acta Ortopédica gallega

Sociedad Gallega de Cirugía Ortopédica y Traumatología

aog

ISSN 1699-0471
D.L.: OU-13-2005

Vol.4 Nº1
Año 2008

XXIII Congreso de la Sociedad Gallega de Cirugía Ortopédica y Traumatología

A Coruña, 30-31 mayo 2008

Revista Oficial de la
Sociedad Gallega de Cirugía Ortopédica y Traumatología

www.sogacot.org

XXIII Congreso de la Sociedad Gallega de Cirugía Ortopédica y Traumatología

A Coruña, 30-31 mayo 2008

Revista Oficial de la Sociedad Gallega Cirugía Ortopédica y Traumatología

Junio 2008

Sociedad Gallega de Cirugía Ortopédica y Traumatología

aog

Sumario

SUMARIO

Comité Organizador - Comité Científico 3
Junta Directiva 3
Programa Científico 4
Empresas Patrocinadoras y Colaboradoras 4
Comunicaciones: Orales 5
Comunicaciones: Carteles Científicos 23
Índice de comunicaciones orales 37
Índice de carteles científicos 38
Índice de autores 39

Comité Organizador, Comité Científico y Junta Directiva

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente:
Luis María Fernández Gilino
Vicepresidentes:
Luis Antonio García Rodríguez
Pedro González Herranz
Secretarios:
José Luis González Canedo
José Suárez Guijarro
Tesorero:
Isidoro López Pérez
Vocales:
Mustafá Alhendi Baluch
Miguel Castiñeiras Sánchez
Manuel Facal Varela
Alicia Freire Ruaño
Alfonso García Pereira
Victor M. Moreno Barrueco
José Ramón Mosquera Boutureira
Abelardo Nimo Vázquez
Antonio Otero Fernández
Manuel Remuiñan Cancela
Jesús Suárez Bustillo
Javier Vázquez Domínguez
José Luis Villot Meijide
Patricia Blanco Fernández - MIR
Raquel Gayoso Paz - MIR
Jorge González González-Zabaleta - MIR
Paula López Bargiela - MIR
Vanesa López Fernández - MIR
Pablo Miragaya López - MIR
Alicia Quintela Martínez - MIR
José Angel Rivas Laso - MIR
Nuria Souto González - MIR

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente:
Héctor Fraga García
Vocales:
Juan Castro Toral
Elisa Cobelo Romero
Antonio García Moreno
Luis Antonio García Rodríguez
Oscar Gayoso Rey
Luis Prego Fajardo
Juan Esteban Trobajo de las Matas

JUNTA DIRECTIVA

Presidente:
Héctor Fraga García
Vicepresidente:
Gonzalo Concheiro Barreiro
Secretario:
Luis Antonio García Rodríguez
Vicesecretario:
Marcelino González-Carrero López
Tesorero:
Isidoro López Pérez
Vocales:
MIR: Nuria Souto González
A Coruña: Antonio García Moreno
Ferrol: Isidro González González
Santiago: Ángel Baltar Martinez de la Riva
Lugo: José Antonio Ceide Núñez
Orense: José Luis Lado Miguez
Pontevedra: Jerónimo Pérez Mendaña Goyanes
Vigo: Alberto Sánchez

Programa científico

Día 29

17.00 h. **I Jornadas de formación continuada**
Fracturas de Pelvís-Cotilo, Calcáneo y Proximal del Húmero

Dr. Fermín Mandía Mancebo (C.H.U.S.) Santiago de Compostela
Dra. Elvira Iglesias Duran (Unid. Funcional, Asepeyo) Madrid
Dr. Jaime Candal Couto (Dpto. Ortop. Wansbeck Gen. Hosp.) Ashintong Newcastle England.

Día 30 mañana

8.00 h. **Entrega de documentación**
8.45 h. **Comunicaciones Libres**
Presidente: Dr. Gonzalo Concheiro Barreiro
Moderador: Dr. Roberto Casal Moro

11.30 h. Pausa - Café

1ª Mesa Redonda:
Tumores malignos del aparato locomotor.
La Cirugia en el diagnóstico.
Alternativas terapéuticas.
Presidente, Dr. Camilo Veiras Candal
Moderador, Dr. Angel Baltar Martínez de la Riva.
12.00 h. **Indicaciones y técnicas de la biopsia en los tumores del aparato locomotor.**
Dra. Elisa Cobelo Romero (Serv. C.O.T. del H.U.J.C.) A Coruña.
12.15 h. **Papel de la quimioterapia en los tumores del aparato locomotor**.
Dr. Luis Miguel Antón Aparicio (Serv. Oncología del H.U.J.C.) A Coruña.
12.30 h. **Papel de la radioterapia en los tumores del aparato locomotor.**
Dr. Alfonso Mariño Cotelo (Centro Oncológico de Galicia) A Coruña.
12.45 h. **Mielomas y linfomas de localización esquelética.**
Dr. Juan Pio Torres Carrete (Serv. Hematología H.U.J.C.) A Coruña.
13.00 h. **Sarcomas de partes blandas de los miembros.**
Dr. Francisco Martelo Villar (Serv. Cirugia Plástica del H.U.J.C.) A Coruña.
13.15 h. **Introducción a los sarcomas óseos.**
Dr. Mikel San Julián Aranguren (Clínica Universitaria de Navarra) Pamplona.

13.30 h. **Coloquio.**

14.00 h. Almuerzo en el Club Náutico de A Coruña.

Día 30 tarde

15.30 h. **Comunicaciones libres**
Presidente: Dr. Laureano Otero Soengas
Moderador: Dr. Gabriel Celester Barreiro

17.00 h. Pausa - Café

2ª Mesa Redonda:
Tumores malignos primitivos del aparato locomotor.
Protocolización y orientación terapéutica.
Presidente: Dr. Pedro Cardoso
Moderador: Dr. José Troncoso Durán
17.30 h. **Osteosarcoma.**
Dr. Joan Majó Buigas (Unid. Orto. Oncológica - S. Creu y S. Pau) Barcelona.
17.50 h. **Condrosarcoma.**
Dr. Manuel Ruiz del Portal (Clínica Asepeyo) Sevilla
18.10 h. **Sarcoma de Ewing.**
Dr. Pedro González Herranz (Serv. C.O.T. Infantil H.U.T. Herrera) A Coruña.
18.30 h. **Tumores de células gigantes.**
Dr. Juan Majó Buigas (Unid. Orto. Oncológica - S. Creu y S. Pau) Barcelona.

18.50 h. **Coloquio.**

19.15 h. **Asamblea SOGACOT.**

22.00 h. Cena de clausura en el Hotel Hesperia Finisterre.

