLOR LATERAL DEL PIE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Os vesalianum pedis es un hueso accesorio localizado a nivel lateral de la base del quinto metatarsiano. Su prevalencia se estima en un 0'1%-5'9% y generalmente se encuentra de forma casual. Sin embargo, ocasionalmente puede presentarse como un dolor lateral del pie a raíz de mecanismos de inversión del tobillo.

Presentamos aquí el caso de un varón con la presencia de os vesalianum sintomático tratado finalmente de manera conservadora con buenos resultados. Planteamos un diagnóstico diferencial con otras posibles causas de dolor a nivel lateral del pie.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura.

RESULTADOS

Varón de 27 años que acude a urgencias por dolor, e impotencia funcional en pie izquierdo tras inversión del tobillo. En primera instancia es diagnosticado de fractura de la base del quinto metatarsiano y, posteriormente, de pseudoartrosis. Finalmente, se evidencia os vesalianum y se plantea el tratamiento conservador con desaparición del dolor. La presencia de este hueso accesorio debe ser considerada para evitar sobretratamientos. Debe diferenciarse de la fractura del quinto metatarsiano, pseudoartrosis o la enfermedad de Iselin. Os vesalianum sintomático puede llegar a cursar con dolor crónico y precisar de exéresis quirúrgica. La evidencia terapéutica es limitada, sin embargo, la tendencia es a comenzar tratamiento conservador dejando la opción quirúrgica como rescate en caso de fracaso.

CONCLUSIONES

La presencia de Os vesalianum pedis como variante de la normalidad es infrecuente, sin embargo, es importante conocerla para poder establecer un diagnóstico diferencial en el dolor lateral de pie postraumático, así como las alternativas terapéuticas (conservador o quirúrgico) sabiendo que no hay evidencia de superioridad de un tratamiento respecto a otro.

NÚMERO

P-16

PRIMER AUTOR

CORES QUIRÓS, CLAUDIA CECILIA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

AUTORES

CORES QUIRÓS, CLAUDIA CECILIA; GRELL, BERNHARD; PEDRAZA CORBÍ, ARANZA; GÓMEZ ALESSANDRI, JUAN; SALOM TAVERNER, MARTA.

TÍTULO

CRECIMIENTO GUIADO PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSEUDOARTROSIS CONGÉNITA DE TIBIA

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La Pseudoartrosis Congénita de Tibia es una condición congénita, más comúnmente asociado con Neurofibromatosis Tipo 1, que se presenta con una deformidad arqueada de la tibia. El tratamiento no es quirúrgico con aparatos ortopédicos para pacientes que soportan peso sin pseudoartrosis o fractura. Los pacientes con pseudoartrosis o fractura son muy difíciles de tratar y existen diferentes técnicas. Se han propuesto como fijación intramedular, injerto de peroné vascularizado, fijación externa circular con transporte óseo o método de Paley. Si pudiéramos evitar o retrasar al máximo la fractura y pseudoartrosis en estas tibias patológicas posible, su resolución sería más fácil.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron dos casos de pacientes con arqueamiento anterolateral patológico de la tibia (una de ellas en el contexto de la neurofibromatosis tipo I) sometida a modulación del tibial distal crecimiento como tratamiento primario. Se revisaron registros médicos y radiografías para determinar la edad en diagnóstico y tratamiento, procedimientos secundarios, complicaciones, deformidad residual y longitud de la pierna discrepancia.

RESULTADOS

Uno de los pacientes tiene un seguimiento de 16 meses. No ha sufrido fracturas pero sí requirió tres intervenciones adicionales debido a deformidad angular diafisaria tibial residual. El otro paciente solo tiene un seguimiento de 6 meses.

CONCLUSIONES

El crecimiento guiado puede ser una buena y sencilla opción para evitar o al menos retrasar una fractura y su pseudoartrosis en este tipo de pacientes.



NÚMERO

P-17

PRIMER AUTOR

MAYORGA NARANJO, DAVID

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

AUTORES

MAYORGA NARANJO, DAVID; GUILLOT FERRIOLS, ANNA; HUGUET CARMONA, JUAN LUIS; ULLDEMOLINS AZNAR, PABLO; ; GÓMEZ ALLESSANDRI, JUAN; BLASCO MOLLA, MARÍA ÁNGELES; SALOM TAVERNER, MARTA

TÍTULO

¿ABIERTO O PERCUTÁNEO? FRACTURA INTRAARTICULAR INVETERADA EN FALANGE MEDIA DE MANO PEDIÁTRICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Las fracturas alrededor de la articulación interfalángica proximal de las falanges de la mano son frecuentes. Son necesarios un diagnóstico y tratamiento tempranos, siendo el objetivo conseguir una articulación estable y congruente que permita un adecuado rango de movimiento. El manejo terapéutico de las fracturas intraarticulares conminutas es difícil y controversial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de 14 años que acude a Urgencias tras contusión en 5º dedo de la mano izquierda 15 días antes. A la exploración, presenta tumefacción y molestias a la palpación en la articulación interfalángica proximal de dicho dedo. A la movilidad presenta 85º de flexión y 10º de extensión. En la radiografía simple y el TC realizados se observa una fractura en la superficie articular proximal de F2, subluxación dorsal y la presencia de 2 fragmentos óseos, con una separación de 1,6 mm.

RESULTADOS

Se valoran como opciones terapéuticas la técnica percutánea con técnica de Suzuki y la reducción abierta y osteosíntesis. Se interviene a la paciente, observándose bajo control de escopia que a la tracción del dedo se diastasa el fragmento óseo anterior, por lo que se descarta la técnica de Suzuki. Se reduce la fractura flexionando la articulación interfalángica proximal y se bloquea la extensión mediante una aguja de Kirschner retrógrada de 1,2 mm introducida por dorsal de la metáfisis de F1. Posteriormente, se inmoviliza mediante férula volar de yeso. A los 3 meses de la intervención la paciente está contenta con el resultado, presentando consolidación de la fractura, no dolor ni tumefacción y una movilidad con una extensión de -3º y una flexión de 100º.

CONCLUSIONES

Pese a la frecuencia de las fracturas que afectan a la articulación interfalángica, la elección de su tratamiento sigue estando en controversia. El objetivo es conseguir una reducción rápida y precisa, obteniendo así un pronóstico excelente.

NÚMERO

P-18

PRIMER AUTOR

BELLIDO BELLO, IÑIGO LUIS

CENTRO

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA

AUTORES

IÑIGO LUIS BELLIDO BELLO, MARÍA DEL ROCÍO VALVERDE VÁZQUEZ Y VICENTE JAVIER GARCÍA LAGUARTA

TITULO

CLAVO RETROGRADO TIBIO-TALO-CALCÁNEO COMO TRATAMIENTO DE LA FRACTURA-LUXACION DE TOBILLO EN PACIENTE ANCIANO FRAGIL. A PROPOSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Las fracturas inestables de tobillo en paciente ancianos con fragilidad ósea suponen un desafío para el cirujano ortopeda, al tratarse de pacientes con comorbilidades importantes y mala tolerancia a la descarga e inmovilización. Se han descrito diversas técnicas para tratar a estos pacientes, como el clavo tibiotalocalcáneo retrógrado, que puede ser una buena opción en pacientes con baja demanda funcional y mala calidad ósea.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una paciente de 83 años con antecedentes de DM II, osteoporosis, deterioro de la función renal, alteraciones sensitivo motoras y vasculares en MMII, obesidad e hipotiroidismo. Deambulaba con ayuda de andador, siendo parcialmente dependiente para las ABVD. Acude a urgencias por ITU e imposibilidad para la deambulación. Vuelve a urgencias por deterioro del estado general, insuficiencia renal, edemas y eritema en MMII, siendo diagnosticada de celulitis por lo que ingresa para tratamiento. Durante su ingreso refiere caída 2-3 semanas antes, con incapacidad para la marcha pero sin dolor, por lo que se realiza Rx y TAC de tobillo siendo diagnosticada de fractura-luxación. Ante los antecedentes de la paciente y las imágenes del TAC se decide realizar reducción cerrada y osteosíntesis con clavo retrógrado tibio-talo-calcáneo.

RESULTADOS

La paciente inicia la deambulación con carga y ayuda de andador al día siguiente de la intervención, con buena evolución de las partes blandas y sin complicaciones postoperatorias. Al cabo de 2 meses el control Rx es correcto, no presenta complicaciones, camina con andador y ha recuperado la funcionalidad previa a la cirugía.

CONCLUSIONES

En pacientes ancianos pluripatológicos, con fragilidad ósea, el uso de clavos retrógrados tibio-talo-calcáneos como tratamiento de las fracturas-luxación de tobillo permiten la deambulación precoz con carga inmediata, lo que junto a la escasa agresión sobre partes blandas, contribuye a la recuperación y mejoría de la calidad de vida de estos pacientes.

NÚMERO

P-19

PRIMER AUTOR

GUANZETTI NIETO, ALESSANDRO

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DOCTOR BALMIS (ALICANTE)

AUTORES

ALESSANDRO GUANZETTI NIETO JOSE MANUEL VALIENTE VALERO ANTONIO GARCÍA LÓPEZ ALBERTO JURADO MUÑOZ JOSE ANTONIO ROMERO GABALDÓN

TÍTULO

ESTUDIO DE CASO: FRACTURAS PÉLVICAS ASOCIADAS A INSUFICIENCIA ÓSEA

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Las fracturas por fragilidad pélvica son una consecuencia creciente del envejecimiento demográfico. Estas fracturas, asociadas con condiciones como osteoporosis, aparecen ante impactos de baja energía o por el soporte de cargas fisiológicas y presentan un desafío significativo en su manejo clínico, siendo insuficiente el tratamiento conservador en algunas ocasiones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una paciente de 61 años con esclerosis múltiple, quien acudió a consulta por dolor inguinal crónico y limitación funcional. En la evaluación física se aprecia dolor inguinal con la maniobra de apertura de la pelvis, así como dolor 6 en la Escala Visual Analógica (EVA); las pruebas de imagen revelaron una fractura no consolidada en la pelvis, implicando tanto la región anterior como la posterior. Ante la sintomatología y la falta de consolidación, se optó por una intervención quirúrgica.

RESULTADOS

Se llevó a cabo una reducción abierta y fijación interna de la fractura, utilizando un abordaje de Pfannenstiel y dos placas para la pelvis anterior, y un tornillo sacroilíaco percutáneo para estabilizar la región posterior, junto al aporte de injerto autólogo de cresta ilíaca. Seis meses después de la cirugía, la paciente experimentó una mejoría notable en la función y el dolor, caminando con un bastón sin dolor inguinal, EVA 0. Sin embargo, persistían síntomas de hipoestesia y molestias en la cresta ilíaca. Se le proporcionó tratamiento osteoporótico.

CONCLUSIONES

Las fracturas por fatiga del anillo pélvico representan una entidad clínica única, no comparables con las fracturas pélvicas de alta energía, que requieren un enfoque individualizado en su manejo. Este caso ilustra la importancia de considerar la cirugía en estos pacientes, especialmente cuando hay falta de consolidación o progresión del desplazamiento, a pesar de un enfoque conservador inicial. La técnica utilizada demostró ser efectiva en la mejora funcional y el alivio del dolor en el contexto clínico de nuestra paciente.

NÚMERO

P-20

PRIMER AUTOR

CWIERTNIEWSKI, MACIEJ

CENTRO

HOSPITAL MARINA BAIXA

AUTORES

MACIEJ CWIERTNIEWSKI, AGURTZANE DÍEZ MARTÍNEZ, TOMAS LLINARES GALIANA

TITULO

SÍNDROME DE COLA DE CABALLO OCASIONADO POR GANGLIÓN INTERAPOFISARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Se presenta el caso de un síndrome de cola de caballo provocado por un quiste sinovial interapofisario. Los quistes sinoviales de las articulaciones interfetarias son secundarios a degeneración articular (89.3%) y ocurren con más frecuencia en pacientes con espondilolistesis (42.5%). En la mayoría de los casos, no producen ninguna sintomatología y suelen aparecer como un hallazgo casual en TAC. En pocos casos producen un dolor lumbar que puede estar, o no, acompañado de radiculopatía (85% de los sintomáticos). El nivel más comúnmente afectado es el L4-L5 (64%).

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 58 años que acude a la consulta de Traumatología, por pérdida de sensibilidad y fuerza severa de ambos miembros inferiores, más acentuada en el lado derecho (1/5). Además, presentaba hipoestesia en la zona genital acompañada de incontinencia esfinteriana. Se deriva inmediatamente a Urgencias donde se realiza una resonancia magnética de manera urgente. Resultados RMN: Importantes cambios degenerativos en los elementos posteriores de L4/L5, L5/S1. Quiste sinovial facetario derecho L4/L5 que ocasiona estenosis de la vertiente derecha del canal y probable compromiso radicular de L4 y L5.

RESULTADOS

Se realiza intervención quirúrgica: Resección del arco posterior derecho y central de L5 y S1. Foraminectomía de L5-S1 derecha. Exéresis del quiste sinovial y flebectomía derecha. Artrodesis L5-S1. En el postoperatorio se objetiva mejoría sensitiva y motora de su patología, así como una resolución de la incontinencia esfinteriana.

CONCLUSIONES

El quiste sinovial interapofisario se suele presentar como un hallazgo casual en una TAC o RMN, secundario a un traumatismo o degeneración articular. Cuando produce síntomas, puede producir un dolor lumbar, acompañado o no de radiculopatía. Es muy infrecuente que produzca un síndrome de cola de caballo. En el caso de producir un síndrome de cola de caballo, es necesaria la realización de una descompresión de manera urgente.

NÚMERO

P-21

PRIMER AUTOR

RAMÍREZ SÁNCHEZ, LAURA

CENTRO

HOSPITAL LLUIS ALCANYS (XÁTIVA)

AUTORES

LAURA RAMÍREZ SÁNCHEZ, JOSE ANGEL TECLES TOMAS, AMANDA APARICI MARTÍNEZ

TITULO

QUISTE HIDATÍDICO INTRAMUSCULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La hidatidosis o equinococosis es una zoonosis parasitaria producida por el género *Echinococcus*. *E. Granulosus* es el principal responsable de la hidatidosis en humanos, en su forma de equinococosis quística (EQ). La EQ normalmente es asintomática. La sintomatología dependerá del efecto masa que produzca en el órgano afectado, generalmente el hígado. El pulmón es la localización extrahepática más frecuente. Los quistes hidatídicos intramusculares son extremadamente raros incluso en países endémicos. Entre sus complicaciones destacamos la fistulización o rotura del quiste, pudiendo diseminarse a otros órganos o provocar una reacción anafiláctica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un varón de 27 años remitido por tumoración en muslo derecho. A la exploración se palpa tumoración en cara medial de tercio proximal de muslo derecho, que aumenta progresivamente de tamaño y es dolorosa con la actividad física. Se realiza ecografía que informa de tumoración compatible con quiste hidatídico, se completa estudio con RMN y TC, que descartan compromiso sistémico. Se inicia tratamiento médico con Albendazol durante 2 meses. Posteriormente, intervenimos quirúrgicamente mediante abordaje longitudinal en cara medial de tercio proximal de muslo, disección roma hasta encontrar quiste de 12x7x5 cm en el seno de la musculatura aductora. Se libera progresivamente y se extrae íntegro. Lavado con compresas impregnadas en agua oxigenada y cierre por planos. Remitimos muestra a anatomía patológica.