Día 31 mañana

9.00 h. **Comunicaciones Libres**
Presidente: Dr. Jesús Suárez Bustillo
Moderador: Dra. Nieves Gonzalo Rodríguez

11.30 h. Pausa - Café

3ª Mesa Redonda:
Cirugía conservadora / Reconstructiva en los tumores malignos del aparato locomotor.
Presidente: Dr. José Couceiro Follente
Moderador: Dr. José Varela Gómez
12.00 h. **Prótesis tumorales en miembro superior (hombro y codo).**
Dr. Jaime Candal Couto (Dpto. Ortop. Wansbeck Gen. Hosp.) Ashintong Newcastle England.
12.15 h. **Cirugía en los tumores malignos de la muñeca y mano.**
Dr. Carlos María Irisarri Castro (Centro Médico Gallego Fátima) Vigo.
12.30 h. **Prótesis tumorales en miembro inferior (cadera y rodilla).**
Dr. Manuel Ruiz del Portal (Clínica Asepeyo) Sevilla.
12.45 h. **Injertos óseos e implantes combinados.**
Dr. Joan Majó Buigas (Unid. Orto. Oncológica S. Creu y San Pau) Barcelona.
13.00 h. **Tratamiento de los tumores de la columna vertebral.**
Dr. Alejandro Braña Vigil (H. C. Asturias) Oviedo.
13.15 h. **Tratamiento de los tumores de la pelvis.**
Dr. Ignacio Sánchez del Campo (U. Ortop. Oncología H.U. Ramón y Caja) Madrid.

13.30 h. **Coloquio.**

14.15 h. Cocktail de despedida en el Hall de Sotavento, Palexco.

EMPRESAS PATROCINADORAS

Aomedic
Biomet
Boehringer Ingelheim España, S.A.
Clínica y Control
D&A Medical S.A.
DePuy-Johnson&Johnson
Rovi
Remeco S.A.
Roche Farma S.A.
Stryker Iberia S.L.
Synthes
Waldemark Link España

EMPRESAS COLABORADORAS

Acuña y Fombona
CMM distr. Smith&Nephew
Lilly S.A.
Merck Sharp & Dohme
Pfizer Alfa
Prim S.A.
Promedisa
Sanofi Aventis

COMUNICACIONES ORALES PRESENTADAS AL XXIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD GALLEGA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA (SOGACOT)

A Coruña 30 y 31 de Mayo de 2008

Estos resúmenes han sido publicados tal y como se han recibido por parte de los autores firmantes. Las opiniones y puntos de vista expresados pertenecen a los autores, y no han sido verificados por los editores ni por la Sociedad Gallega de Cirugía Ortopédica y Traumatología SOGACOT, quienes no aceptan responsabilidad alguna sobre las afirmaciones realizadas o sobre la veracidad de la información presentada.

CO-01

SARCOMAS SINOVIALES EN EL ÁREA SANITARIA DE LUGO (2002-2006).

Bravo Pérez M, Grau Escarré A, Ibáñez Martín L, Quevedo García L.
Sección de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Xeral-Calde, Lugo.

INTRODUCCIÓN
Los sarcomas sinoviales son un tipo de tumores mesenquimales con una incidencia de 0.26 casos por cada 100.000 habitantes/año. La presentación clínica habitual es la de una masa yuxtaarticular palpable indolora o poco dolorosa, localizada habitualmente en extremidades. En el 20-25% de los casos se ha señalado un antecedente traumático. Usualmente afecta a adultos jóvenes (15-35 años), con un leve predominio en varones. El tratamiento más recomendado en este tipo de tumores es la resección o amputación radical, acompañada de quimioterapia coadyuvante. La supervivencia a largo plazo varía según diferentes factores (edad, grado histológico, etc) pudiendo llegar a ser del 50-60% a los 5 años.
OBJETIVO
Evaluar las características epidemiológicas de todos los pacientes mayores de 18 años diagnosticados de Sarcoma Sinovial (SS) vistos a lo largo del periodo 2002-2006 en nuestra área sanitaria.
MÉTODOS
Hemos revisado de forma retrospectiva todos los pacientes diagnosticados mediante anatomía patológica de SS vistos en nuestra área sanitaria desde el 2002 hasta el 2006. Nuestra área sanitaria da asistencia a 250.000 habitantes, siendo nuestro hospital el único de referencia para esta patología.
RESULTADOS
Cuatro pacientes cumplían las características previas de nuestro estudio (1 varón / 3 mujeres) lo que supone una incidencia de 0.26 casos por cada 100.000 habitantes/año. La edad media fue de 35 años. La localización de las masas tumorales fueron muslo, gemelo, pie y para-cervical. Los motivos de consulta fueron tumor y dolor. Cada paciente presentaba a su diagnóstico un estadio diferente (I-IV) y claramente correlacionado con el tiempo de retraso desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico definitivo. El tratamiento fundamental fue la Cirugía acompañada de Radioterapia y/o Quimioterapia. Un paciente fue éxitus a los 18 meses del diagnóstico.
CONCLUSIONES
Los SS afectan a gente joven, pero a diferencia de lo descrito previamente encontramos un mayor porcentaje de mujeres. El dolor y la tumefacción es un motivo de consulta frecuente, y la rapidez en el diagnóstico para detectar estadios precoces debe ser prioritaria, siendo fundamental para ello la RMN como prueba de imagen y la Anatomía Patológica. El tratamiento fundamental es la cirugía con amplios márgenes de resección. Por todo ello una mayor conciencia sobre la enfermedad y la existencia de guías de recomendación de derivación precoz desde Atención Primaria pueden mejorar su pronóstico.

CO-02

REFUERZO VERTEBRAL Y PATOLOGÍA TUMORAL.

Pardo Seco JP, Domínguez Dorado P, Cons Lamas S, González-Carreró SA, Díez Ulloa MA.
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

INTRODUCCIÓN
Existen dos posibilidades terapéuticas para pacientes con patología tumoral en columna vertebral: el tratamiento curativo que implica cirugías agresivas, y el tratamiento paliativo orientado a la afectación neurológica o al dolor, uno de cuyos tratamientos es el refuerzo vertebral
OBJETIVOS
Se pretende estudiar la eficacia, seguridad y rapidez del refuerzo vertebral como tratamiento paliativo del dolor y la concordancia existente entre el tumor primario y el resultado del estudio anatomo-patológico de la biopsia vertebral.
MÉTODOS
Se realiza un estudio retrospectivo de 13 pacientes con antecedente oncológico, dolor vertebral e imagen sugerente de afectación tumoral en cuerpo vertebral a los que se le realizó refuerzo vertebral como método paliativo del dolor en un total de 31 cuerpos vertebrales. Al mismo tiempo se obtiene muestra de tejido del cuerpo vertebral para estudio anatomo-patológico.
RESULTADOS
Se obtuvo una remisión completa del dolor en un 74% de los refuerzos realizados, y parcial en un 23%. No se detectaron complicaciones con repercusión clínica. El estudio de la biopsia no presentó datos de malignidad en un 23% de los casos.
CONCLUSIONES
El refuerzo vertebral es un método rápido, efectivo y seguro como tratamiento paliativo del dolor ante la sospecha de afectación metastásica. Es necesaria la realización de biopsia vertebral antes de acometer procedimientos quirúrgicos más cruentos para el tratamiento de vértebras con sospecha de afectación tumoral.

CO-03

CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL.

González Vilariño V, Fernández Santás T, Sotelo Flores D.
Hospital Arquitecto Marcide - Profesor Novoa Santos (Ferrol). Servicio de Traumatología

INTRODUCCIÓN
El carcinoma de Merkel es un tumor maligno neuroendocrino de la piel. Su incidencia es escasa, siendo la raza blanca en edades comprendidas en torno a los 70 años, el rango poblacional predominantemente afecto. La luz ultravioleta, edades avanzadas, así como estados de inmunodepresión son los factores de riesgo más asociados. Su forma de presentación clínica consiste en la aparición de un nódulo dérmico indoloro, de crecimiento rápido progresivo, localizado normalmente en regiones expuestas a la luz solar (cara, miembro superior…). Tumor de elevada agresividad, frecuentemente su forma de presentación inicial incluye la afectación ganglionar, así como diseminación metastásica a distancia. La cirugía, es el tratamiento princess de esta patología, siendo el vaciamiento ganglionar, ganglio centinela, así como la radioterapia, posibles tratamientos coadyuvantes.
OBJETIVOS
Realización de una breve y concisa revisión bibliográfica del carcinoma de Merkel, patología poco conocida en el área Ortopédica-Traumatológica.
MÉTODOS
Mediante un caso clínico cerrado acontecido en nuestro servicio, se expondrán las características clínicas más importantes de este tumor, así como la orientación terapéutica y correcto manejo del mismo
RESULTADOS
El paciente a estudio catalogado como carcinoma de Merkel en estadio IB, fue sometido a exéresis de la tumoración, realizán-

dose radioterapia como tratamiento coadyuvante. El resultado clínico fue satisfactorio, no presentando ningún dato de recidiva en el momento actual

CONCLUSIONES

El carcinoma de Merkel presenta una alta agresividad, con un elevado riesgo de infiltración ganglionar, metástasis y recidivas del mismo. Todo ello, añadido al rápido crecimiento de la tumoración, conlleva la necesidad de un diagnóstico temprano, así como un tratamiento efectivo y precoz, siendo la cirugía el tratamiento de elección.

CO-04

OSTEOMA OSTEOIDE: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE DOS POBLACIONES.

Baña Sandá FJ[1], de la Fuente González C[2], Souto Rey V[1], González Herranz P[2]

1 Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica, Hospital Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos (Ferrol).

2 Servicio de COT. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, A Coruña.

INTRODUCCIÓN

El osteoma osteoide es una lesión osteoblástica benigna, descrita por Jaffe en 1935, constituida por un nido de tejido osteoide (menor de 1cm) altamente vascularizado en muchas ocasiones rodeado por una zona de formación ósea reactiva. Representa el 10% de los tumores óseos benignos y 2- 3% de los tumores óseos biopsiados, predominando en varones jóvenes (66%) durante la segunda década de la vida (50%), aunque puede presentarse a cualquier edad con una proporción hombre/mujer que varia entre estudios de 2/1 a 4/1. El síntoma principal es el dolor de severidad creciente, que no se alivia por el descanso, de carácter nocturno y que responde a los salicilatos y antiinflamatorios no esteroideos.

Hoy en día existen diversas tendencias en cuanto al tipo de abordaje en estas lesiones.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisan 23 casos de osteoma osteoide tratados quirúrgicamente en ambos centros, 13 casos tratados en el Complexo Hospitalario A. Marcide-Prof. Nóvoa Santos y 10 casos tratados en el Hospital Materno infantil Teresa Herrera.

Se analizan datos epidemiológicos (edad, sexo), datos clínicos (síntoma principal, síntomas asociados), utilización de pruebas complementarias (radiografía simple, TAC, gammagrafía, RMN), tratamiento definitivo, complicaciones y recidivas.

RESULTADOS

Se resolvió la clínica tras la cirugía en todos los casos salvo uno que preciso revisión quirúrgica.

Presentaron complicaciones dos casos de Osteoma Osteoide a nivel de tibia tratados mediante resección en bloque. Uno de ellos sufrió una fractura tras traumatismo de baja energía. El otro caso presentó una angulación en varo tras inicio de carga procediéndose a corrección angular con fijador externo.

CONCLUSIONES

Existen numerosas técnicas de tratamiento de estas lesiones, que incluyen la resección en bloque, el destechamiento y posterior curetaje o fresado del nidus (Burr-down) y técnicas percutaneas guiadas por TAC como el uso de trefinas o brocas, ablación por radiofrecuencia y fotocoagulación con Láser. Todas ellas con buenos resultados y un bajo índice de complicaciones por lo que la elección de las mismas debe basarse fundamentalmente en la experiencia del cirujano y la localización de la lesión.

CO-05

COMPARATIVA DEL TRATAMIENTO DEL OSTEOMA OSTEOIDE: RESECCIÓN EN BLOQUE VS. FRESADO + CURETAJE.

Castellano Romero I, Quinteiro Antolín T, Hernández Blanco M.

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. H. Meixoeiro.

INTRODUCCIÓN

El osteoma osteoide representa aproximadamente un 11% de todos los tumores benignos de hueso. Es más frecuente en las primeras tres décadas de la vida. Casi cualquier hueso puede ser afectado, pero la mayoría de los casos ocurren en huesos largos, particularmente en fémur y tibia.

OBJETIVOS

Revisión de la casuística de osteoma osteoide en nuestro servicio comparando los resultados de dos técnicas quirúrgicas: resección en bloque y fresado más curetaje (burr-down: técnica de Ward)

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de 9 casos de osteoma osteoide. La edad media de los pacientes es de 22 años (13-36). En una relación varón:mujer de 7:2. La duración de los síntomas antes del diagnóstico fué de 8.88 meses (4-24). La localización más común fue en fémur (3) y tibia (3), paleta humeral (1), calcáneo (1) y cuarto metatarsiano (1). Dos casos fueron previamente considerados como esguinces de repetición (1 calcáneo y 1 en región subcondral de tibia) y el localizado en cuarto metatarsiano fue inicialmente catalogado como fractura por estrés ya que se trataba de una paciente deportista.

El tratamiento que se llevó acabo en seis de los casos fué de resección en bloque bajo control radioscópico intraoperatorio y cuatro casos con la técnica de Ward (tres casos como primer y único tratamiento y una recidiva en los que previamente había sido tratado con resección en bloque). La media de seguimiento postoperatorio fue de 11.55 meses (3-36).

RESULTADOS

De los 6 casos tratados con resección en bloque bajo control radioscópico intraoperatorio, 4 casos presentaron buena evolución con desaparición del dolor y funcionalidad completa. El tumor localizado en húmero distal requirió inmovilización con férula posterior durante 3 semanas y posteriormente rehabilitación para recuperar la movilidad completa. Dos casos presentaron complicaciones; uno de los casos localizado en diáfisis femoral presento una fractura a los dos meses de ser intervenido en el foco de resección que requirió osteosíntesis. En el caso localizado en calcáneo el cuadro clínico de dolor persistió a pesar de la cirugía, por lo que a los 4 meses se realizó un TAC de control que evidenció persistencia de restos de osteoma osteoide y que requirió una reintervención con la técnica de curetaje más fresado e injerto de cresta ilíaca. Ambos casos evolucionaron favorablemente.