RESULTADOS

La biopsia confirma el diagnóstico de quiste hidatídico, sin estructuras parasitarias viables. Se completa tratamiento con Albendazol durante el primer mes postoperatorio, sin alteraciones en hemograma ni perfil hepático. Durante el postoperatorio evoluciona favorablemente, sin complicaciones.

CONCLUSIONES

Los quistes hidatídicos intramusculares aislados son poco comunes y pueden ser difíciles de diagnosticar, sobretodo en áreas no endémicas. Es importante diagnosticarlos preoperatoriamente, debido al riesgo de shock anafiláctico o diseminación en caso de rotura, además de poder realizar un correcto tratamiento antiparasitario antes y después de la cirugía.

NÚMERO

P-22

PRIMER AUTOR

RAMÍREZ SÁNCHEZ, LAURA

CENTRO

HOSPITAL LLUIS ALCANYS (XÁTIVA)

AUTORES

LAURA RAMÍREZ SÁNCHEZ, CRISTINA GALLEGO TERRES

TÍTULO

SÍNDROME DE CAMURATI-ENGELMANN

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Camurati-Engelmann o displasia diafisaria progresiva es una patología genética rara, de herencia autosómica dominante, caracterizada por la aparición de hiperostosis de la diáfisis de huesos largos, de forma gradual y simétrica. Los huesos más frecuentemente afectados son fémur, tibia y peroné. La columna vertebral suele estar íntegra, apareciendo escoliosis graves por debilidad muscular. Suele comenzar en la infancia con marcha claudicante, dolor óseo y atrofia muscular y del tejido adiposo. Además, pueden presentar síntomas orgánicos como anemia, leucopenia o hepatoesplenomegalia, lo que sugiere que este síndrome tiene manifestación sistémica y no solo ósea. Su diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos y las alteraciones radiográficas típicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una mujer de 33 años remitida por cervicodorsalgia. A nivel radiográfico apreciamos escoliosis con doble curva lumbar de convexidad izquierda (22º) y dorsal de convexidad derecha (15º), báscula pélvica y mínima disimetría de miembros inferiores. Observamos esclerosis difusa ósea y aumento del calibre de los huesos largos, así como pérdida de esfericidad y aplanamiento de las cabezas femorales, hallazgos típicos de esta displasia. Además, dolor en codo izquierdo con bloqueo de pronosupinación (10/60º) y flexión y tope mecánico a los 90º, hallando en estudio radiográfico luxación anterolateral de la cabeza radial bilateral.

RESULTADOS

Tras rehabilitación observamos mejoría clínica de cervicodorsalgia. Desestimamos cirugía de resección de cabeza radial tras hallazgo en TC de hiperostosis con afectación de la articulación, ya que no aportaría mejoría clínica. Derivamos a reumatología para valoración y seguimiento conjunto, donde comienza corticoterapia y alcanza estabilidad clínica.

CONCLUSIONES

La enfermedad de Camurati-Engelmann es una patología rara y de difícil manejo, siendo lo más importante prevenir las complicaciones secundarias. Los glucocorticoides han demostrado retrasar la hiperostosis y prevenir la aparición de complicaciones al provocar una disminución de masa ósea, siendo el tratamiento más eficaz actualmente.

NÚMERO

P-23

PRIMER AUTOR

MELIÁ TORÁN, ALEJANDRA

CENTRO

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA - LLÍRIA (VALENCIA)

AUTORES

ALEJANDRA MELIÁ TORÁN, MARÍA DEL ROCÍO VALVERDE VÁZQUEZ, LAURA PARRA CALABUIG, DANIEL HERRERO MEDIAVILLA.

TITULO

NECROSIS AVASCULAR ATRAUMÁTICA DE CUATRO MIEMBROS: BILATERAL DE FÉMUR Y HÚMERO PROXIMAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La necrosis avascular es una patología caracterizada por un aporte sanguíneo comprometido. Suele ser secundaria a múltiples factores. El más frecuente es el uso prolongado de corticoesteroides a dosis altas. La NAV asociada a corticoides afecta a la cabeza femoral en un 75% y suele ser bilateral, aunque no de forma simultánea. La segunda localización más frecuente es el húmero proximal. Sin embargo, sólo en un 3% de los casos existe multifocalidad.

Exponemos el caso de una paciente con osteonecrosis bilateral de cabeza femoral y de húmero proximal tras tratamiento con altas dosis de corticoides y QT tras diagnóstico de linfoma cerebral.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura.

RESULTADOS

Paciente mujer de 63 años diagnosticada de linfoma B difuso de células grandes a nivel frontal izquierdo tras hemiparesia derecha. Se trató con quimioterapia y altas dosis de corticoides. Durante el proceso de rehabilitación, presentó de manera abrupta en primer lugar una fractura subcapital en cadera derecha y, al mes, en la izquierda en el contexto de NAV avanzada. Fue intervenida mediante PTC bilateral, con buenos resultados clínicos. Dos meses después de la última cirugía, comenzó con omalgia izquierda y movilidad activa limitada resistente a tratamiento rehabilitador. Finalmente se diagnosticó de NAV grado III-IV de Cruess en húmero proximal izquierdo. Al año comenzó con clínica similar en húmero derecho con NAV Cruess III. Fue intervenida mediante PTHI bilateral y actualmente está sin dolor y presenta buena funcionalidad.

CONCLUSIONES

La osteonecrosis suele afectar a pacientes relativamente jóvenes, por lo que una detección precoz ante factores predisponentes típicos y pruebas como la RM pueden determinar su pronóstico. El tratamiento definitivo pasa por descompresión en casos leves, por osteotomías y por artroplastias en casos avanzados.

NÚMERO

P-24

PRIMER AUTOR

JIMÉNEZ FERRER, MARTA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

AUTORES

LOPEZ LOPEZ, SERGIO; GÓMEZ BARBERO, PATRICIA; PÉREZ CORREA, IGNACIO; MORALES RODRÍGUEZ, JORGE; RODRIGO PÉREZ, JOSÉ LUIS

TITULO

TÉCNICA DE TOPE ÓSEO CON CRESTA ILIACA EN LA RECIDIVA DEL BRISTOW-LATARJET

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La luxación recidivante de hombro supone un reto dados los altos índices de recidiva tras la intervención (4 - 21%). En numerosas ocasiones se asocia a importantes pérdidas de stock óseo de la glena, estando indicadas técnicas de tope óseo, que implican la transferencia de un injerto óseo, generalmente coracoides, a la parte frontal de la glena. En casos de Bristow-Latarjet recidivante se puede recurrir a otros injertos, como de cresta iliaca. El objetivo es presentar nuestra experiencia con dos pacientes con inestabilidad crónica de hombro y fracaso del Bristow-Latarjet que precisaron intervención mediante técnica de tope óseo con cresta iliaca.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presentan dos casos: El primero un varón de 42 años con clínica de luxación recidivante de hombro intervenido mediante técnica de Bristow-Latarjet que presenta posteriormente tres episodios de luxación. Se realiza un TC (tomografía computarizada) donde se aprecia importante lesión de Hill-Sachs y osteólisis en tornillo de glenoides.

RESULTADOS

Se decide intervenir a ambos mediante técnica de tope óseo. Para ello se extrae autoinjerto de cresta iliaca. Posteriormente, se realiza extracción de material de osteosíntesis de las cirugías previas y se fija el injerto de cresta a la glena mediante 2 tornillos con arandela. En los 12 meses posteriores a la cirugía ambos pacientes evolucionan favorablemente, sin nuevos episodios de luxación y con un balance articular donde destaca la pérdida de rotación externa.

CONCLUSIONES

La técnica de tope óseo utilizando autoinjerto de cresta iliaca es una alternativa para pacientes con luxación recidivante con pérdida de stock óseo en la glena tras fracaso del Bristow-Latarjet. Se trata de una cirugía de rescate, por lo que se debe asumir pérdida de mayor rango articular, priorizando evitar nuevos episodios de luxación.



NÚMERO

P-25

PRIMER AUTOR

JIMÉNEZ FERRER, MARTA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

AUTORES

LOPEZ LOPEZ SERGIO; CARRATALÁ PÉREZ, CARLA; RODRIGO PÉREZ, JOSÉ LUIS

TITULO

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA FRACTURA-AVULSIÓN DE LA PLACA VOLAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La fractura por avulsión de la placa volar de la articulación interfalángica proximal (IFP) es una lesión común en la mano, resultante de la hiperextensión o la fuerza rotatoria. Los objetivos del tratamiento son recuperar la estabilidad articular y lograr un rango de movimiento normal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 18 años remitida de otro centro por fractura-luxación de 5º dedo de la mano izquierda, tras traumatismo jugando al voleibol. A la exploración presenta tumefacción, hematoma y dolor sobre IFP de 5º dicho dedo, junto con limitación de la movilidad. Se realiza una radiografía donde se observa una fractura avulsión de la placa volar de la IFP del 5º dedo de la mano izquierda.

RESULTADOS

Se realiza intervención quirúrgica, bajo anestesia local, mediante incisión tipo Brunel sobre IFP de 5º dedo. Se objetiva la fractura con un fragmento desplazado que se reduce con pinza de disección. Se colocan 2 arpones de 4/0, a los que se sutura el fragmento, reduciendo así la placa. Durante el postoperatorio se coloca una férula en intrínseco plus tres semanas y posteriormente una sindactilia, permitiendo la movilidad pasiva de flexo-extensión de la IFP y activa a la sexta semana. Tras cinco meses en balance articular de la IFP es de 95º de flexión y -10º de extensión y de la IFD de 60º de flexión con extensión completa. Al realizar presa se queda a 1.5cm de la palma de forma activa, siendo completa de forma pasiva.

CONCLUSIONES

Aunque la mayoría de las lesiones de la placa volar se pueden tratar de forma conservadora (estables según la clasificación de Keifhaber-Stern o tipo 1-3a según la clasificación de Eaton) con buenos resultados funcionales, hay ciertas lesiones (inestables o tipo 3a-3b) que pueden requerir de tratamiento quirúrgico para lograr dichos resultados, siendo estos mejores cuanto más precozmente se realice la cirugía.

NÚMERO

P-26

PRIMER AUTOR

LÓPEZ LÓPEZ, SERGIO

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

AUTORES

JIMÉNEZ FERRER, MARTA; MONTANER ALONSO, DANIEL; RODRIGO PÉREZ, JOSÉ LUIS

TITULO

TRATAMIENTO DE LA FRACTURA DE ESTRÉS EN ESCÁPULA SOBRE PRÓTESIS INVERTIDA DE HOMBRO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Las fracturas traumáticas del acromion, así como las fracturas por insuficiencia después de la prótesis inversa del hombro son entidades relativamente raras, con incidencias del 8% y 4% respectivamente. Las causas más frecuentes asociadas a fracturas por estrés son artropatía del manguito rotador, antecedentes de artroplastia, trabajos de fuerza y algunos deportes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 77 años que acude a urgencias por traumatismo en hombro derecho. Como antecedentes relevantes es portadora de una prótesis inversa de hombro tras una fractura en dicho hombro. Se realiza una radiografía en urgencias, donde es diagnosticada de una fractura periimplante de escápula derecha tipo B3 de la clasificación de Euler y Ruedi. Se completa el estudio con un TC donde se observan múltiples trazos de fractura en acromion y cuerpo de escapula que no alcanzan el material protésico glenoideo, manteniendo la prótesis la congruencia articular.

RESULTADOS

Dado el tipo de fractura y desplazamiento, se interviene la fractura periimplante mediante reducción abierta y osteosíntesis interfragmentaria del acromion con 2 tornillos canulados y placa ALPS de clavícula moldeada intraoperatoriamente a nivel del cuerpo. En el seguimiento a los 7 meses la paciente está asintomática con consolidación de la fractura y movilidad similar a la previa.

CONCLUSIONES

El manejo de las fracturas periimplante de acromion y espina de la escápula representa un grupo complejo y poco frecuente, en el cual no se han establecido mejores resultados del manejo quirúrgico sobre el conservador. Además, estas fracturas se asocian con una alta tasa de falta de unión y mal resultado funcional. Se recomienda siempre una correcta planificación preoperatoria revisando el implante protésico previo a la intervención. En caso de fracturas desplazadas agudas, pseudoartrosis sintomática y lesiones adicionales al complejo suspensorio superior del hombro, se aconseja la intervención mediante placas con tornillos interfragmentarios.

NÚMERO

P-27

PRIMER AUTOR

LÓPEZ LÓPEZ, SERGIO

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

AUTORES

JIMÉNEZ FERRER, MARTA; PÉREZ CORREA, NACHO; RODRIGO PÉREZ, JOSÉ LUIS

TITULO

NO PUEDO ESTIRAR EL DEDO. MANEJO EN EL TRATAMIENTO DE LA CAMPTODACTILIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La camptodactilia es una malformación congénita rara (<1%), causada por un defecto de diferenciación de tejidos blandos, que provoca desviación en flexión de la interfalángica proximal (IFP) de la mano, frecuentemente del quinto dedo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 15 años con deformidad desde el nacimiento de ambos meñiques, que presenta empeoramiento, con dolor y dificultad para tocar el clarinete. A la exploración presenta cuerda de arco tendinosa, déficit de extensión activa de IFP de 75º y pasiva de 60º, con flexión pasiva completa del quinto dedo de la mano derecha. En la contralateral observamos clínica más leve. Radiografía y RM (mano derecha): Flexión de IFP (subluxada) y extensión de metacarpofalángica. No se objetiva rotura tendinosa ni de polea. Diagnóstico: Camptodactilia congénita bilateral de quintos dedos de las manos.

RESULTADOS

Inicialmente realizamos tratamiento conservador mediante férulas dinámicas, con mala tolerancia. Dada la persistencia de dolor, planteamos tratamiento quirúrgico mediante abordaje longitudinal volar para posterior Z-plastia. Se visualiza una polea A3 atenuada, cuerda de arco del flexor profundo bifurcada en espesor parcial y flexor superficial de quinto dedo hipoplásico. Se realiza abordaje accesorio en palma proximal a A1, apreciándose origen del lumbrical del 5º dedo en el flexor profundo del 4º y 5º, e inserción en el flexor superficial de los dedos (FSD) proximal a A1. Se realiza resección del FSD y del lumbrical del 5º dedo. Postoperatoriamente colocamos ortesis en intrínseco plus 5 semanas. Se inician ejercicios de movilidad a partir de la segunda. La ortesis se mantiene nocturnamente hasta la 8ª. A los cinco meses presenta una movilidad en metacarpofalángica de 0º-90º y de 0º-80º en IFP, y está realizando vida normal.

CONCLUSIONES

La camptodactilia es infrecuente, conocer su presentación clínica puede ayudarnos a establecer un diagnóstico y manejo adecuados. Inicialmente planteamos tratamiento conservador. Si fracasa o recidiva debe plantearse el manejo quirúrgico.