Tres casos fueron tratados con la técnica de curetaje más fresado con visualización directa del nidus con previa identificación con TAC. La localización de los tumores era la siguiente: uno en diáfisis femoral, uno en tibia proximal y uno en cuarto metatarsiano. Ningún caso requirió osteosíntesis, injerto ni inmovilización. En todos desapareció el dolor y recuperaron la funcionalidad completa. Ningún caso presentó recidiva o fractura patológica.

CONCLUSIONES

La técnica de fresado más curetaje nos permite una identificación visual directa de la lesión sin necesidad de resecar una cantidad extensa de hueso, lo cual disminuye la morbilidad y las complicaciones asociadas al tratamiento clásico de exéresis en bloque.

CO-06

TUMORES GLÓMICOS DE LA MANO: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE 25 CASOS.

Fernández Bran B, Sanmartín Fernández M, Fernández Pereira T, Correa Gallego C, Payola Lahoz J, Álvarez Montero R, Troncoso Durán JR.
Servicio COT, Hospital POVISA, Vigo.

INTRODUCCIÓN
El tumor glómico es un tumor vascular raro cuya localización más frecuente es la subungueal y el 75% de las lesiones ocurren en la mano. Se presenta con la clásica triada de síntomas: sensibilidad al frío, hipersensibilidad localizada y dolor paroxístico severo. Frecuentemente estos son los únicos hallazgos, aunque se usan también otros métodos diagnósticos.
Nosotros hemos estudiado una serie de 25 pacientes con tumores glómicos en sus manos.
OBJETIVOS
Queremos resaltar la importancia de una buena historia clínica y exploración física para el diagnóstico, y presentar nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico en tumores glómicos subungueales de la mano.
MÉTODOS
Entre Junio de 1994 y septiembre de 2007, hemos estudiado 25 pacientes que presentaron tumores glómicos confirmados por las pruebas de anatomía patológica. Participaron 9 hombres y 16 mujeres. La edad media en el momento de la operación fue de 48 años (rango 22-77). Se realizó la escisión quirúrgica de todos los tumores. Además de la exploración física y la anamnesis, utilizamos pruebas complementarias preoperatorios tales como: Rx y RMN.
RESULTADOS
Todos los pacientes presentaban, preoperatoriamente, dolor en la zona. 16 de ellos referían alteraciones de la sensibilidad y sólo en 7 se objetivaban cambios de la coloración. Ninguno manifestó masa palpable ni tumores múltiples. 3 de los estudiados relataron un antecedente traumático previo. En 4 de los pacientes se observaron alteraciones líticas en la radiografía, aunque intraoperatoriamente se objetivaron en 7 de los 25. La RMN demostró alteraciones en los 25 casos. La duración media de los síntomas antes de la intervención quirúrgica fue de 33 meses (rango 3, 100). En todos los pacientes desapareció la sintomatología tras la intervención excepto en 8 de ellos (2 hombres, 6 mujeres).Otras complicaciones fueron deformidades ungueales en 5 pacientes.
CONCLUSIONES
El problema en los tumores glómicos es el largo periodo con síntomas antes de un diagnóstico y tratamiento correctos. Para evitar esto, un diagnóstico temprano basado en una correcta historia clínica, una minuciosa exploración física y una resección completa es lo más importante.

CO-07

CUANTIFICACIÓN DE LA EXPRESIÓN GÉNICA DE Nur77 EN OSTEOSARCOMAS OSTEOGÉNICOS.

Anta Martínez L, Manta Martínez L, Muñoz Ruiz A, Domínguez Dorado P, Pardo Seco JP, Carracedo Álvarez A.
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS). Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatológica.

INTRODUCCIÓN
El osteosarcoma es el tumor óseo maligno primitivo más frecuente (21%). Desde 1980 el manejo de los osteosarcomas ha cambiado debido a la introducción de regímenes de quimioterapia neoadyuvante que permiten realizar una cirugía de salvamento o preservación de la extremidad en lugar de una cirugía radical (amputación), sin incrementar por ello, el riesgo de recidiva de la enfermedad, ni el riesgo de desarrollo de enfermedad metastásica. Nur77 es un factor de transcripción dentro de la superfamilia de los receptores nucleares, que junto a NOR-1 y Nurr1 forma la subfamilia de receptores huérfanos. En respuesta a diversos estímulos apoptóticos, Nur77 migra del núcleo al citoplasma, donde alcanza la mitocondria e interacciona con la molécula Bcl2, convirtiéndola en molécula pro-apoptótica.
OBJETIVOS
La translocación a la mitocondria de Nur77 media los efectos apoptóticos de ciertos agentes quimioterápicos. En nuestro trabajo se cuantificará, de forma relativa, la expresión del gen de Nur77 en osteosarcomas osteogénicos para observar su comportamiento. Estrategias para incrementar su expresión, en combinación con agentes que induzcan su translocación, podrían ser utilizados para aumentar la eficacia de las terapias antitumorales.
MATERIAL Y MÉTODOS
Se obtuvieron ocho muestras congeladas (-80ºC) pertenecientes a osteosarcomas osteogénicos (6) y sus metástasis (2); y dos muestras de tejido normal. Se llevó a cabo la revisión de la Historia Clínica atendiendo a edad, diagnóstico, tratamiento llevado a cabo, pronóstico a 5 años y grado de necrosis tumoral (sistema Huvos). Tras la homogeneización mecánica de las muestras, se extrajo el RNA total de cada una de ellas y se cuantificó con un espectómetro. De cada RNA total obtenido en cada muestra se llevó a cabo la síntesis de cDNA utilizando la retrotranscriptasa MMLV; por último se realizó su cuantificación mediante PCR a tiempo real. Para cada una de las muestras se determinaron los niveles de expresión del gen problema (Nur77) y de tres genes controles: beta-actina (ACTB), beta-glucuronidasa (GUSB) y receptor de transferrina (TFRC). El análisis de resultados se realizó utilizando el método delta-delta Ct que es un análisis de aproximación y relativo a un dato normal.
RESULTADOS
La expresión de Nur77 se encuentra disminuida en un subgrupo de muestras tumorales y en la metástasis. Los dos tumores que mostraron mejor respuesta a quimioterapia presentaron valores de expresión de Nur77 igual o mayor que el tejido normal, mientras que los tumores que no respondieron a quimioterapia presentaron valores de Nur77 significativamente disminuidos.
CONCLUSIONES
En las ocho muestras tumorales analizadas, se observa un comportamiento heterogéneo en la expresión del gen de Nur77. Los tumores con expresión disminuida de Nur77 parecen responder peor a la quimioterapia que los tumores con valores iguales o mayores de expresión que el tejido normal. Esto sugiere, aunque de modo preliminar, una asociación entre expresión de Nur77 y respuesta a quimioterapia, hipótesis que concuerda con el papel regulador de la apoptosis de este gen.

CO-08

EPIDEMIOLOGÍA Y ASPECTOS CLÍNICOPATOLÓGICOS DEL OSTEOSARCOMA EN NUESTRO MEDIO.

Baltar M de la Riva A, González-Carreró, SA, Cons Lamas S, Sende Munín N, Sines Castro F, Mandía Mancebo F, Couceiro Follente J, Varela Durán J.
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS
El osteosarcoma es el tumor óseo maligno más frecuente para la

mayoría de los autores. Con este trabajo pretendemos hacer una revisión de su incidencia y aspectos demográficos y clínicopatológicos en nuestra área sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos obtenido del servicio de Anatomía Patológica de nuestro hospital la relación de casos de osteosarcomas diagnosticados entre los años 1990 y 2005. Una vez identificados calculamos la incidencia media, frecuencia de presentación en los dos sexos, edad media de presentación y relación entre la frecuencia de presentación y la edad de los pacientes. Por último hemos estudiado la localización, variantes histopatológicas y aspectos clínicopatológicos de los osteosarcomas tratados en el Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

RESULTADOS

Observamos una incidencia acumulada de 0.34 casos nuevos por cada cien mil habitantes y año, siendo su edad más frecuente de presentación entre los 10 y los 20 años y en cuanto a la distribución según el sexo más frecuente en mujeres. Anatomopatológicamente la variante más encontrada fue el osteosarcoma primario clásico en su variante osteoblástica. La localización más frecuente fue en el fémur.

CONCLUSIONES

El osteosarcoma en nuestro medio afecta predominantemente al sexo femenino en contraste con la mayoría de estudios epidemiológicos realizados hasta el momento. Observamos además que la incidencia dentro de nuestra área es similar a la encontrada en otras publicaciones occidentales, si bien su presentación suele ser algo más tardía. Hemos visto también un aumento en la afectación del área craneofacial pese a que la localización más frecuente sigue siendo el fémur y un descenso en la incidencia de osteosarcomas secundarios.

CO-09

90 OSTEOSARCOMAS ESQUELÉTICOS. REVISIÓN DE 15 AÑOS (1988- 2003).

Carvalhais P, Casanova J, Laranjo A, Tavares P, Matos P.
Unidade de Tumores do Aparelho Locomotor, Serviço de Ortopedia, Hospitais da Universidade de Coimbra. Portugal.

INTRODUCCIÓN

En los pasados 15 años hemos tratado 90 osteosarcomas esqueléticos. Todos han sido sometidos al mismo protocolo (quimioterapia neoadyuvante + cirugía + quimioterapia adyuvante)

MATERIAL Y MÉTODOS

Se practicó un análisis retrospectivo. Edad media de los pacientes: 29,27 años (rango: 12- 76). 41 mujeres y 49 varones. La situación del tumor fue: axial en 13 casos (escápula: 1 y pelvis: 2) y 77 en extremidades: 12 en el miembro superior (húmero proximal, 7; distal, 2; radio proximal, 1; radio distal, 1 y mano, 1). 65 casos en el miembro inferior (fémur proximal, 6; distal, 32; tibia proximal, 17; distal, 2; peroné, 5; astrágalo, 1 y pie, 2).

El estadiaje MSTS: II-A en 2; II-B, 83 y III-B, 5 casos.

El 56,25% de los casos fueron sometidos a cirugía conservadora del miembro; 36,25% a amputación y en el 7,5% no se practicó cirugía.

RESULTADOS

41% han muerto como consecuencia de la enfermedad y un caso por leucemia; la media de supervivencia fue de 22 meses (rango: 1- 65). El 58% permanecían vivos, de los cuales 0.9 (4) AWD; 1,1% (5) NED y 56% (38) CDF. Del último grupo, el 11,8% superaban los 10 años de supervivencia y el 58,8% los 5 años.

Complicaciones debidas a la quimioterapia indujeron dos muertes (sepsis y ARF) y también, 1 CRF.

7 recurrencias locales (9,45%), que motivaron otras tantas amputaciones.

10 infecciones profundas (13,5%) que indujeron 4 amputaciones y 3 artrodesis.

29 pacientes desarrollaron metástasis pulmonares, 5 en el esqueleto y 2 en el cerebro.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El número y seguimiento de estas series son fiables. El número de pacientes con edades superiores a los 40 años y la inclusión en estas series de estadios III y localización axial condicionan significativamente los resultados. Las complicaciones son aceptables.

CO-10

MARCADORES MOLECULARES EN LA PREDICCIÓN DE RESULTADO EN PACIENTES CON OSTEOSARCOMA.

Casanova J[1], Reith JD[2], Scarborough MT[2], Enneking WF[2]
[1]*Department of Orthopaedics Hospitais da Universidade de Coimbra, Portugal*
[2]*Department of Orthopaedics and Rehabilitation Shands Teaching Hospital at University of Florida, Gainesville, Florida, U.S.A.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Marcadores moleculares relacionados con la supervivencia han sido estudiados en diversos tumores humanos, particularmente en carcinomas, pero su significado en pacientes con osteosarcoma es en su mayor parte desconocido. El propósito de este estudio fue determinar si hay una correlación entre su expresión y la tasa de pacientes libres de enfermedad y supervivencia en pacientes con osteosarcoma.

MATERIAL Y MÉTODOS

93 pacientes con osteosarcoma de grado IIB ubicados en torno a la rodilla (fémur distal y tibia proximal) fueron estudiados y divididos en dos grupos: 73 pacientes sometidos a cirugía y quimioterapia adyuvante y 20 pacientes sometidos a quimioterapia neoadyuvante y cirugía

Los tumores fueron evaluados con anticuerpos para Bcl-2, p53, Fas, FasL, CD44s, CD44v6, y P-glycoproteina usando métodos estándar avidin-biotin complejo.

La expresión de los diversos antígenos fue comparada estadísticamente para pacientes libres de enfermedad y tasa de supervivencia

RESULTADOS

Fas ($p < 0,05$) y CD44v6 ($p < 0,03$),fueron significativos y relacionados con al propósito del estudio; P-glycoproteina se aproximaba y los otros no eran significativos.

CONCLUSIONES

Fas parece tener una función “protectora” en el osteosarcoma, probablemente por la vía de la apoptosis .

Si bien CD44v6 fue identificada en solamente el 14% de los casos, su expresión se correlaciona con subsiguiente desarrollo de metástasis y muerte (11 de los 13 pacientes desarrollaron metástasis pulmonares y fallecieron. Si bien la P-glycoproteina no alcanzó valores significativos se mostraba una tendencia hacia la muerte en pacientes en los que se expresaba.

CO-11

ENCONDROMA vs CONDROSARCOMA EN EL ESQUELETO APENDICULAR. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN.