NÚMERO

P-28

PRIMER AUTOR

MIRANDA GÓMEZ, IGNACIO

CENTRO

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA - LLÍRIA (VALENCIA)

AUTORES

IGNACIO MIRANDA GÓMEZ, NURIA RIBERA MARTÍNEZ, JAVIER COLADO DOMÍNGUEZ, MARÍA JOSÉ SANGÜESA NEBOT

TITULO

SOLUCIÓN LÍMITE PARA RECAMBIO DE PRÓTESIS TOTAL DE CADERA POR METALOSIS: PRESENTACIÓN DE 2 CASOS CLÍNICOS.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El cotilo ASR está descatalogado y solo se fabricaba con insertos metálicos, por lo que no es posible realizar un recambio de elementos móviles para cambiar de par de fricción cambiando el inserto. El objetivo es presentar la cementación de un polietileno sobre el cotilo primario como solución límite para la metalosis producida por un par metal-metal en prótesis total de cadera (PTC).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron dos pacientes sometidos a cirugía de revisión de PTC por metalosis con comorbilidades asociadas.

RESULTADOS

Los 2 paciente presentaban metalosis sin clínica ni imágenes radiográficas de aflojamiento de componentes (Cr 15,87 y 7,03  $\mu\text{g/L}$ ; Co 41,13 y 24,55 $\mu\text{g/L}$  respectivamente).Intraoperatoriamente se comprobó buena osteointegración del vástago y el cotilo, que se conservaron. Se cambiaron las cabezas metálicas por cabezas de cerámica y se cementaron polietilenos sobre el cotilo ASR primario, cambiando el par de fricción a cerámica-polietileno.En ambos casos disminuyeron los metales en sangre (paciente 1: Cr 2,69 y Co 2,58  $\mu\text{g/L}$ ; paciente: 2 Cr 5,76 y Co 7,62  $\mu\text{g/L}$  –portador de prótesis cerámica-metal contralateral-).El primer paciente refería prurito generalizado que inició unos meses previos al recambio, que desaparecieron en los 12 meses tras la intervención y actualmente está asintomático. El segundo paciente era asintomático y sigue asintomático. No ha habido complicaciones en los más de 6 años de seguimiento actuales de ambos pacientes.

CONCLUSIONES

En casos en los que existe una correcta osteointegración de componentes fijos de PTC no subsidiarios de recambio del cotilo por comorbilidades asociadas o problemas locales, el recambio de componentes móviles con cementación de polietileno sobre el cotilo primario (en modelos que no permitan un cambio de inserto), puede ser una solución límite para casos de metalosis, ya que disminuyen niveles de iones en sangre y no ha asociado complicaciones a medio plazo en los dos casos presentados.

NÚMERO

P-29

PRIMER AUTOR

BENLLOCH GARCÍA, ROSA

CENTRO

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA

AUTORES

ROSA MARÍA BENLLOCH GARCÍA, ANTONIO SILVESTRE MUÑOZ

TITULO

CIRUGÍA DE PRESERVACIÓN DE LA EXTREMIDAD INFERIOR COMO TRATAMIENTO DE UN SARCOMA SINOVIOL MONOFÁSICO LOCALIZADO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y EVALUACIÓN DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El sarcoma sinovial es un tumor infrecuente dentro de los sarcomas de partes blandas, y suele diferir de estas en varios aspectos, como el crecimiento más lento, y la edad de presentación más temprana. Presentan una supervivencia del 75% a los 5 años, y tienen como tratamiento de elección la cirugía con márgenes libres, asociando terapias complementarias preoperatoriamente o post-operatoriamente. El objetivo actual de la cirugía oncológica es el de preservar una extremidad funcional, junto al correcto control oncológico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente varón de 16 años, que consulta por tumefacción difusa de rodilla que inicialmente es diagnosticada como una bursitis. El servicio de radiología informa de un aumento de partes blandas sugestivo de ampliar el estudio, y la RM muestra una masa de aproximadamente 10x8x5,5 cm en el compartimento muscular posterior del muslo izquierdo, en íntima relación con el paquete vasculonervioso femoral. Mediante biopsia y estudio de extensión se diagnosticó de sarcoma sinovial monofásico localizado. Recibió radioterapia y quimioterapia pre-operatoria. Tras una meticulosa planificación quirúrgica, se realizó una resección de la lesión. Se disecó el tumor en el hueco poplíteo hasta dejar 2cm de musculatura como margen de seguridad. En el fémur, se estableció el límite del periostio posteromedial como margen seguro. La resección de la arteria femoral superficial junto con el tumor, y el bypass femoro-poplíteo arterial y venoso practicado por parte de cirugía vascular garantizaban la perfusión de la extremidad.

RESULTADOS

Se han analizado los márgenes de resección tumoral, hallándose todos estos libres de enfermedad. Quirúrgicamente, se encuentra con buena evolución, presentando buena movilidad, relleno vascular y sensibilidad distal.

CONCLUSIONES

En los sarcomas sinoviales, el tratamiento de resección del tumor preservando la extremidad, debe realizarse tras una planificación preoperatoria cuidadosa. La planificación quirúrgica es fundamental para obtener unos márgenes libres, que a su vez son el predictor más importante de supervivencia.

NÚMERO

P-30

PRIMER AUTOR

RIVKIN SÁNCHEZ, ELENA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

AUTORES

RIVKIN SÁNCHEZ, ELENA; MAROÑAS ABUELO, CELIA MARÍA; CASTRO FERNÁNDEZ, ALICIA; PIÑEIRO RAMÍREZ, BLANCA; SAYAS LADAGA, MARINA.

TÍTULO

FRACTURAS ATÍPICAS DE FÉMUR, A PROPÓSITO DE UN CASO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Las fracturas atípicas de fémur debidas al uso prolongado de agentes antirresortivos (bifosfonatos y denosumab) están atrayendo una atención significativa debido a su desafiante tratamiento por sus aspectos biológicos y mecánicos. Estos agentes son los más usados como terapia de primera línea para el tratamiento de la osteoporosis y la reducción del riesgo de fractura. La patogenia de estas fracturas sigue siendo desconocida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una mujer de 56 años que acude a Urgencias por aumento del dolor en muslo izquierdo tras caída casual desde su propia altura, ya presentaba dolor en ambos muslos de meses de evolución sin antecedente traumático. La paciente ha estado en tratamiento para la osteoporosis con alendronato durante los últimos 4 años y previamente con ibandronato durante 8 años. Se solicita una radiografía donde se observa una fractura diafisaria atípica de fémur izquierdo.

RESULTADOS

Se realiza enclavado endomedular con clavo largo fresando 2,5 mm más del diámetro del clavo con tornillo cefálico. Debido al riesgo de fractura en fémur contralateral, se realiza radiografía donde se identifica engrosamiento de corticales sin trazos de fractura y se solicita RM que descarta fractura. Por lo tanto, se consideró que no era necesario el enclavamiento, pero sí un seguimiento estrecho durante al menos 2 años.

CONCLUSIONES

El tratamiento quirúrgico con clavo endomedular largo fresando 2,5 mm más del diámetro del clavo (debido al engrosamiento de corticales) con tornillo cefálico es el recomendado para las fracturas completas. Los pacientes con fracturas atípicas de fémur unilateral tienen un riesgo aumentado de fracturas contralaterales posteriores por lo que el fémur contralateral debe ser evaluado continuando con vigilancia estrecha durante al menos 2 años.

Además, debe iniciarse tratamiento médico apropiado, incluyendo la interrupción de bifosfonatos y el inicio de suplementación con calcio y vitamina D.

NÚMERO

P-31

PRIMER AUTOR

ARABÍ SOLIVERES, ANNA

CENTRO

HOSPITAL FRANCESC DE BORJA, GANDIA

AUTORES

ARABÍ SOLIVERES, ANNA; FURIÓ SANCHIS, LUCÍA; BAÑOS GÓMEZ, JORGE; GREGORI ROIG, ÁNGEL; ESCRIVÁ LLORET, ALBERTO

TITULO

TUMOR GLÓMICO SUBUNGUEAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Los tumores glómicos son tumores benignos y poco frecuentes. Hay una elevada concentración de cuerpos glómicos en las puntas de los dedos, especialmente bajo las uñas, pero pueden aparecer en cualquier zona del cuerpo. Aproximadamente, el 75% de los tumores glómicos son subungueales. Los hallazgos clínicos suelen ser suficientemente indicativos, pero en ocasiones, pueden presentar un dilema diagnóstico. Se han descrito diversas modalidades de tratamiento, como el láser y la escleroterapia; pero la escisión quirúrgica con exéresis completa de la cápsula tumoral es recomendada para aliviar el dolor y minimizar el riesgo de recurrencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 43 años, remitida para valoración de dolor neuropático subungueal en 4º dedo de la mano de 4 años de evolución. A la exploración, destaca cambios tróficos en uña, con línea rojiza centrada en lecho ungueal. En la radiografía y la resonancia los hallazgos se encuentran dentro de la normalidad, por lo que se decide revisión quirúrgica. En la intervención se realiza exéresis de una tumoración subungueal de 3x3 milímetros, y la anatomía patológica confirma que se trata de un tumor glómico.

RESULTADOS

A los 2 meses tras la intervención, la paciente refiere desaparición completa de las molestias, con buena evolución de la herida, sin afectación de la uña.

CONCLUSIONES

Los tumores glómicos son tumores benignos de origen neuromioarterial. El diagnóstico es clínico, aunque en algunos casos se puede precisar resonancia magnética. Se han descrito modalidades de tratamiento quirúrgico y no quirúrgico (láser, escleroterapia), siendo el primero el más recomendado para minimizar el riesgo de recurrencia.

NÚMERO

P-32

PRIMER AUTOR

PONT GUTIÉRREZ, CARLOS

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN JUAN DE ALICANTE

AUTORES

CARLOS PONT GUTIÉRREZ, MIGUEL GABALDÓN MARTÍNEZ, PEDRO MARCOS PIQUERAS VIDAL, OSCAR BENEITO PASTOR, PAULA MÍNGUEZ MALONDA, FRANCISCO JOSÉ ARCE LÓPEZ, CLARA MARTÍNEZ GARCÍA, ALEJANDRO BAUTISTA VALERA

TÍTULO

LINFOMA MUSCULOESQUELÉTICO QUE DEBUTA COMO SÍNDROME COMPARTIMENTAL DEL ANTEBRAZO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El síndrome compartimental agudo es una emergencia médica que pone en peligro la extremidad y la vida del paciente. El diagnóstico se basa en la historia clínica y el examen físico, a veces complementado con pruebas de imagen o medición de presión intracompartimental. El tratamiento precoz es crucial para prevenir complicaciones graves como la necrosis muscular, la amputación e incluso la muerte.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se describe el caso de una mujer de 65 años con antecedentes de hipotiroidismo que sufrió una fractura de radio distal en la muñeca izquierda. Se inmovilizó con yeso durante 6 semanas. Un mes después de la retirada, presentó aumento del dolor en el antebrazo, hinchazón y enrojecimiento, así como parestesias en el territorio del nervio mediano. Se sospechó tenosinovitis/celulitis y se inició tratamiento antibiótico. Cuatro días después, ante el empeoramiento de los síntomas, se decidió exploración quirúrgica bajo la sospecha de síndrome compartimental agudo.

RESULTADOS

Se realizaron fasciotomías de los compartimentos volares y dorsales del antebrazo, objetivándose abundante tejido desvitalizado, friable y no contráctil. Las muestras remitidas a Anatomía Patológica dieron el diagnóstico de linfoma B difuso de células grandes (LBDCG) de alto riesgo. Se completó estudio con PET-TC que reveló afectación sistémica. A pesar del tratamiento con quimioterapia, la paciente sufrió mala evolución, desarrollando shock séptico y síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. Finalmente falleció cinco meses post diagnóstico.

CONCLUSIONES

Las manifestaciones extraganglionares musculares se tratan de una afectación rara del linfoma no Hodgkin. Que la infiltración muscular provoque un síndrome compartimental es extremadamente inusual. La descompresión quirúrgica es el gold standard en el tratamiento del síndrome compartimental, a la que se le suma el tratamiento quimioterápico agresivo para el linfoma. El pronóstico no es bueno, ya que generalmente estos pacientes presentan una afectación sistémica al diagnóstico.



NÚMERO

P-33

PRIMER AUTOR

MOTA HERNÁNDEZ, ANA

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

1. ANA MOTA HERNÁNDEZ 2. CARLOS VERDÚ AZNAR 3. JOSÉ MIGUEL LIZANA GARCÍA 4. ENRIQUE FORNÉS GALLEGO 5. MIGUEL VARGAS MALDONADO

TITULO

NUESTRA EXPERIENCIA QUIRÚRGICA DE UNA LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR CRÓNICA TRAS FALLO DE UN SISTEMA DE SUSPENSIÓN

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Varón de 46 años con diagnóstico de luxación acromioclavicular tipo V de la clasificación Rockwood, intervenido mediante un sistema de suspensión, con correcta estabilidad y reducción tras la cirugía. Durante el seguimiento, se objetiva aumento progresivo del espacio acromioclavicular, inestabilidad y limitación funcional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se decide reintervención de la luxación acromioclavicular crónica. Intraoperatoriamente, se objetiva la inestabilidad de la articulación, a pesar de la correcta colocación según técnica del sistema de suspensión. Se extraen los botones claviculares del sistema de suspensión. Disección de coracoides y paso de sutura transportadora por su cara inferior. Realización de túneles óseos en clavícula de 6 mm y preparación del aloinjerto de semitendinoso con suturas tipo Krackow. Paso del injerto bajo la coracoides y a través de túneles óseos. Realización de Mumford de extremo lateral de la clavícula ante los cambios degenerativos observados intraoperatoriamente. Fijación provisional con agujas de Kirschner y biotendosis de los injertos a su paso por la clavícula con tornillos de 6x15mm. Estabilización y reducción del estrés del injerto mediante placa gancho de 3 orificios.

RESULTADOS

Tres meses tras la intervención, el paciente logra una flexión anterior >150º, abducción de 130º, rotación externa 90º y rotación interna alcanza T12. Los controles radiológicos muestran una adecuada alineación acromioclavicular sin alteraciones estructurales del implante. Se programa para extracción de material de osteosíntesis de la placa gancho.

CONCLUSIONES

El manejo de la luxación acromioclavicular crónica tras un fallo de un sistema de suspensión no dispone de técnica Gold standard. La bibliografía indica que las reconstrucciones anatómicas como la presentada son superiores frente a las no anatómicas. Este caso quiere exponer que la aumentación biológica con aloinjerto de semitendinoso soportado mediante una placa gancho de neutralización provisional puede ser una buena opción terapéutica en la cirugía de revisión de la luxación acromioclavicular crónica tras fallo de un sistema de suspensión.

NÚMERO

P-34

PRIMER AUTOR

MOTA HERNÁNDEZ, ANA

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

1. ANA MOTA HERNÁNDEZ 2. ELADIO SAURA SÁNCHEZ 3. ANDRÉS LAPEÑA MARTÍNEZ 4. MIGUEL VARGAS MALDONADO 5. SOFÍA PÉREZ CONESA

TÍTULO

DEFECTO ÓSEO MASIVO TIBIAL EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO: LA IMPORTANCIA DE LA PLANIFICACIÓN PREOPERATORIA

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Varón de 50 años que tras accidente de moto se objetiva fractura abierta de tibia derecha, además de patología a otros sistemas que precisa ingreso en UCI. Para el control de la fractura, se decide colocación de fijador externo. Se realiza TC de la fractura articular compleja y desplazada con disociación metafisiodiafisaria (tipo VI de Schatzker) con un defecto óseo de 10 cm. Tras lograr estabilidad clínica y hemodinámica, se decide intervención quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS

En un primer tiempo quirúrgico, se retira el fijador externo. Seguidamente, en decúbito prono, se decide una vía posterior-medial y colocación de canulados de 4.5 mm de espira parcial desde postero-medial a antero-lateral. Tallado de aloinjerto estructural de 9 cm en cara postero-medial y relleno de defecto medular con chips de esponjosa del aloinjerto. Colocación de tornillos de corticual de 2.7mm de fijación del aloinjerto a la tibia. Fijación en puente con placa postero-medial de 12 orificios. En un tercer tiempo, se inserta la placa anterolateral de 14 orificios por vía percutánea.

RESULTADOS

Tras la intervención, el paciente presenta buena evolución en el postoperatorio inmediato. A los meses de la misma, los estudios radiográficos muestran una correcta integración del aloinjerto. Además, el paciente refiere una deambulación estable, con carga tolerada de ambos miembros a los 6 meses de la intervención.

CONCLUSIONES

Ante un paciente politraumatizado, se debe realizar un correcto estudio y preparación preoperatoria que faciliten la planificación de una fractura compleja con asociación de pérdida ósea.

NÚMERO

P-35

PRIMER AUTOR

MOTA HERNÁNDEZ, ANA

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

1. ANA MOTA HERNÁNDEZ 2. CARLOS VERDÚ AZNAR3. JOSÉ MIGUEL LIZANA GARCÍA 4. ANTONIO ORTUÑO MACIÁ 5. ÁLVARO JULIÁN PÉREZ

TITULO

TRÍCEPS EN RESORTE: UNA SOLUCIÓN QUIRÚRGICA SENCILLA ANTE UN DIAGNÓSTICO DIFÍCIL

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Paciente varón de 37 años trabajador manual con sensación de parestesias en región cubital ante la flexión-extensión del codo derecho, con sensación de rigidez a la misma, de más de 2 años de evolución.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza ecografía dinámica que objetiva un resalte del vientre medial del tríceps braquial sobre la epitroclea, con subluxación medial de dicho vientre y del nervio cubital, antes de introducirse en el canal ulnar. Con el diagnóstico de snapping tríceps o tríceps en resorte, se decide intervención quirúrgica. Realizamos un abordaje sobre surco cubital y comprobamos intraoperatoriamente luxación fuera de la fosa cubital tanto del nervio como del vientre medial. Se libera receso anteromedial y realizamos colgajo del mismo. Se realiza resección parcial de unos 4 mm del vientre medial y de la zona que producía el resalte. Trasposición anterior del nervio cubital subfascial. Nuevamente, mediante la flexo-extensión del codo, comprobamos correcta posición tanto del nervio como del vientre medial del tríceps, con ausencia de luxación.

RESULTADOS

Tres meses tras la intervención, el paciente muestra un balance articular completo, sin sensación de resalte ni sintomatología cubital. Refiere además correcta reintroducción en vida laboral.

CONCLUSIONES

El tríceps en resorte es una patología poco habitual, que requiere un correcto estudio ecográfico dinámico bajo una sospecha clínica fundamentada en un perfil de paciente: varón de mediana edad, trabajador manual o atleta. Normalmente asintomáticos. Descrito en la literatura como una subluxación del nervio cubital a unos 70°-90° de flexión seguido de una subluxación del tríceps a 115°. Con la cirugía, obtenemos grandes resultados clínicos con una técnica sencilla tal y como se observa en este caso.

NÚMERO

P-36

PRIMER AUTOR

MOTA HERNÁNDEZ, ANA

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

1. ANA MOTA HERNÁNDEZ 2. EVA REBATE NEBOT 3. ANDRÉS LAPEÑA MARTÍNEZ4. PABLO SERRANO TORRES5. ALBERTO VIZCAÍNO VALENZUELA

TITULO

ARTRITIS EN PACIENTE ONCOLÓGICO: LA SOSPECHA, LA NORMA.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Varón de 64 años que acude a urgencias por una monoartritis de muñeca. Entre sus antecedentes, destaca que se trata de un paciente oncológico. Presentaba además elevación de reactantes de fase aguda. Con nuestra sospecha clínica inicial, se lleva a cabo un correcto manejo precoz de su patología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó ecografía urgente en región dorsal de muñeca derecha, observando a nivel radial una lámina de líquido articular de aproximadamente 4 mm de grosor. Con la sospecha clínica y prueba de imagen con líquido articular, se decide artrotomía urgente. Abordamos la muñeca mediante una incisión dorsal sobre tubérculo de Lister, apertura de retináculo extensor y tendones extensores y artrotomía dorsal de muñeca. Observamos exudado purulento del interior de la articulación. Se toman muestras para estudio microbiológico.

RESULTADOS

Los estudios microbiológicos mostraron cocos Gram positivos intraarticulares y los hemocultivos recogidos fueron positivos para *Streptococcus pneumoniae*. Tras la intervención quirúrgica y correcta pauta antibiótica, el paciente muestra una mejoría rápida, logrando un alta a los 10 días de la intervención asintomático de su patología urgente.

CONCLUSIONES

La artritis séptica en el paciente oncológico o inmunodeprimido debe ser sospechada aún en localizaciones inhabituales y tratada de forma precoz para evitar las posibles complicaciones.

NÚMERO

P-37

PRIMER AUTOR

CELMA PITAR, ANDREA OLIVA

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI DE CASTELLÓ

AUTORES

ANDREA CELMA PITAR, KATIA RAMON LÓPEZ, XAVIER MARGARIT MARTIN

TITULO

ABORDAJE CLÍNICO Y QUIRÚRGICO DE HERIDA POR MORDEDURA DE GATO EN LA MANO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Las heridas por mordedura suponen aproximadamente un 1% de las atenciones en Urgencias. De todas ellas, entre un 5 y un 20% son producidas por gatos con una incidencia de infección de hasta el 50%. Las heridas infringidas por estos animales ocurren con más frecuencia en mujeres y la localización más habitual es en manos y antebrazos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una mujer de 63 años que acude a urgencias de Traumatología para valoración de una herida sobre falange distal de 4º dedo de mano izquierda tras mordedura de gato hace cuatro semanas, la cual cursa con una evolución tórpida, refractaria a antibioterapia oral e intravenosa con doxiciclina, cefuroxima y cotrimoxazol, afebril, sin elevación de RFA y cultivos negativos hasta la fecha. A la exploración, presenta aumento de volumen y eritema generalizado de cuarto dedo asociado a dos fístulas puntiformes con exudado purulento. En cuanto a pruebas complementarias, se observa elevación de RFA sin signos de afectación ósea. Dada la mala evolución del proceso, se decide realizar una revisión quirúrgica con limpieza y desbridamiento con toma de muestras para microbiología.

RESULTADOS

Actualmente, la fístula de drenaje se encuentra en proceso de resolución, con buen estado del tejido cutáneo y desaparición del exudado asociado a una disminución franca del edema del cuarto dedo. Presenta una mejoría analítica y un balance articular en recuperación, a falta de la flexión articular de la IFD.

CONCLUSIONES

Las heridas por mordedura son una patología poco habitual en nuestro servicio, pero que debemos de tener en cuenta, ya que, debido a la alta incidencia de infección y a la baja respuesta con tratamiento antibiótico, es frecuente una evolución tórpida que requiera de nuestra actuación quirúrgica.

NÚMERO

P-38

PRIMER AUTOR

PÉREZ CONESA, SOFÍA

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

SOFIA PEREZ CONESA ELADIO SAURA SANCHEZ ANDRÉS LAPEÑA MARTÍNEZ PABLO SERRANO TORRES MIGUEL VARGAS MALDONADO

TÍTULO

FRACTURA PERIPROTÉSICA DE PATELA BILATERAL ATRAUMÁTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Presentar el caso de una paciente de 71 años con fractura periprotésica de patela bilateral atraumática, su manejo, tratamiento y evolución.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente mujer de 71 años, con antecedentes de artritis reumatoide e intervenida mediante prótesis total rodilla bilateral y osteosíntesis de fractura periprotésica de fémur distal izquierdo hace más de 10 años, presenta dolor atraumático en ambas rodillas de 5 días de evolución tras notar un chasquido al incorporarse desde la sedestación. Presenta hematoma y dolor en cara anterior de rodilla izquierda. Flexo-extensión de ambas rodillas y aparato extensor bilateral conservado. Se realiza estudio mediante radiografías donde se aprecia fractura de patela bilateral transversa, impresionando la derecha de mayor tiempo de evolución. Dada la presencia de implantes y material de osteosíntesis normoposicionados, aparato extensor bilateral intacto y congruencia articular conservada se clasifican como fractura periprotésica patelar tipo I de Ortiguera-Berry.

RESULTADOS

Estudiado el estado clínico y basal de la paciente, las características de las fracturas y el estado de la piel se decide tratamiento conservador mediante inmovilización con ortesis de rodilla bloqueadas en extensión para deambulación las 4 primeras semanas, liberación progresiva para la flexo-extensión a partir de la 4ª y retirada de ortesis e inicio de movilidad articular libre con carga parcial sin restricciones a partir de la 6ª. Con 3 meses de evolución, la paciente presenta continuidad del aparato extensor íntegra, capacidad para mantener las piernas en contra de gravedad, deambulación sin muletas y capacidad para incorporarse sin ayudas permitiéndose así la carga total.

CONCLUSIONES

Las fracturas de rótula bilaterales periprotésicas son una lesión muy infrecuente y muy poco documentada por lo que actualmente disponemos de una baja evidencia que avale su manejo y tratamiento. Se puede optar tanto por un manejo conservador como quirúrgico, siendo conveniente individualizar cada caso según las posibles causas de la fractura (traumatismo, artritis reumatoide, uso de esteroides, hiperparatiroidismo, necrosis rotuliana, microtraumatismo repetidos, insuficiencia renal, mala alineación de prótesis...) así como el resultado funcional que buscamos para el paciente, el tipo de fractura, el estado del aparato extensor y de los implantes y/o material de osteosíntesis y la estabilidad del componente rotuliano.

NÚMERO

P-39

PRIMER AUTOR

PÉREZ CONESA, SOFÍA

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

SOFIA PEREZ CONESA ELADIO SAURA SANCHEZ ALBERTO VIZCAINO VALENZUELA ANA MOTA  
HERNÁNDEZ ENRIQUE FORNÉS GALLEGO

TÍTULO

FRACTURA-AVULSIÓN DE CRESTA ILIACA EN ADOLESCENTE DEPORTISTA DE ALTO RENDIMIENTO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Presentar el caso de una paciente de 14 años con fractura-avulsión de cresta ilíaca izquierda, su manejo, tratamiento y evolución.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente femenina de 14 años, deportista de alto rendimiento de triatlón, que acude a urgencias por dolor súbito en región de cresta iliaca izquierda mientras realizaba un salto. A la exploración presenta dolor a la palpación en EIAS izquierda con moderada impotencia funcional de miembro inferior izquierdo y radiografía de pelvis AP compatible con alteración del borde lateral de la cresta ilíaca izquierda. Se aplica tratamiento conservador mediante frío local y reposo deportivo y se realiza revisión clínica una semana después con persistencia de sintomatología sin mejoría. Se solicita ecografía hallándose dolor a la compresión selectiva sobre la inserción de la musculatura glútea en pala ilíaca izquierda y alteración de la continuidad del reborde de EIA en relación con la edad de la paciente (osificación incompleta). Se amplía estudio mediante RM para descartar signos de entesitis y/o osteítis donde se demuestra un aumento de la señal de la vertiente lateral de la cresta iliaca izquierda en relación con apofisitis. Estos hallazgos, junto con las imágenes previas, sugieren el diagnóstico de fractura-avulsión de la vertiente lateral de la cresta ilíaca izquierda con mínimo desplazamiento.

RESULTADOS

Dado la ausencia de un desplazamiento >20 mm, la sintomatología y las demandas deportivas de la paciente se decide aplicar tratamiento conservador mediante frío local, analgesia, carga parcial durante 4 semanas y limitación de la actividad deportiva durante 3 meses. A los 4 meses de evolución la paciente presenta movilidad completa del miembro no dolorosa y ha reiniciado su actividad deportiva.

CONCLUSIONES

La avulsión de cresta ilíaca es una lesión rara pero que adquiere relevancia entre los deportistas jóvenes de alto nivel, especialmente entre los atletas. Por ello, ante un paciente cuyo perfil, historia evolutiva y clínica nos orienten hacia esta patología es preciso dirigir el diagnóstico para así poder ofrecer de manera precoz y resolutive un adecuado tratamiento que reduzca la morbilidad deportiva del paciente y le permita una correcta recuperación así como un pronto retorno a la actividad deportiva de alto nivel.

NÚMERO

P-40

PRIMER AUTOR

CORES QUIRÓS, CLAUDIA CECILIA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

AUTORES

CORES QUIRÓS, CC; GRELL, BJ; PEDRAZA CORBÍ, A; GÓMEZ ALESSANDRI, JM; SALOM TAVERNER, M

TÍTULO

¿CUÁL ES LA INDICACIÓN REAL PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UN OSTEOCONDROMA?

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El osteocondroma es el tumor óseo primario benigno más frecuente en la infancia. El 85% se presentan como lesiones solitarias, mientras que en el 15% restante ocurren en el contexto de osteocondromatosis múltiple hereditaria. En la mayoría de los textos consta que la indicación quirúrgica es si produce dolor o impotencia funcional. El objetivo de nuestro trabajo es revisar cual fue el verdadero motivo del tratamiento quirúrgico para extirpación de un osteocondroma de los pacientes intervenidos en nuestra unidad basándonos en la información proporcionada por los cuidadores.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos una revisión retrospectiva de los pacientes intervenidos mediante resección de osteocondroma en nuestra unidad en el periodo 2013-2022. Hemos analizado datos al diagnóstico: edad, sexo, motivo de consulta, solitario o múltiple, localización; datos relacionados con la cirugía: indicación, edad, localización, número de cirugías, resultados y complicaciones. Además se realizó una entrevista telefónica a los cuidadores de los pacientes preguntándoles por la razón de la cirugía y si estaban satisfechos con los resultados.