Amhaz Escanlar S[1], Domínguez Dorado P[1], Villalón Blanco J[2], Vázquez Calvete B[2]
[1]*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.*
[2]*Servicio de Radiología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.*

INTRODUCCIÓN
Los tumores de estirpe condral primarios constituyen un desafío diagnóstico debido a una continuidad tanto en el aspecto radiológico como histológico entre encondromas y condrosarcomas de bajo grado, así como entre condrosarcomas de bajo y alto grado.
Los condrosarcomas pueden mostrar diferentes grados de malignidad dentro del mismo tumor, lo que dificulta el diagnóstico del grado histológico. La diferenciación en estas lesiones limítrofes estará basada en la clínica y la radiología.
OBJETIVOS
Poner de manifiesto los criterios radiológicos y clínicos seguidos en nuestro centro para el diagnóstico de los tumores condrales.
MÉTODOS
Se revisan los casos de tumores de estirpe condral. Se seleccionan exclusivamente los del esqueleto apendicular. La inmensa mayoría de los tumores localizados en esqueleto axial son malignos, mientras que los localizados en los huesos de la mano son mayoritariamente malignos. Por ello estos dos grupos se excluyen.
Se revisa la historia clínica de los pacientes y las pruebas radiológicas realizadas (radiología convencional, TAC, RNM y gammagrafía).
Se aplican los criterios de Murphy para el diagnóstico diferencial entre benigno y maligno: erosión endostal, destrucción cortical, reacción perióstica, masa de partes blandas, calcificación de la matriz ósea, fractura patológica y depósito del trazador en la gammagrafía.
RESULTADOS
Estos criterios, sumados a la clínica del paciente, permiten el diagnóstico diferencial entre encondroma y condrosarcoma en al menos el 90% de los casos.
CONCLUSIONES
El conjunto de los datos clínicos, la localización de la lesión y los aspectos radiológicos, permiten diagnosticar correctamente las lesiones malignas de las malignas en la mayoría de casos.

CO-12

EPIDEMIOLOGÍA Y ASPECTOS CLINICOPATOLÓGICOS DEL CONDROSARCOMA.

Amhaz Escanlar S, Dominguez Dorado P, Baltar de la Riva A, Perez Abilleira S, Muñoz Ruiz A, Anta Martinez L.
Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

INTRODUCCIÓN
Se analizan los datos generales epidemiológicos del condrosarcoma y se comparan con los obtenidos en una serie de casos tratados en el CHU Santiago de Compostela
OBJETIVOS
Se pretende conocer la incidencia en la población de condrosarcomas y ver sus diferencias con respecto a los distintos factores epidemiológicos y compararlos con otros tumores óseos.
METODOS
Se han revisado un total de 17 casos de condrosarcoma tratados en nuestro servicio. Analizando los resultados radiológicos (radiografía, TC, RNM, Gammagrafia y PET) y de anatomía patológica (biopsia y pieza tumoral).
RESULTADOS
Se analizaron 17 casos. Obteniendo los datos de incidencia, localización, anatomía patológica, Se encontró discrepancia en 2 casos entre el diagnostico radiológico e histopatologico, lo que hizo variar el tratamiento inicial.
CONCLUSIONES
Los datos obtenidos en la serie son similares a los obtenidos por otros autores y que se recogen en la literatura. Se observó un aumento de la incidencia en pacientes mayores de 65 años y de variantes de alto grado.

CO-13

EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TUMORES PRIMITIVOS DEL HUESO EN EL ÁREA SANITARIA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Baltar M de La Riva A, Cons Lamas S, Sines Castro F, Pérez Abilleira S, Amhaz Escanlar S, Mandía Mancebo F, Couceiro Follente J, Varela Durán J.
CHUS (Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatológica, Servicio de Anatomía Patológica).

INTRODUCCIÓN
Los tumores primitivos del hueso son poco frecuentes.
En nuestro medio es desconocida la prevalencia de los diferentes tipos tumorales y los aspectos epidemiológicos asociados a ellos.
Objetivos: El objetivo de este estudio es conocer la frecuencia de afectación según el sexo y edad de presentación de los diferentes tipos tumorales en 411 casos tratados en nuestro servicio durante un periodo de 15 años.
MATERIAL Y MÉTODOS
El material de estudio se ha obtenido realizando una búsqueda en los archivos del Servicio de Anatomía Patológica del CHUS de las biopsias con el diagnóstico de osteocondroma ,condroma o encondroma, osteoma osteoide, osteoma, tumor de células gigantes u osteoclastoma ,osteoblastoma, condroblastoma , fibroma condromixoide, osteosarcoma ,condrosarcoma, sarcoma de ewing o tumor neuroectodérmico primitivo, histiocitoma fibroso maligno ,cordoma y sarcoma sinovial entre el 1 de enero de 1990 y el 31 de diciembre del 2005.
RESULTADOS Y CONCLUSIONES
La prevalencia de los diferentes tipos tumorales no difiere a grandes rasgos con la de otras series publicadas, aunque hemos encontrado una mayor frecuencia relativa de osteocondroma, histiocitoma fibroso maligno y cordoma respecto a otros autores.
El osteocondroma es el tumor primario del hueso mas frecuente en el conjunto de la población de nuestra área sanitaria y en los pacientes en edad pediátrica.
En pacientes de mas de 65 años la tasa de malignidad es elevada al haberse diagnosticado un sarcoma por cada tumor benigno.
En este grupo de edad los tumores primitivos del hueso mas prevalentes son los sarcomas habiéndose registrado igual frecuencia de presentación para osteosarcoma y condrosarcoma.

CO-14

TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS DEL RECESO LATERAL CON IMPLANTE INTERESPINOSO X-STOP.

Castro Menéndez M, López Otero C, Montero Viéites A, Huici Izco R, Pagazaurtundua Gómez S.
Hospital de Monforte de Lemos. Servicio de C.O.T.

INTRODUCCIÓN
La estenosis de canal lumbar es una de las patologías de la columna más frecuentes en los pacientes ancianos. El síntoma más frecuente es el dolor lumbar aunque el cardinal es la claudicación neurógena. Aunque el procedimiento Standard es la laminectomía descompresiva, se han desarrollado técnicas mínimamente invasivas con el fin de disminuir la morbimortalidad y el síndrome de la espalda fallida. Entre ellas se encuentran los dispositivos interespinosos cuya misión es aumentar el diámetro del canal espinal y de el foramen. Estudios in Vitro demuestran que el X-stop aumenta el tamaño del canal y del foramen, limita la extensión pero no afecta la flexión ni los movimientos laterales ni axiales de la columna. In vivo, se han publicado estudios dónde se obtiene una mejoría en la severidad de los síntomas y en el estado funcional.
OBJETIVO
Analizar si el implante interespinoso X-stop (SFMT Europe B.V) es una técnica segura y eficaz para el tratamiento de la estenosis del receso lateral.
MATERIAL Y MÉTODOS
Estudio longitudinal prospectivo de 12 pacientes diagnosticados de estenosis del receso lateral o foraminal y tratados con el implante interespinoso X-stop (SFMT Europe B.V.). Nuestra muestra es de 10 varones y 2 mujeres con una edad media de 73,6 años (65-81). El seguimiento medio de los pacientes es de 17,75 + 5,8 meses (12 - 30).
Se selecciona a pacientes mayores de 65 años con clínica de estenosis lumbar, con concordancia clínico-radiologica y tras fracaso de tratamiento conservador durante 6 meses
Se utiliza la escala analógica del dolor (EVA) para evaluar el dolor preoperatorio y postoperatorio. Para valorar el estado funcional se utiliza el indice de discapacidad de Oswestry (ODI) y la escala suiza de estenosis (SWiss Spinal Stenosis, SSS). Se realiza un cuestionario para valorar el grado subjetivo de satisfacción del paciente. En la revisión final se clasifica a los pacientes según los criterios modificados de Macnab.
Se realiza una consulta preoperatoria, al mes, a los 6 meses, al año y final.
RESULTADOS
Se intervino a 9 pacientes de 1 nivel y a 3 e dos niveles. El nivel más afectado fue L4-L5 (8.casos). El tiempo medio de intervención quirúrgica fue de 37,08 (+ 8,6) minutos y la estancia media postoperatoria de 3,08 (+ 0,7) días. En la consulta al mes, 6 meses, al año y final se consiguió una disminución del EVA lumbar y de MMII, siendo la disminución media del EVA lumbar final de 1,25 (+1,4) y del EVA MMII de 5,17(+2,0). El ODI preoperatorio era de 44,15 (+ 3,8) y el final de 16,66 (+9,04). El SSS medio preoperatorio era de 57,20 (+10,03) y el final 22,75 (+15,94). En el cuestionario de satisfacción obtuvimos un 75% de pacientes satisfechos con la operacional final del estudio. Utilizando los criterios modificados de Macnab, obtuvimos 66% de buenos resultados,17%, de regulares y 17% de malos.
CONCLUSIÓN
En pacientes seleccionados, el implante interespinoso x-stop es un método eficaz y seguro, y una alternativa de cirugía mínimamente invasiva para el tratamiento de la estenosis del receso lateral, sobre todo para el tratamiento de claudicación neurógena.