RESULTADOS

Hemos revisado 46 pacientes, de los cuales 21 eran mujeres, con una edad media al diagnóstico de 8 años + 5 meses. 41% consultaron por notarse una tumoración no dolorosa, el 13% por hallazgo casual y sólo el 6,5% por dolor. 28 eran osteocondromas solitarios (61%). En el momento de la cirugía la edad media fue de 11 años + 9 meses. De un total de 91 osteosarcomas resecados el 40% se localizaban en el miembro superior y el 60% restante en el miembro inferior. Dentro del miembro superior la localización más frecuente fue el cúbito distal (15) seguido del humero proximal (8) y del radio distal (7). Dentro del miembro inferior la localización más frecuente fue la tibia proximal (23) y el fémur distal (14). En el caso de las osteocondromatosis múltiple el número de osteocondromas resecados fue de 3.4 como media y cada paciente fue intervenido 1.4 veces como media. En general, la indicación del tratamiento quirúrgico, según lo recogido en la historia clínica, en nuestra serie fue el dolor (68%) seguido de afectación del crecimiento (20%), limitación funcional (4%) y estética (4%). En cuanto a la entrevista telefónica, del total de 46 pacientes respondieron 40. La indicación más frecuente de tratamiento quirúrgico fue por indicación del médico (36%) siendo la razón más frecuente el tamaño del tumor seguido del riesgo de rotura. En el 31% de los casos el motivo fue el dolor, aunque sólo el 40% de esos pacientes precisaron analgésicos. En el 19% de los casos la indicación quirúrgica fue por afectación al crecimiento, en el 12,7% de los casos por restricción de la movilidad y ninguno por ansiedad de los cuidadores o del paciente. En el grupo de pacientes con osteocondromatosis múltiple, la indicación más frecuente fue por afectación del crecimiento (40,9%) seguido de por dolor (22,7%, más de la mitad precisaban uso de analgésicos) a diferencia de los solitarios, donde la indicación principal fue por indicación del médico (52%) seguido de clínica de dolor (40%, menos de la mitad precisaban uso de analgésicos). En 4 casos se produjeron complicaciones asociadas a la cirugía (2 dehiscencia de la herida, 1 absceso y 1 lesión nerviosa del nervio peroneo).

CONCLUSIONES

La indicación más frecuente del tratamiento quirúrgico de un osteocondroma en general en nuestra serie teniendo en cuenta la información recogida en la historia clínica fue el dolor. Pero la percepción de los cuidadores recogida en la entrevista telefónica fue distinta siendo en general la indicación más frecuente fue la recomendación médica



NÚMERO

P-41

PRIMER AUTOR

PÉREZ REGO, MARINA

CENTRO

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VALENCIA

AUTORES

PÉREZ REGO, MARINA; APARICIO MARTÍNEZ, JOSE LUIS; SOLER GARCÍA, ALVAR; SILVESTRE MUÑOZ, ANTONIO

TITULO

SÍNDROME DEL OPÉRCULO TORÁCICO TRAS FRACTURA DE CLAVÍCULA: A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La lesión por compresión de plexo braquial y vasos subclavios es una complicación infrecuente de presentación tardía en las fracturas de clavícula. Se presenta un caso no descrito en la literatura hasta la fecha.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 28 años con fractura de tercio medio de clavícula desplazada, tratada mediante RAFI. Se realiza EMO al año, derivando en una refractura en el mismo nivel. Se decide entonces refrescar el foco de fractura y colocar injerto óseo autólogo de cresta ilíaca, que resultó ser excesivamente voluminoso. A los 4 días, inicia clínica de compresión venosa y neurológica. Descartada la trombosis, se decide retirar injerto óseo, lo que permitiría descomprimir el paquete vasculonervioso a nivel del espacio costoclavicular, dando lugar a una mejoría clínica inmediata.

RESULTADOS

Las fracturas de clavícula como causa de lesión neurovascular no son habituales. No obstante, se han descrito casos por lesión aguda y por compresión secundaria a la formación de un callo hipertrófico, así como por la formación de un pseudoaneurisma. La clínica suele ser insidiosa y subaguda. Las pruebas complementarias ayudan al diagnóstico ante la sospecha clínica. El tratamiento debe estar orientado a la descompresión neurovascular, habitualmente, mediante resección del tejido anómalo y fijación interna. Se han observado intervalos hasta la recuperación completa de entre seis y 12 meses.

CONCLUSIONES

La lesión del plexo braquial y los vasos subclavios secundaria a una fractura de clavícula puede aparecer de manera iatrogénica tras el tratamiento quirúrgico, si no se tiene en cuenta la estrechez del espacio costoclavicular subyacente. Se debe pensar en ella ante la aparición de clínica neurovascular tras la osteosíntesis, ya que la asiduidad en el tratamiento descompresivo es vital para un pronóstico favorable y una recuperación completa temprana.

NÚMERO

P-42

PRIMER AUTOR

PALOMO MUSEROS, JUAN

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI DE CASTELLÓ

AUTORES

JUAN PALOMO MUSEROS, ESTEBAN ANDRÉS RECALDE ESPINOSA, JOSE MIGUEL PALOMO TRAVER, PABLO JORDÀ GÓMEZ

TITULO

LUXACIÓN LATERAL AISLADA DE 5ª ARTICULACIÓN METACARPOFALÁNGICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Dentro de las articulaciones carpometacarpianas, la 5ª presenta unas características biomecánicas singulares. La morfología articular en forma de silla de montar confiere mayor movilidad, lo cual comporta un mayor riesgo de sufrir luxaciones. Ante una disociación de las carillas articulares, la fuerza deformante fundamental es la tensión del extensor cubital del carpo. Suelen ocurrir como consecuencia de traumatismos de alta intensidad, siendo menos frecuentes que las fracturas-luxaciones. Existe riesgo de dañar estructuras vasculonerviosas, en el caso de la 5ª CMC, las ramas terminales del nervio cubital. Son luxaciones de difícil diagnóstico, por el contexto en que se presentan e imagen radiológica poco precisa o inadecuada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de un varón de 87 años traído a Urgencias por TCE y dolor en carpo izquierdo tras caída desde su altura. Como único signo de interés, presenta leve disrotación del 5º dedo. En imagen radiológica, se objetiva luxación trapezoido-metacarpiana lateral aislada.

RESULTADOS

Tras el intento de RC en puerta de urgencias, se realiza RC + FI con 2 agujas de Kirschner de 1.8mm cruzadas (1 transversa a 4º MTT, 1 metacarpo-ganchosa). Inmovilización CMC, dejando libres MCF e IFs . A las 4 semanas, se retiran AKs, siendo la articulación CMC estable, no dolorosa, y permitiendo la oposición de 1r y 5º dedos

CONCLUSIONES

Las luxaciones CMC aisladas son infrecuentes e infradiagnosticadas, tanto por su dificultad diagnóstica, como el contexto habitual del paciente, como por su clínica poco precisa. Hay que valorar la posibilidad de lesión nerviosa, en el caso de la 5ª CMC, ramas del nervio cubital. El manejo precoz mediante RC + FI con agujas de Kirschner ofrece un buen resultado funcional a largo plazo. La inestabilidad de 4ª y 5ª CMC es mucho más problemática que la rigidez, que se suple fisiológicamente con un aumento de movilidad pisiforme-ganchoso.

NÚMERO

P-43

PRIMER AUTOR

MARTÍNEZ GARCÍA, CLARA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN JUAN DE ALICANTE

AUTORES

CLARA MARTÍNEZ GARCÍA; IVÁN PÉREZ SÁNCHEZ; PEDRO MARCOS PIQUERAS VIDAL; CARLOS PONT GUTIÉRREZ; ÓSCAR BENEITO PASTOR; FRANCISCO ARCE LÓPEZ; PAULA MÍNGUEZ MALONDA; ALEJANDRO BAUTISTA VALERA.

TITULO

SCHWANNOMAS MÚLTIPLES EN NERVIO TIBIAL POSTERIOR: PRESENTACIÓN DE UN CASO RARO DE SCHWANNOMATOSIS

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El schwannoma es el tumor más frecuente de la vaina de los nervios periféricos. Sin embargo, su localización en el pie es rara y, cuando lo hace, afecta más comúnmente al nervio tibial posterior. Pese a que generalmente son de aparición solitaria, la detección de schwannomas múltiples no es infrecuente y obliga a descartar un cuadro de Neurofibromatosis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se reporta un único caso clínico diagnosticado y tratado en nuestro hospital: varón de 44 años con múltiples lesiones localizadas en el trayecto del nervio tibial posterior sin otras manifestaciones asociadas, presentándose como masas dolorosas, situada a nivel retromaleolar y con hipoestésias y disestésias asociadas.

RESULTADOS

Tras los estudios oportunos imagen (RM) y exploración física se decide presentar el caso en Comité de Tumores Musculoesqueléticos; diagnosticándose de probable Schwannomatosis múltiple en el nervio tibial posterior derecho planteándose la exéresis marginal de todas las lesiones sin necesidad de toma de biopsia previa.

CONCLUSIONES

Se llevó a cabo una exéresis quirúrgica, reseándose un total de 18 lesiones y preservándose la integridad completa del nervio. El estudio histopatológico de las tumoraciones confirmó el diagnóstico de schwannoma. A los 8 meses de la intervención el paciente estaba asintomático y sin secuelas mayores asociadas. Palabras clave: schwannoma, neurilemoma, nervio tibial posterior, tumor de la vaina de nervios periféricos, neurofibromatosis

NÚMERO

P-44

PRIMER AUTOR

PALOMINO MOLINA, ROCÍO

CENTRO

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA

AUTORES

ROCÍO PALOMINO MOLINA, FRANCISCO FORRIOL BROCAL, CARMELA BLASCO MOLLA

TÍTULO

OPCIONES EN EL TRATAMIENTO ORTOPÉDICO DEL PIE DIABÉTICO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El pie diabético engloba las afecciones del pie y tobillo en el paciente diabético, siendo, habitualmente, su causa la neuropatía asociada. La diabetes presenta una gran prevalencia a nivel mundial y, aproximadamente, un 15% de estos pacientes desarrollará un pie diabético; requiriendo hasta un 25% de éstos algún tipo de gesto quirúrgico mutilante con el aumento consecuente de la morbimortalidad. El objetivo de la cirugía ortopédica del pie neuroartropático persigue la restauración de la morfología y estabilidad, la prevención de la deformidad y desarrollo de úlceras; además de favorecer la deambulación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una serie retrospectiva de casos en la que se ha evaluado el manejo de las lesiones en el pie diabético por la unidad de pie y tobillo del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Clínico Universitario de Valencia y sus resultados. Asimismo, se ha efectuado una revisión bibliográfica para cotejar las complicaciones y resultados obtenidos con los expuestos en la literatura científica.

RESULTADOS

El tratamiento conservador es una de las alternativas disponibles para el tratamiento de estas lesiones. Aplicamos yesos, ortesis o plantillas de descarga como medida inicial, ya que estos dispositivos nos permiten reducir presiones anómalas, evitando problemas cutáneos y reduciendo significativamente el número de curas y cirugías. Con estas medidas, que son simples y económicas, resolvemos hasta el 25% de los casos, disminuyendo la necesidad de los pacientes de acudir regularmente a las curas. Cuando el tratamiento conservador fracasa, el diabético se ve abocado a una cirugía para prevenir las recurrencias, aunque supondrá un riesgo que habrá que valorar y consensuar con el paciente. En el 75% de los casos de esta serie hemos empleado alguna técnica quirúrgica para intentar dar solución al problema. Desde hace 20 años abogamos por técnicas mínimamente invasivas que, mediante procedimientos únicos, permiten desde la actuación sobre partes blandas hasta la fijación o la artrodesis, disminuyendo el riesgo de complicaciones y promoviendo la recuperación temprana. Estos datos con relación a los tratamientos aplicados en el pie diabético se corresponden con los obtenidos de la revisión bibliográfica.

CONCLUSIONES

El manejo del pie diabético es complejo y debe hacerse de forma multidisciplinar, ya que es de esta forma como se ha demostrado una disminución media de entre un 50% y un 70% de amputaciones. Por otra parte, el tratamiento quirúrgico sigue siendo actualmente motivo de controversia debido al alto índice de complicaciones que presenta y sus indicaciones se restringen, principalmente, a fracasos del tratamiento conservador. Es de esperar que en el futuro, las indicaciones de tratamiento quirúrgico se puedan implementar con el objetivo de ofrecer tratamientos profilácticos y no solamente de rescate.

NÚMERO

P-45

PRIMER AUTOR

YOUSFI JDELLI, ABIR

CENTRO

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA

AUTORES

DR. TEJEDA - DRA. YOUSFI - DR- SILVESTRE

TITULO

CAJA DE RECONSTRUCCIÓN ACETABULAR BURCH-SCHNIDER EN REVISIONES DE FRACTURAS DE ACETÁBULO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La caja Burch-Schneider es un sistema de reconstrucción acetabular diseñado para fijarse en el exterior del ilion y en el isquion. El principio de esta caja reside en sus dos bordes, inferior y superior. El borde inferior se inserta en el isquion y el borde superior se atornilla en la tabla externa del ilion. Posteriormente un cotilo de polietileno, destinado a articular con la cabeza femoral, se cementa con la correcta orientación en la caja implantada. La inclinación y la anteversión del cotilo de polietileno cementado es relativamente independiente a la posición de la caja Burch Schneider. La ventaja de la caja Burch-Schneider se basa en su fijación segura al hueso íntegro del ilion e isquion. De esta manera, uno de los desafíos presentes a la hora de usar este tipo de implantes es el defecto óseo acetabular en fracturas de alta energía, en pacientes con hueso porótico o en aquellos que se someten a una cirugía de revisión. Por ello, en estos casos, antes de colocar una caja anti-protrusión acetabular, se debe reparar el defecto mediante placas de osteosíntesis o injertos de hueso esponjoso o cortical que se insertan debajo de la parte central del cotilo. Además, puesto que el implante se coloca directamente en zonas anatómicas intactas y no sobre el defecto, esto permite restaurar el centro original de rotación de la cadera. Gracias a que la inserción es amplia, en isquion en borde inferior e ilion en borde superior, las fuerzas que actúan en la articulación de la cadera, y en consecuencia en el anclaje de la caja, están bien distribuidas sobre una gran superficie. Por este motivo se considera de trascendental importancia en este procedimiento conseguir insertar la lengüeta isquiática en el espesor de la rama isquiática. La planificación preoperatoria es de suma importancia, y se efectúa a partir de radiografías y TC con reconstrucción 3D para evaluar el grado de afectación del acetábulo. El tamaño definitivo, posicionamiento y tonillos necesarios solamente se podrán determinar en el momento de la cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de una mujer de 67 años politraumatizada que presenta una fractura conminuta del acetábulo derecho con afectación de la columna anterior y posterior, ala iliaca y rama isquio-púbica ipsilateral con afectación de anillo obturador. 1) Se intervino en un primer momento para fijación de columna anterior y posterior con placas + PTC derecha 2) En el postoperatorio, la paciente presentó una infección de herida quirúrgica por microorganismos de origen urinario debido a una rotura vesical, realizándose una limpieza con 1º tiempo de recambio de PTC. 3) Cirugía 2º tiempo para reconstrucción con caja Burch-Schneider acetabular con cotilo cementado con doble movilidad + injerto óseo de banco y vástago cementado. Además, durante el ingreso se trató con antibioterapia: Tedizolid y ceftazidima.

RESULTADOS

Se consiguió una movilización precoz de la paciente durante el postoperatorio y ante la evolución favorable, se dio de alta 16 días después de la intervención. Se citó en 1 mes en consulta donde se evidenció una buena evolución clínica: deambulaba con andador sin dolor, flexionaba la cadera 100º, mostrando unas rotaciones libres y una herida quirúrgica sin signos de infección. Sigue con tratamiento antibiótico oral y ya se le da permiso para inicio de rehabilitación.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en nuestro centro para el tratamiento de revisiones de fracturas acetabulares sugieren que las cajas acetabulares (reconstrucción mecánica. no biológica) son una buena opción quirúrgica en

NÚMERO

P-46

PRIMER AUTOR

BAÑOS GÓMEZ, JORGE

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO FRANCESC DE BORJA

AUTORES

JORGE BAÑOS GÓMEZ, ANNA ARABÍ SOLIVERES, LUCÍA FURIÓ SANCHÍS, ÁNGEL GREGORI ROIG, ALBERTO ESCRIVÀ LLORET

TITULO

CORRELACIÓN ENTRE BIOMARCADORES Y TIPO DE FRACTURA DE CADERA: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Se trató de ver si los perfiles de los diferentes biomarcadores variaban entre las fracturas intracapsulares y las extracapsulares para así mejorar la estratificación del riesgo de fractura y orientar futuras intervenciones terapéuticas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional en el que se trabajó con datos de 2022 a 2023. Se analizaron 131 pacientes con fractura de cadera a los que se les realizó durante el primer o segundo día de estancia hospitalaria un análisis de sangre que incluyó diferentes biomarcadores. Los biomarcadores medidos fueron: Vitamina D, PTH, PINP y CTX.

Las fracturas fueron clasificadas como intracapsulares (subcapitales y basicervicales) y extracapsulares (pertrocantéreas y subtrocantéreas).

RESULTADOS

Los pacientes con fracturas intracapsulares tenían valores de vitamina D más bajos y niveles de PTH más elevados que aquellos con fracturas extracapsulares. De igual manera que se vio que aquellos pacientes con fracturas intracapsulares presentaban niveles más bajos de PINP y más elevados de CTX que los que presentaron fracturas extracapsulares. Esta correlación a pesar de ser significativa fue muy débil en todos los casos.

CONCLUSIONES

-La mayoría de los pacientes presentaron deficiencia de vitamina D, con variaciones en los niveles de PTH, PINP y CTX.-Se observaron diferencias entre fracturas intracapsulares y extracapsulares en los perfiles de biomarcadores.-Aunque las asociaciones fueron significativas, la correlación fue débil.-Se destaca la importancia de considerar múltiples biomarcadores en la estratificación del riesgo de fractura de cadera.- Se requiere más investigación para comprender completamente la utilidad clínica de estos biomarcadores.

NÚMERO

P-47

PRIMER AUTOR

ARABÍ SOLIVERES, ANNA

CENTRO

HOSPITAL FRANCESC DE BORJA, GANDIA

AUTORES

ARABÍ SOLIVERES, ANNA; FURIÓ SANCHIS, LUCÍA; BAÑOS GÓMEZ, JORGE; GREGORI ROIG, ÁNGEL; ESCRIVÁ LLORET, ALBERTO

TITULO

ANGIOLEIOMIOMA DEL TOBILLO: A PROPÓSITO DE UN CASO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El angioleiomioma es un tumor benigno formado por tejido blando del músculo liso. Su origen es la túnica media de los vasos sanguíneos subcutáneos. Representan el 4,4% del total de tumores benignos de tejidos blandos, y el 0,2% y se localizan en las extremidades inferiores. Aparecen más frecuentemente en mujeres de mediana edad. Su presentación habitual es como una lesión dolorosa y solitaria en el tejido subcutáneo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 30 años, remitida para valoración de una tumoración a nivel del tobillo izquierdo que ha aumentado de tamaño y le genera molestias con el calzado. Refiere 1 año y medio de evolución. A la exploración se observa tumoración de 0,5cm de diámetro en zona posterior de tercio distal del peroné, de consistencia elástica, no adherida a planos profundos. En la resonancia magnética se informa como imagen quística paraperoneal externa, de aproximadamente 7x7x6mm, límites bien definidos, sin agresividad local, siendo calificado como posible ganglión. Se realiza exéresis quirúrgica y la anatomía patológica confirma que se trata de un angioleiomioma.

RESULTADOS

Al mes tras la intervención, la paciente refiere desaparición completa de las molestias, con buena evolución de la herida. Hasta el momento, no ha presentado recidivas ni nuevas tumoraciones.

CONCLUSIONES

Debido a su infrecuencia, la falta de conocimiento por parte de médicos y la escasez de bibliografía publicada, los angioleiomiomas raramente se diagnostican antes de la cirugía ya que el examen clínico y radiológico es ambiguo e inespecífico. La histopatología es el gold standard para obtener el diagnóstico definitivo y la exéresis es altamente curativa. Un diagnóstico preciso evitará el retraso en el tratamiento, disminuirá la morbilidad y el riesgo de transformación maligna.

NÚMERO

P-48

PRIMER AUTOR

MARTÍN TARDÍO, SARAY

CENTRO

HOSPITAL VEGA BAJA

AUTORES

SARAY MARTÍN TARDÍO, ELENA BLAY DOMINGUEZ, BEATRIZ MUELA PEREZ, JAVIER RICÓN RECAREY, MARIA DEL CARMEN ROSA DELGADO

TITULO

ESCALAS PREDICTORAS DE MORTALIDAD, CONCORDANCIA INTRA OBSERVADOR.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Las fracturas de cadera son una patología frecuente en pacientes de edad avanzada, asociando una elevada morbimortalidad. Existen escalas predictoras de morbimortalidad como Physiological and Operative Severity Score for the enumeration of Mortality and Morbidity (O-POSSUM), Nottingham Hip Fracture Score (NHFS), Almelo Hip Fracture Score (AHFS) y la SERNBO, sin consenso de cuál es más reproducible. El objetivo es valorar la reproducibilidad de dichas escalas.

MATERIAL Y MÉTODOS

De una serie de pacientes intervenidos por fractura de cadera entre los años 2013 y 2018, seleccionamos una muestra de 78 pacientes fallecidos al año de la fractura y una muestra espejo pareada mediante muestreo aleatorio de 75 pacientes. Se registraron datos de las escalas O-POSSUM, NHFS, AHFS y SERNBO. Se realizaron las escalas por el mismo observador a tiempos distintos y calculamos el índice kappa para variables categóricas y el índice de correlación interclase (ICC) para variables cuantitativas.

RESULTADOS

Se recogieron 153 pacientes. En variables cualitativas del OPOSSUM obtuvimos un kappa promedio de 0,92, con nivel de acuerdo perfecto o casi perfecto en todas las variables excepto tensión arterial y Hemoglobina. En variables cuantitativas del OPOSSUM obtuvimos un ICC promedio de 0,79, nivel de acuerdo perfecto o casi perfecto en todas las variables excepto el Score Ortopédico. En variables cualitativas del NHFS observamos un kappa promedio de 0,94, con nivel de acuerdo perfecto o casi perfecto en todas las variables excepto en niveles de hemoglobina. En cuantitativas se obtuvo un ICC promedio de 0,91, acuerdo casi perfecto en todas las variables. En variables cualitativas del AHFS obtuvimos un kappa promedio de 0,95, con nivel de acuerdo perfecto o casi perfecto en todas las variables excepto en los niveles de hemoglobina con un kappa de 0,72. En cuantitativas observamos un ICC promedio de 0,97, acuerdo casi perfecto en todas las variables. En variables cualitativas del SERNBO obtuvimos un kappa promedio de 0,87, acuerdo casi perfecto en todas las variables. En cuantitativas se obtuvo un ICC de 0,85 con nivel de acuerdo casi perfecto.

CONCLUSIONES

Las escalas de predicción de mortalidad O-POSSUM, NHFS, SERNBO Y AHFS presentan concordancia intraobservador casi perfecta, siendo escalas reproducibles.



NÚMERO

P-49

PRIMER AUTOR

LÓPEZ DEL RÍO, MARÍA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ELDA

AUTORES

LÓPEZ DEL RÍO, M; FARRER MUÑOZ, P; DE LA PINTA ZAZO, C; ALBERO CATALÁ, L; GONZÁLEZ SALAS, E; MIRALLES MUÑOZ, FA

TITULO

PSEUDOARTROSIS TRAS TRATAMIENTO ORTOPÉDICO DE FRACTURA EXTRAARTICULAR DE CALCÁNEO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Las fracturas de calcáneo son las más frecuentes dentro de las fracturas de los huesos del tarso. Las complicaciones de este tipo de fracturas son más infrecuentes en las fracturas extraarticulares. Dentro de ellas, la pseudoartrosis es muy poco frecuente tras tratamiento conservador, siendo necesario el tratamiento quirúrgico secundario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 57 años con historia de talalgia izquierda postraumática de 2 años de evolución, con dolor de tipo mecánico e incapacidad para deambular más de 2 km seguidos. Presenta antecedente de fractura de calcáneo izquierdo en el año 2022, tras traumatismo por aplastamiento, tratada de forma conservadora con férula durante 6 semanas y posterior inicio de la carga. Durante el seguimiento, se observa en la radiografía signos de consolidación parcial. Ante esto y la persistencia del dolor, se solicita TAC, que muestra pseudoartrosis de la fractura de calcáneo.

RESULTADOS

El paciente es intervenido de nuevo en el año 2024, donde se realiza osteotomía del fragmento óseo, refrescado de los bordes y relleno del espacio con injerto, con posterior fijación con tornillos. Cuatro meses después de la cirugía, el paciente no presenta dolor en reposo y tampoco cuando deambula. En la radiografía se muestra signos de consolidación de la fractura.

CONCLUSIONES

La pseudoartrosis de calcáneo es una entidad poco descrita en la literatura. El TAC permite una mejor identificación del proceso y su correcta planificación. El tratamiento de elección es la reducción abierta, aporte de injerto y posterior fijación, recuperando en la mayoría de los casos la funcionalidad del retropié.

NÚMERO

P-50

PRIMER AUTOR

ALBERO CATALÁ, LUIS

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELDA

AUTORES

ALBERO CATALÁ, LUIS; GONZÁLEZ NAVARRO, BLANCA; GONZÁLEZ SALAS, ELENA; DE LA PINTA ZAZO, CARLOS; FARRER MUÑOZ, PALOMA; MIRALLES MUÑOZ, FRANCISCO ANTONIO

TITULO

FRACTURA OSTEOCONDAL DE CÓNDILO FEMORAL TRAS LUXACIÓN LATERAL AGUDA DE RÓTULA EN PACIENTE DE 12 AÑOS

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La asociación de luxación lateral rotuliana y fractura osteocondral en patela es aproximadamente del 10%. Sin embargo, la presencia de fractura concomitante del cóndilo femoral es muy poco frecuente. Presentamos un caso con las lesiones descritas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de 12 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias tras sufrir giro brusco de rodilla izquierda siendo diagnosticada de primer episodio de luxación lateral de rótula. Se realiza reducción cerrada e inmovilización con férula inguinopédica. Las pruebas complementarias (TAC y RNM) confirman la rotula del ligamento patelofemoral medial con fractura osteocondral del cóndilo femoral lateral.

RESULTADOS

Se realiza intervención quirúrgica, sintetizando el fragmento osteocondral del cóndilo femoral externo con tornillos reabsorbibles de 2,7x20mm, y reinsertando el ligamento patelofemoral medial mediante sutura de tracción y anclajes óseos de 3.5mm en cara medial de rótula. Inmovilización inguinopédica durante 3 semanas. Tras su retirada, se inicia proceso de recuperación funcional en rehabilitación (RHB) y con ejercicios domiciliarios, autorizando carga parcial progresiva. A los 2 meses camina sin ayudas y sin dolor, con rango de movilidad flexo-extensión 0º-60º, que mejora progresivamente con el inicio de RHB. A los 6 meses, la rótula es estable, movilidad completa y sin dolor. Se recomienda fortalecimiento muscular previo a la reincorporación a la práctica deportiva habitual.

CONCLUSIONES

La luxación aguda de rótula es una patología frecuente en la adolescencia que se suele tratar de manera ortopédica. Ante la presencia de fractura osteocondral asociada está indicado el tratamiento quirúrgico, aún solo un episodio de inestabilidad rotuliana y edad joven del paciente. Es fundamental el tratamiento postoperatorio para asegurar la correcta estabilidad rotuliana.

NÚMERO

P-51

PRIMER AUTOR

SAYAS LADAGA, MARINA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

AUTORES

SAYAS LADAGA MARINA, GUILLOT FERRIOLS ANNA, PIÑEIRO RAMIREZ BLANCA, CASTRO FERNANDEZ ALICIA, RIVKIN SANCHEZ ELENA, BAS HERMIDA TERESA.

TITULO

CIFOESCOLIOSIS CONGÉNITA SECUNDARIA A HEMIVÉRTEBRA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La presencia de una hemivértebra es la causa más frecuente de escoliosis congénita y puede ocasionar una deformidad tanto el plano sagital como coronal. El grado de deformidad depende del tipo, localización, número de vértebras afectadas y edad. En la mayoría de los casos se trata de forma quirúrgica, debido al alto riesgo de progresión de la curva durante la fase de crecimiento puberal y de aparición de complicaciones neurológicas. Existen diversas opciones de tratamiento, que incluyen la fijación posterior y anterior, la resección aislada de la hemivertebr, las barras de crecimiento y la resección posterior con fusión corta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de 5 años con cifoescoliosis local izquierda por hemivértebra lumbar (L2). Como antecedentes, presenta síndrome alcohólico fetal, CIV restrictiva, vejiga neuropática y sordera neurosensorial. Intervenido con 1 año de médula anclada a nivel L3-L4. A nivel vertebral presenta una hemivértebra L2 con arco posterior sin soma, fusionada con el pedículo izquierdo de L1. Asocia la presencia de 13 costillas y de defectos de fusión en arcos posteriores de L4-S2-S3-S4. Todo ello origina una cifoescoliosis lumbar izquierda.

RESULTADOS

"Previo a la intervención, la paciente permaneció en tracción durante 1 mes. Se realiza la exéresis de la hemivértebra mediante abordaje dorsal, asociándose osteotomias de Ponte multinivel. Se realiza artrodesis posterior con colocación de tornillos transpediculares en la última vértebra con costilla (T13) y L3, y se realiza la corrección de la deformidad mediante maniobras de compresión y distracción con barras correctoras.

CONCLUSIONES

"El objetivo del tratamiento mediante resección posterior y artrodesis consiste en corregir la deformidad en el plano coronal y sagital con una fusión tan corta como sea posible. El tratamiento precoz permite la corrección antes de la progresión de la curva primaria y de que las curvas secundarias se conviertan en estructurales, lo que causaría la necesidad de fusionar más niveles.