CO-15

OSTEOCONDROSIS DEL TUBÉRCULO DEL PUBIS: UNA NUEVA APOFISITIS NO DESCRITA HASTA LA FECHA.

Larrauri Puebla PM, Freire Abelleira C, Payola Lahoz J, Correa Gallego C, Barahona Aragüés F.
Servicio de COT. Hospital Povisa. Vigo.

INTRODUCCIÓN
Las osteocondrosis, antiguamente llamadas osteocondritis y también osteonecrosis del crecimiento, se ocasionan por una alteración local de la osificación endocondral, debido a excesiva tracción de estructuras tendinosas, sobrecarga mecánica o déficit vascular. Producen dolor y en algunos casos obligan a un diagnóstico diferencial con lesiones tumorales. A lo largo de los años se han llegado a describir más de 50 patologías de este tipo, diferenciadas por su localización anatómica y por sus peculiaridades; se suelen emplear para referirse a ellas nombres eponímicos (pej: Freiberg, Osgood Schlatter, Scheuermann). Suelen ser lesiones autolimitadas, pero en ciertos casos requieren tratamientos quirúrgicos.
OBJETIVOS
Se repasan brevemente las características etiopatogénicas de las osteocondrosis, y su clasificación en epifisarias, apofisarias, y fisarias. Se presenta una nueva osteocondrosis, localizada en el tubérculo del pubis, que no había sido descrita hasta la fecha.
MÉTODO Y RESULTADOS
Se presentan dos casos clínicos. El primero, una mujer que consultó, después del parto, por notar dos pequeños tumores dolorosos en ambos lados del pubis, con captación gammagráfica positiva e imágenes de hiperostosis localizada; el tratamiento fue conservador. El segundo caso fue similar, pero el dolor se mantuvo 2 años, por lo que se procedió a tratamiento quirúrgico. Se aplica en estos 2 casos la misma explicación etiopatogénica que en las osteocondrosis: los ligamentos inguinales se insertan en los tubérculos del pubis, pequeñas apófisis localizadas a ambos lados de la sínfisis pubiana; el aumento mantenido de la tracción que ejercen esos ligamentos durante el embarazo y parto, debido a la distensión abdominal y a las contracciones de los músculos de la pared abdominal, que se insertan en esos ligamentos, producen estímulos locales de la cóndro y osteogénesis, llegándose a formar una osteocondrosis.
CONCLUSIÓN
Una nueva osteocondrosis, de localización apofisaria en los tubérculos del pubis, debe añadirse a la lista de las existentes. Esta patología produciría dolor perineal en mujeres al final del embarazo o en el periodo post-parto. En la exploración, el dolor es selectivo en los tubérculos del pubis, y la gammagrafía ósea es positiva. Como la mayoría de las osteocondrosis, el tratamiento será conservador, esperándose mejoría una vez que ha desaparecido la causa de la excesiva tensión del ligamento inguinal en su inserción púbica.

CO-16

FRACTURAS PATOLÓGICAS POR ENFERMEDAD METASTÁSICA ÓSEA.

Correa Gallego C, Fernández Pereira T, Payola Lahoz J, Fernández Bran B, Álvarez Montero R, Troncoso Durán JR.
Servicio de Ortopedia y Traumatología, Povisa, Vigo

INTRODUCCIÓN
En la enfermedad metastásica destaca especialmente la de loca-

lización ósea, tercer órgano más frecuente de diseminación de metástasis tras el pulmón y el hígado. Las localizaciones óseas afectadas más frecuentemente son columna vertebral, miembro inferior(pelvis y fémur) y miembro superior(húmero).
Entre las neoplasias que más frecuentemente metastatizan a hueso destacan las de mama, próstata, pulmón, riñón o tiroides.
El dolor es el síntoma más frecuente de presentación clínica, caracterizado por ser constante, incluso nocturno, pudiendo exacerbarse en bipedestación y sin ceder en reposo.
No obstante, a veces el debut es una fractura patológica.
OBJETIVOS
En dicho estudio se evalúan los resultados obtenidos y las distintastécnicas quirúrgicas empleadas en el tratamiento de fracturas patológicas por lesiones metastásicas según las distintas localizaciones y durante un período de 5 años. Además, se destaca la relevancia de los diversos métodos diagnósticos(rx, gammagrafía ósea, TAC, RMN, PET y biopsia con estudio histológico) y del tratamiento con bifosfonatos y radioterapia como tratamiento antiálgico y preventivo de fracturas patológicas.
MATERIAL Y MÉTODO
Se realizó un estudio retrospectivo sobre 15 pacientes que presentaban fracturas patológicas por metástasis óseas tratadas entre 2003 y 2007.Se consideraron las variables de edad, sexo, tumor primario y tratamiento de éste, localización de la fractura y cirugía realizada, complicaciones y estado funcional al alta.
RESULTADOS
Se identificaron 17 fracturas en 15 pacientes con edad media de 65 años. El tumor primario más frecuente fue el de mama, seguido del de próstata.
Se optó por un tratamiento quirúrgico en la mayoría de ellas(a excepción de algún caso de
fractura-acuñamiento vertebral tratado de forma ortopédica) además de los bifosfonatos, radioterapia, quimioterapia, inmunoterapia y hormonoterapia. Su uso combinado aumenta las posibilidades de éxito. Los más empleados en el tratamiento específico de las metástasis óseas son los bifosfonatos, la radioterapia y la cirugía.
La infección, sobre todo respiratoria, fue la complicación más frecuente, derivada de la inmunodepresión causada por el tratamiento.
CONCLUSIONES
La existencia de fracturas patológicas empeora el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes con neoplasias malignas. No obstante, la combinación de los diversos tratamientos consigue aumentar la supervivencia de estos pacientes, aliviando además la clínica secundaria a dichas fracturas y permitiendo la recuperación de la capacidad funcional previa.

CO-17

SCHWANNOMAS EN MIEMBROS SUPERIORES.