## POSTER ELECTRÓNICO

### NÚMERO

P-52

### PRIMER AUTOR

CASTROVERDE MARTÍNEZ, MARÍA DE LAS NIEVES

### CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

### AUTORES

CASTROVERDE MARTÍNEZ, MARIA DE LAS NIEVES; VARGAS MALDONADO, MIGUEL; LIZANA GARCÍA, JOSÉ MIGUEL; SERRANO TORRES, PABLO; MORIL PEÑALVER, LORENA.

### TITULO

NO HAY ENEMIGO PEQUEÑO. LA IMPORTANCIA DE NO SUBESTIMAR LO APARENTEMENTE INOFENSIVO.

### RESUMEN

#### INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma papilar digital es un tumor muy poco frecuente (0.08/1,000,000; solo cerca de 200 casos informados) con gran potencial metastásico (26 - 50%) y de recidiva local (5 - 21%). Se puede manifestar como un nódulo firme de consistencia gomosa en los dedos de manos y pies.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de una mujer de 69 años, sin antecedentes de interés, valorada en consultas porque presenta bultoma indoloro pruriginoso de dos años de evolución, a nivel del segundo dedo y del primer espacio interdigital de pie izquierdo que ha aumentado de tamaño progresivamente. A la exploración la tumoración esta adherida a piel, pero no a plano profundo. Las pruebas complementarias (ecografía y RMN) nos orientan hacia una lesión compatible con un tumor de células gigantes vs. fibroma vaina tendinosas. Se interviene mediante exéresis quirúrgica de la lesión y se remite para estudio anatomopatológico.

#### RESULTADOS

El diagnóstico anatomopatológico es el de adenocarcinoma papilar digital con exéresis incompleta. Por lo que, tras presentación del caso en el Comité de tumores de nuestro hospital, se decide realizar una exéresis completa ampliada con márgenes libres mediante la amputación del segundo radio. Se remitió la nueva pieza para estudio y tras el análisis anatomopatológico de la muestra evidenciaba resección completa con márgenes libres. Dada la naturaleza del adenocarcinoma papilar digital, se solicitó un TAC torácico, que descartaba metástasis pulmonares.

#### CONCLUSIONES

Debemos ser minuciosos a la hora de tratar cualquier tipo de tumor y siempre remitir a Anatomía Patológica para un diagnóstico de certeza. Recalcar la importancia, en esta patología en concreto, de un equipo multidisciplinar para una completa valoración del caso y poder llevar a cabo un tratamiento óptimo para estos pacientes.

NÚMERO

P-53

PRIMER AUTOR

CASTROVERDE MARTÍNEZ, MARÍA DE LAS NIEVES

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE. (CASO PROCEDENTE DE H. LA FE, POR ROTACIÓN EXTERNA)

AUTORES

CASTROVERDE MARTÍNEZ, MARIA DE LAS NIEVES; BLASCO MOLLA, MARÍA ÁNGELES.

TITULO

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA POLIDACTILIA PREAXIAL DE LA MANO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La polidactilia de la mano es una malformación congénita que se presenta con un dedo extra, hablamos de preaxial cuando se duplica el pulgar. Su diagnóstico es clínico, apoyado por la radiología. Presenta una incidencia 1/1.000 - 10.000 nacidos vivos. Se puede clasificar según Wassel en siete tipos siendo, el IV el más común (43%). Aunque la duplicación preaxial del pulgar muestra asociación racial (caucásica), la mayoría de los casos son unilaterales, esporádicos y no asociados a problemas sistémicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de una niña de 1 año y 6 meses, sin antecedentes patológicos de interés, valorada en consultas de Traumatología Infantil por diagnóstico de polidactilia preaxial, tipo IV de Wassel, de mano izquierda. Presenta pulgar cubital dominante, sin clara flexión de ambas articulaciones interfalángicas, y se programa para exéresis de pulgar radial y reconstrucción de pulgar cubital.

RESULTADOS

Se realiza dicha intervención, comenzando por la incisión, diseñada previamente, sobre base de F1 cubital y ampliada a base de primer MTC en zig-zag. Se localizan las estructuras (tendón flexor largo, músculo abductor corto, tendón extensor largo) del pulgar radial, se referencian y seccionan. Se realiza un colgajo capsular con base proximal de articulación metacarpofalángica a nivel radial. Extirpación de pulgar radial. Osteotomía remodeladora de la cabeza del primer metacarpiano con bisturí. Fijación del dedo con AK. Reconstrucción del ligamento colateral radial, mediante re inserción del colgajo capsular en el lado radial de la F1 del pulgar cubital. Re inserción del tendón del abductor, y de los tendones flexor y extensor.

CONCLUSIONES

Es fundamental la reconstrucción del ligamento colateral radial y la re inserción del abductor en el pulgar cubital. Un pulgar que previamente no tenía función flexora, mantendrá una funcionalidad similar tras la cirugía.

NÚMERO

P-54

PRIMER AUTOR

MELLADO RODRÍGUEZ, MARTA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, VALENCIA

AUTORES

MARTA MELLADO RODRIGUEZ, JORGE TECLES PEYDRO, REBECA MARRAS SEGURA

TITULO

ELASTOFIBROMA DORSI BILATERAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El Elastofibroma Dorsi (ED) es una lesión benigna poco frecuente de localización típicamente subescapular, encontrándose el 85% entre los músculos romboides mayor y dorsal ancho. Se suele manifestar como una masa sólida de bordes irregulares, de consistencia elástico-gomosa, de crecimiento lento y adherida a planos profundos de pared torácica pero sin infiltrarlos. No precisa tratamiento quirúrgico, a excepción de los casos que presentan dolor, limitación funcional o gran tamaño.

MATERIAL Y MÉTODOS

El objetivo del presente caso fue relatar el manejo y diagnóstico diferencial de un tumor poco frecuente con el que nos podemos encontrar en una consulta como es el ED.

RESULTADOS

Se trata de una mujer de 69 años que refiere una tumoración indolora desde 2005 en zona infraescapular derecha de crecimiento lento. Desde hace 2 años comienza a referir sintomatología de dolor al movilizar el miembro superior derecho. Se decide realizar una RMN, cuyos hallazgos se detallan compatibles con ED. Se debe realizar diagnóstico diferencial con otras lesiones con contenido graso como son liposarcomas, fibrolipomas y otros. Se decide realizar exéresis marginal del tumor debido a la clínica y tamaño mediante abordaje paraescapular inmediatamente superficial a la tumoración enviando a analizar dicha muestra posteriormente con resultados compatibles con ED. Se disecciona por planos, visualizando trapecio posterior, serrato superior y latissimus caudal alcanzando musculatura intercostal, donde se observa una tumoración de aspecto blanquecino y fibroso con cápsula que no infiltra otros planos de aproximadamente 10-12cm. La paciente presenta buena evolución sin recurrencia hasta la fecha.

CONCLUSIONES

El ED es un tumor benigno infrecuente y probablemente infradiagnosticado (se estima 2% de la población) que se presenta típicamente en mujeres en la 5ª década de la vida. Es un tumor de localización infraescapular, de consistencia elástico-gomosa sin infiltrar planos profundos, siendo en ocasiones bilateral. El diagnóstico de presunción se realiza mediante la clínica y RMN, siendo importante realizar el diagnóstico diferencial con otros tumores de manejo, tratamiento y pronóstico diferentes. Aunque en la amplia mayoría de los casos el tratamiento se realiza de manera conservadora, en algunas situaciones precisa exéresis quirúrgica marginal debido a su gran tamaño y sintomatología.

NÚMERO

P-55

PRIMER AUTOR

ANDRÉS RUIZ, ÁLVARO

CENTRO

HOSPITAL LLUIS ALCANYS (XÁTIVA)

AUTORES

ÁLVARO ANDRÉS RUIZ, CRISTINA GALLEGRO TERRES, LINA MARCELA PÉREZ ESTUPIÑAN, JOSÉ ÁNGEL TECLES TOMÁS

TÍTULO

SINOVITIS VILLONODULAR PIGMENTADA EN MUÑECA: A PROPÓSITO DE UN CASO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La sinovitis villonodular pigmentada (SVNP) es una enfermedad poco frecuente que afecta a la sinovial articular y vainas tendinosas, cuyos mecanismos fisiopatológicos son de tipo proliferativo tumoral benigno, aunque localmente tiene un crecimiento agresivo. La presentación articular puede afectar a múltiples recesos (forma difusa) o menos frecuentemente, solamente a uno (forma focal). La forma difusa suele ser monoarticular, siendo la rodilla la articulación más frecuentemente afectada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un paciente de 80 años con tumoración en dorso de muñeca, sin limitación de movilidad, con aumento de tamaño en los últimos 6 meses. En RM se objetiva tumoración en retináculo extensor y tendón extensor común, con componente líquido y vellosidades hipointensas en T1 y T2 y discreta captación de contraste.

RESULTADOS

Para el diagnóstico de SVNP es necesario tener una alta sospecha clínica. La RM es la técnica más útil para la planificación preoperatoria e identificar todas las lesiones, evitando así una escisión incompleta que puede dar lugar a recurrencias. El patrón típico son lesiones en la sinovial hipointensas en T1 y T2, con artefacto de susceptibilidad en T2 de gradiente. Pese a ello, el diagnóstico definitivo es el histopatológico, considerando en el diagnóstico diferencial la condromatosis sinovial, artropatía amiloidea y hemofílica. El tratamiento es la escisión quirúrgica abierta de todas las lesiones, aunque también se ha descrito la sinovectomía artroscópica. En nuestro caso se realizó exéresis abierta y fue seguido durante 12 meses sin evidencia de recidiva.

CONCLUSIONES

La SVNP constituye un diagnóstico poco frecuente con escasos casos descritos en la muñeca, al contrario que la forma localizada, el tumor sinovial de células gigantes, que representa una de las tumoraciones de partes blandas más frecuentes en dicha región. Tras la extirpación más amplia posible, es necesario un seguimiento a largo plazo dada la posibilidad de recidiva.

NÚMERO

P-56

PRIMER AUTOR

DE LA PINTA ZAZO, CARLOS

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELDA

AUTORES

DE LA PINTA ZAZO, CARLOS LÓPEZ DEL RÍO, MARÍA AURIA LÓPEZ, JAVIER GONZÁLEZ SALAS, ELENA ALBERO CATALÁ, LUIS GONZÁLEZ NAVARRO, BLANCA

TÍTULO

FASCITIS NECROTIZANTE POR STREPTOCOCCUS PYOGENES. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La fascitis necrotizante es la forma más grave de presentación de las infecciones de tejidos blandos. Su incidencia es muy baja, pero potencialmente mortal. Inicialmente, los signos y síntomas son poco específicos, lo que supone un reto para el diagnóstico. Actualmente, la limpieza y desbridamiento radical sigue siendo el pilar principal para el tratamiento, requiriendo, en ocasiones, la amputación del miembro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos 2 casos clínicos de fascitis necrotizantes tratadas en nuestro centro. El primero es un varón de 42 años que acudió a Urgencias con clínica de dolor, edema y eritema de la mano asociada a acrocianosis, hipoestesia y edema del tercer dedo de horas de evolución tras herida por punción. El segundo es una mujer de 71 años que fue atendida en Urgencias por fiebre, dolor, edema, eritema y rubor en la mano y antebrazo de menos de 24 horas de evolución tras herida punzante 48 horas antes. Ambos presentaron criterios clínicos y analíticos de sepsis.

RESULTADOS

Se inició tratamiento antibiótico endovenoso y ambos fueron intervenidos de urgencia, realizándose limpieza, desbridamiento radical y fasciectomía. El primero fue reintervenido al día siguiente por empeoramiento clínico y analítico, realizando ampliación de los abordajes previos y nueva limpieza y desbridamiento radical. Posteriormente, debido a necrosis y desvitalización del dedo, se procedió a la amputación digital. El segundo requirió estancia en Reanimación durante 4 días y no precisó reintervenciones. En ambos, el alta hospitalaria se produjo a las 3 semanas tras mejoría clínica y normalización de parámetros analíticos. Durante el seguimiento no se produjeron complicaciones.

CONCLUSIONES

La sospecha clínica inicial y la rapidez en la instauración del tratamiento quirúrgico son los factores pronósticos más importantes en la evolución de esta patología potencialmente mortal.



NÚMERO

P-57

PRIMER AUTOR

CASTRO FERNÁNDEZ, ALICIA

CENTRO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA

AUTORES

CASTRO FERNÁNDEZ, ALICIA. SAYAS LADAGA, MARINA. PIÑEIRO RAMÍREZ, BLANCA. RIVKIN SÁNCHEZ, ELENA. ESCRIBÁ URIOS, ISMAEL

TÍTULO

FRACTURA-LUXACIÓN DE CABEZA FEMORAL EN PACIENTE JOVEN: UN RETO TERAPÉUTICO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Las fracturas-luxación de cabeza femoral son una urgencia quirúrgica que ocurre en aproximadamente en un 5-15% de las luxaciones posteriores de cadera. Son lesiones graves e infrecuentes, que se observan en traumatismos de alta energía, como en pacientes politraumatizados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión retrospectiva de un paciente de 23 años con fractura luxación de cabeza femoral izquierda tipo Pipkin IV intervenido en un hospital terciario. Se obtuvieron datos demográficos, radiográficos, clínicos y funcionales.

RESULTADOS

El paciente se intervino de urgencia mediante abordaje anterior, observándose el fragmento de cabeza femoral unido al ligamento redondo y una lesión osteocondral en el acetábulo. Se realizó reducción de la cadera y se amplió el abordaje anterior mediante osteotomía de la espina iliaca anterosuperior. Se redujo el fragmento, se realizó osteosíntesis con 3 tornillos canulados y se reinsertó la espina iliaca anterosuperior. No hubo incidencias postoperatorias. En el control clínico a los 3 meses, se observó estabilidad de la cadera en la exploración física, con buen recorrido articular y sin dolor. El paciente no precisaba de productos de apoyo para la deambulación. En el control radiográfico se observaba una correcta consolidación de la fractura, sin pérdida de reducción, aunque existe una leve pérdida de la esfericidad de la cabeza fuera de la zona de carga.

CONCLUSIONES

Las fracturas-luxación de cabeza femoral tipo Pipkin son poco frecuentes y requieren de un manejo específico, ya que, por su localización y complejidad, pueden generar complicaciones y limitación de la funcionalidad a largo plazo. Existe controversia respecto a la necesidad de tratamiento quirúrgico urgente y el tipo de abordaje según el tipo de fractura. El objetivo de la cirugía es obtener una reducción anatómica de los fragmentos, con un mínimo desplazamiento, manteniendo una articulación estable con buena funcionalidad postoperatoria.

NÚMERO

P-58

PRIMER AUTOR

GONZÁLEZ SALAS, ELENA

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELDA

AUTORES

ELENA GONZÁLEZ SALAS, RICARDO SERNA BERNA, CARLOS DE LA PINTA ZAZO, LUIS ALBERO CATALÁ, PALOMA FARRER MUÑOZ, JAVIER ORIA LÓPEZ

TITULO

PLASTIA DE RECONSTRUCCIÓN EN ROTURA CRÓNICA DE TENDÓN DE AQUILES CON AUTOINJERTO DEL FLEXOR LARGO DEL HALLUX: A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Aunque las roturas del tendón Aquiles son frecuentes principalmente en población activa de mediana edad, el 25% pueden llegar a pasar desapercibidas, siendo tratadas como crónicas cuando son diagnosticadas mas allá de la cuarta semana. La literatura aboga por tratamiento quirúrgico de estas lesiones por su asociación con morbilidad funcional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso clínico de un varón de 75 años derivado desde el médico de cabecera por dolor e impotencia funcional en Aquiles izquierdo desde octubre de 2018. Debido a evolución tórpida y no resolución con medidas físicas de la sintomatología, tratamiento rehabilitador e infiltraciones se decide remitir a Traumatología. A la exploración física presenta edema del miembro inferior izquierdo, dolor a la palpación y hachazo evidente en zona del tendón Aquiles y signo de Thompson positivo. Las pruebas de imagen (ECO y RMN) confirman un engrosamiento e incremento de la intensidad del tendón. Sugiere tendinosis y desgarró de la unión miotendinosa del gastrocnemio medial con retracción de cabos de al menos 5.5 cm.

RESULTADOS

Se realizó plastia de reconstrucción con autoinjerto del flexor largo del hallux ipsilateral y reinserción parcial medial del tendón en calcáneo mediante tornillo reabsorbible de 7 mm y suturas de refuerzo. Se inmovilizó con férula en equino y en descarga durante 6 semanas. Mantuvo inmovilización a 90º de flexión de tobillo y carga parcial durante 4 semanas más. Realizó rehabilitación posterior. Al final del seguimiento el paciente realiza movilidad completa del tobillo sin dolor y marcha sin ayudas técnicas. Presenta limitación a la flexión activa de la interfalángica del hallux izquierdo asintomática.

CONCLUSIONES

Las roturas crónicas del tendón Aquiles suponen un reto para el cirujano, siendo la plastia con autoinjerto una buena opción de tratamiento.

NÚMERO

P-59

PRIMER AUTOR

FERRANDO PIÑANA, CINTA

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI DE CASTELLÓ

AUTORES

CINTA FERRANDO PIÑANA, JOSÉ MIGUEL ROMERO MARTÍNEZ, KATIA RAMÓN LÓPEZ

TITULO

FRACTURA DE SACRO CON DISOCIACIÓN ESPÓNDILO-PÉLVICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Se trata de una lesión grave e infrecuente asociada a accidentes de alta energía en la que se presenta una fractura sacra que conjuga un trazo transversal con sagitales bilaterales provocando una separación mecánica entre el raquis y la pelvis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 36 años politraumatizado por accidente de coche con disociación espándilo-pélvica. Se diagnosticó con fractura de L4 y L5 tipo A1 (AO), ramas iliopubianas e isquiopubianas izquierdas y de sacro, tipo II (Denis), morfología en "U" y tipo III (Roy-Camille modificada). Presentaba un Asia E. En la RM no se evidenciaron signos de compresión medular.

Dada la afectación transforaminal, conminución y desplazamiento de S2 y la no afectación neurológica, se realiza una fijación espándilo-pélvica sin morfología triangular bajo monitorización somatosensorial. En decúbito prono y mediante abordaje posterolateral lumbar se realiza artrodesis L4-S2-ilíaco con tornillos transpediculares en L4 y L5 y tornillos S2 ilíacos.

No se considera la reducción ni descompresión dada la inexistencia de clínica neurológica, evitando así una eventual morbilidad derivada de la manipulación.

RESULTADOS

Al alta el paciente es trasladado a otro centro para rehabilitación. A los 3 meses y medio se le permitió carga parcial con ayuda de dos muletas debido a las fracturas de ramas con disminución progresiva de la analgesia requerida. Presenta disestesias en gemelo y pie izquierdos y dolor en la inserción del glúteo derecho con la carga parcial.

CONCLUSIONES

Estas fracturas tienen una importancia capital por su complejidad terapéutica y una alta incidencia de lesión neurológica. El patrón oro del tratamiento es la fijación lumbopélvica. Nuestro objetivo fue la neutralización y sostén.

NÚMERO

P-60

PRIMER AUTOR

FARRER MUÑOZ, PALOMA

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELDA

AUTORES

FARRER MUÑOZ, P; COLLADOS MAESTRE, I; LÓPEZ DEL RÍO, M; ORIA LÓPEZ, J; GONZÁLEZ SALAS, E; DE LA PINTA ZAZO, C

TÍTULO

REPARACIÓN DE ROTURA DE TENDÓN TIBIAL ANTERIOR MEDIANTE PLASTIA DE AUTOINJERTO CON ISQUIOTIBIALES: A PROPÓSITO DE UN CASO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La rotura de tendón tibial anterior es una patología rara y de curso insidioso por la compensación del resto de flexores dorsales del pie. La literatura no muestra un consenso en el manejo terapéutico, recomendándose elegir tratamiento en función del nivel de actividad del paciente. Dentro de las alternativas terapéuticas encontramos el tratamiento conservador, reparación directa, injerto de cobertura ipsilateral de tendón tibial anterior, plastia de isquiotibiales o plastia del extensor largo del hallux.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un varón de 41 años que tras un traumatismo directo por objeto pesado (herida incisocontusa de la que se realizó sutura primaria) tres meses antes presenta dolor en cara anterior de tobillo derecho con limitación a la flexión dorsal y signo del hachazo en mediopie. En pruebas de imagen (ecografía, resonancia magnética) se observa rotura completa de porción distal del tendón tibial anterior con signos de tendinosis y desestructuración fibrilar. Se planificó cirugía de reconstrucción con plastia de autoinjerto de isquiotibiales y reinserción en escafoides tarsiano con tornillo de biotenedesis.

RESULTADOS

Tras la intervención fue inmovilizado con férula suropédica durante dos semanas. Posteriormente inició rehabilitación en descarga y progresando al mes a la carga asistido por Cam-Walker, que se retiró a los dos meses de evolución. A los 6 meses postoperatorios el paciente presenta 20º de flexión dorsal con rango de movilidad completo con la extensión combinada de los dedos. Al año de evolución el paciente ha retomado al deporte, pudiendo realizar ejercicio de impacto y saltos, siendo dado de alta.

CONCLUSIONES

En pacientes con alta demanda funcional y aficionados al deporte la reconstrucción del tibial anterior mediante plastia de isquiotibiales es una opción que ofrece buenos resultados funcionales y de regreso al deporte.

NÚMERO

P-61

PRIMER AUTOR

VILLAMIZAR CALDERÍN, DAVID JOSÉ

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI DE CASTELLÓ

AUTORES

VILLAMIZAR CALDERÍN DAVID JOSE

OLMEDO GARCÍA, NURIA ISABEL

PARRA ESCORIHUELA, SILVIA

TITULO

LIBERACIÓN POSQUIRÚRGICA DEL CIÁTICO EN PARÁLISIS POSQUIRÚRGICA CON NEURALGIA ASOCIADA

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El riesgo de lesión de nervio ciático tras artroplastia primaria de cadera vía posterior es de 0,1 a 1,9%. En el 94-99% compromete al nervio peroneo por su ubicación más externa y el 41% también al nervio tibial. La recuperación motora suele ser menor con respecto al tibial y la neuralgia asociada sugiere lesión continua del nervio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 43 años que tras accidente de moto presentaba una fractura luxación posterior de cadera izquierda, clasificada como fractura de pared posterior y transversal según Letournel y Judet, con importante conminución articular. La luxación resultó irreductible por medios cerrados por lo que se procedió a un abordaje de Kocher – Langenbeck para reducir y osteosíntesis acetabular. Debido a la persistencia de dolor intenso de cadera y a la irregularidad acetabular, planteamos conversión a prótesis total de cadera a los 6 meses de evolución. En el posoperatorio inmediato se objetivó una neuralgia y parálisis completa del nervio ciático común. Electromiografía a cuatro semanas confirma afectación axonal muy grave del ciático. Seis meses del posoperatorio cursa con dolor limitante, refractario a rehabilitación, analgésicos y neuromoduladores; con mínima mejoría electromiográfica. A los 8 meses tras la cirugía, se revisa el nervio y se libera de zona cicatricial posterior hasta escotadura ciática mayor.

RESULTADOS

En el posoperatorio inmediato se evidencia mejoría significativa, con desaparición del dolor neuropático en territorio del ciático. Electromiografía al mes revela mejora insignificante del peroneo y tibial. La paciente camina con ortesis antiequino elástica, con mejora importante de calidad de vida y disminución dosis analgésicas.

CONCLUSIONES

La presencia neuralgia del ciático asociada a paresia en sugiere una lesión por compresión que amerita liberación nerviosa, que, aunque no aporta mejoría importante de la función motora, suele producir una remisión del dolor y con ello mejora de la calidad de vida.

NÚMERO

P-62

PRIMER AUTOR

RUBERT SALVADOR, MANEL

CENTRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI DE CASTELLÓ

AUTORES

RUBERT SALVADOR M, DOBATO LAHOZ B, JORDÀ GÓMEZ P, MOHD ABU ALI Z, FERRARO ESPARZA L

TITULO

NUESTRA EXPERIENCIA EN RECONSTRUCCIÓN DEL LIGAMENTO PATELO-FEMORAL MEDIAL (LPFM) CON PLASTIA ROTACIONAL AUTÓLOGA DE CUÁDRICEPS

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La luxación de rótula es una lesión frecuente. En un primer momento requiere manejo conservador con inmovilización, medicación analgésica y rehabilitación posterior para potenciación de la musculatura y control ponderal. En caso de que la lesión sea recidivante puede precisar de tratamiento quirúrgico.

El objetivo del trabajo es presentar a propósito de un caso nuestra experiencia en el manejo de luxación recidivante de rotula tratado mediante osteotomía de distalización y medialización de la tuberosidad tibial anterior (TTA) y plastia rotacional del tendón cuadriceps.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 16 años que, tras varios episodios de luxación de rotula, se decide intervención quirúrgica. En la exploración presenta inestabilidad en 0º y 30º. La radiografía de medición de miembros inferiores muestra una patela alta y un espolón supratroclear. En la resonancia magnética se aprecia luxación lateral de la rótula, con elongación y adelgazamiento del retináculo medial y una distancia TA-GT de 20mm.

Se procede a intervención quirúrgica programada realizando en un primer tiempo artroscopia con retirada de cuerpo condral. En segundo tiempo, osteotomía de distalización y anteromedialización de la TTA y una plastia rotacional del tendón cuadriceps para reconstrucción del LPFM suturada en tubérculo aductor (tendón del aductor mayor). Se comprueba un adecuado recorrido femoropatelar, sin lateralización rotuliana.

RESULTADOS

En el postoperatorio inmediato se manejó con ortesis a 0º-60º, carga parcial progresiva y rehabilitación. Finalmente se consiguió un balance articular de la rodilla de 0º-120º con una estabilidad de rótula en todos los rangos de movilidad.

CONCLUSIONES

La reconstrucción del ligamento patelofemoral medial con plastia rotacional de cuádriceps supone una técnica quirúrgica alternativa sin daño óseo rotuliano ni empleo de implantes, con buenos resultados funcionales y recuperación precoz para casos de inestabilidad rotuliana.

NÚMERO

P-63

PRIMER AUTOR

GARCÍA GIL, ALBA

CENTRO

CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

AUTORES

ALBA GARCÍA GIL, LAURA CASTILLO RUIPÉREZ, VICTOR ZARZUELA, LAURA MARCO, LORENZO HERNÁNDEZ

TITULO

MANEJO DEL CONDROSARCOMA DE PERONÉ PROXIMAL: A PROPÓSITO DE TRES CASOS

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Solo el 2,5% de todos los tumores óseos primarios se localizan en el peroné siendo el tercio proximal la localización más frecuente. Aunque la mayoría de tumores óseos primarios son benignos, los que son malignos suponen gran morbilidad y en la mayoría de ocasiones su diagnóstico es tardío.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presentan tres pacientes con dolor en tercio proximal de peroné e imagen radiológica de lesión condral. Fueron recogidos los datos clínicos e histológicos, la extensión local y a distancia del tumor mediante técnicas de imagen, la técnica quirúrgica desarrollada y sus complicaciones postquirúrgicas y los resultados a largo plazo mediante seguimiento exhaustivo.

RESULTADOS

Tras decisión en comité de sarcomas, se realiza biopsia guiada por TAC, obteniendo como resultado anatomopatológico, un condrosarcoma de bajo grado en dos de los casos donde se realizó una cirugía oncológica ampliada (resección tipo Malawer I) con exéresis del tercio proximal de peroné tras desinsertar y referenciar el bíceps femoral, el ligamento colateral peroneo, el peroneo largo, el extensor común de los dedos, el sóleo y el tibial posterior. Se preservó el nervio peroneo común y su funcionalidad. Se reinsertó el ligamento colateral lateral mediante anclaje a tibia proximal y el bícepsfemoral, permitiendo así mantener la estabilidad articular en valgo. En uno de ellos se objetivó un condrosarcoma de alto grado por lo que se realizó una cirugía oncológica ampliada más agresiva sin preservar el nervio peroneo común y realizado una transposición de nervio tibial posterior.

CONCLUSIONES

El condrosarcoma de peroné proximal es una entidad infrecuente. Esta localización supone un reto, al encontrarse en íntimo contacto con el nervio peroneo y la arteria tibial anterior. Es necesario realizar diagnóstico diferencial con el encondroma, utilizando para ello el diagnóstico anatomopatológico, las pruebas de imagen y la clínica del paciente.

## POSTER ELECTRÓNICO

### NÚMERO

P-64

### PRIMER AUTOR

OLUCHA PUCHOL, JOAN

### CENTRO

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA

### AUTORES

JOAN OLUCHA PUCHOL, PAULA PRARIO MASSIMINO, LUIS DÍAZ AVIÑÓ

### TITULO

COMPARACIÓN ENTRE REDUCCIÓN PERCUTÁNEA Y ABIERTA DE FRACTURAS EXTRA-ARTICULARES 'EN PICO DE PATO' DEL CALCÁNEO: REVISIÓN Y CASO CLÍNICO

### RESUMEN

#### INTRODUCCIÓN

Las fracturas extra-articulares desplazadas del calcáneo en "pico de pato" requieren tratamiento quirúrgico para lograr reducción anatómica y osteosíntesis estable. Existe disparidad en las técnicas, motivando la necesidad de establecer un protocolo.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron 53 artículos y se compararon con un caso tratado en nuestro servicio mediante reducción abierta y osteosíntesis. Se evaluaron complicaciones de cada procedimiento.

#### RESULTADOS

Entre los 355 casos estudiados de la bibliografía, la fijación percutánea y abierta no mostró diferencias en complicaciones, siendo las principales la necrosis y la infección cutánea.

#### CONCLUSIONES

Las fracturas desplazadas en "pico de pato" del calcáneo presentan complicaciones cutáneas graves. Se recomienda individualizar la técnica, priorizando la reducción percutánea, pero considerando la cirugía abierta en casos complejos.