Payola Lahoz J, Correa Gallego C, Fernández Bran B, Álvarez Montero R, Troncoso Durán JR.
Hospital Policlínico de Vigo (POVISA). Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

INTRODUCCIÓN
El schwannoma o neurilemoma es un tumor de las vainas de los nervios periféricos que tiene su origen en las células de Schwann. Aún cuando es el schwannoma el más frecuente de estos tumores de nervio periférico, su prevalencia absoluta es baja.
Constituye una masa que compromete los fascículos de los nervios comprimiéndolos y englobándolos, siendo susceptible de desencadenar signos deficitarios tanto a nivel motor como sensitivo (parestesias, disestesias, signo del Tinnel).
OBJETIVOS
Con este estudio retrospectivo pretendemos valorar la ubicación de estos tumores neurogénicos en los distintos nervios y sus niveles respectivos en los miembros superiores para extraer posibles correlaciones con sus manifestaciones clínicas.
MÉTODOS
Analizamos 15 casos de schwannomas intervenidos quirúrgicamente en nuestra institución en los últimos 10 años, de localización en los nervios de los miembros superiores o en sus plexos de origen.
Desde el punto de vista clínico se valora la afectación sensitiva y motora, así como la presencia de bultoma.
Respecto la topografía atendemos al nervio comprometido (o al tronco del plexo), y al nivel en que asienta el tumor.
La cirugía ha consistido siempre en la exéresis de la neoplasia respetando los fascículos no englobados y susceptibles de liberación.
En todos ellos se practica estudios histopatológico e imunohistoquímico post-quirúrgicos para su correcta identificación, excluyendo todas las otras entidades.
RESULTADOS
Observamos una mayor incidencia en varones, afectando generalmente a individuos en edades entre 20 y 50 años.
A nivel de los miembros superiores ofrecen una evidente predilección topográfica por los planos de flexión, tanto del codo como del antebrazo distal. Los nervios con mayor frecuencia afectados son el nervio mediano y el nervio cubital.
Todos los casos presentaron el bultoma como signo, puesto que la gran mayoría de individuos permanecía asintomático. Precisamente, son los localizados a nivel del codo y antebrazo proximal los más sintomáticos.
En todos los casos se realizan pruebas y test pre-quirúrgicos que sugieren dicho tumor en la gran mayoría de los casos.
CONCLUSIONES
Los schwannomas ofrecen una escasa incidencia en el cómputo total de tumores de partes blandas.
-Es más frecuente en varones de entre 20 y 50 años.
-Más frecuente a nivel de los planos de flexión del miembro superior.
-La gran mayoría son correctamente diagnosticados de forma pre-quirúrgica mediante la RMN.
-El inmunofenotipo viene dado por la positividad para S-100 y Vimentina , presentando un estudio anatomo-patológico característico.

CO-18

PRECISIÓN Y UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA AGUJA DE BIOPSIA BAJO CONTROL CT EN LAS NEOPLASIAS MIOESQUELÉTICAS.

Carvalhais P, Matos P, Casanova J, Laranjo A, Alves F, Garcia H.
Unidade de Tumores do Aparelho Locomotor, Serviço de Ortopedia, Hospitais da Universidade de Coimbra. Portugal.

INTRODUCCIÓN
La aguja de biopsia bajo guía CT en los tumores mioesqueléticos puede ser practicada con rapidez bajo anestesia local sin apenas disconfort para el paciente. Juega un importante papel en el diagnóstico y planificación terapéutica de pacientes afectos de tumores musculoesqueléticos.

OBJETIVOS
El propósito de nuestro estudio fue confirmar la eficacia y precisión de la biopsia guiada mediante CT en los tumores musculoesqueléticos con respecto a su situación anatómica e histología.
MATERIAL Y MÉTODOS
Durante un período de nueve años (enero 1998 A diciembre 2006), se practicaron 859 biopsias bajo guía CT en pacientes con lesiones musculoesqueléticas, óseas y de tejidos blandos. Para juzgar la precisión de este procedimiento hemos comparado el diagnóstico de la biopsia con el diagnóstico final, así como decidir el tratamiento de la lesión. También fue considerado el numero de biopsias precisadas para un diagnóstico definitivo.
RESULTADOS
La biopsia por punción guiada por CT tiene una tasa de precisión del 89% (764/859).Discordancias diagnósticas fueron encontradas en el 4% (35/ 859) y resultado inconcluso (no diagnóstico o especimenes insuficientes) fueron encontrados en el 7% (60/ 859) de los casos . Los niveles de precisión para lesiones benignas, primarias malignas y metástasis fue del 91% , 82% y 98 % respectivamente . La pelvis ofrece la mejor especificidad diagnóstica (99 %) y el miembro superior la peor (93 %). Nosotros encontramos una mayor precisión diagnóstica en las lesiones de los tejidos blandos comparadas con las lesiones del hueso.
En cuanto a la histología el diagnóstico de las metástasis fue más preciso que el de las lesiones primarias malignas y benignas.
No observamos mayores complicaciones relacionadas con la técnica.
CONCLUSIONES
La biopsia por punción guiada mediante CT en los tumores musculoesqueléticos es un procedimiento válido, seguro y eficaz , importante para el diagnóstico y consideración global de la enfermedad si es practicado por un equipo multidisciplinar de clínicos, patólogos y radiólogos expertos.

CO-19

UTILIDAD DEL FIJADOR EXTERNO EN LA PATOLOGÍA TUMORAL INFANTIL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Miragaya López P, López Alameda S, de la Fuente González C, Castro Torre M, González Herranz, P.
Sección de COT Infantil del Hospital Teresa Herrera de A Coruña.

INTRODUCCIÓN
Los tumores óseos malignos suelen suponer un verdadero reto terapéutico para el ortopeda infantil, ya que con frecuencia la agresividad quirúrgica necesaria arremete no sólo contra la lesión sino también contra el crecimiento y desarrollo normal del sistema musculoesquelético. El ideal a lograr incluye, además de la primordial supervivencia del paciente, la conservación del miembro afecto, tanto en su longitud y características mecánicas como en su funcionalidad.
OBJETIVOS
Sirviéndonos de un caso clínico de nuestro Servicio, se pretenden mostrar las múltiples ayudas que la fijación externa nos ofrece ante la patología tumoral ósea y/o sus complicaciones.
MÉTODOS Y RESULTADOS
Se analiza el caso de un varón diagnosticado en 1999, con diez años de edad, de osteosarcoma en metáfisis distal de fémur izquierdo sin lesiones metastásicas asociadas. En inicio, el niño fue tratado mediante quimioterapia, distracción fisaria con fijador externo mediante técnica de Cañadell, exéresis amplia, aloinjerto óseo y fijación interna con placa. La evolución fue satisfactoria desde el punto de vista oncológico pero tórpida desde el ortopédico. Se establece un foco de seudoartrosis entre el hueso sano distal y el injerto que deriva en un fracaso de la osteosíntesis y un genuvalgo severo. Se retira la placa y se elimina el foco seudoartrósico, usando de nuevo la fijación externa monolateral para corregir el defecto segmentario mediante transporte óseo. En un tercer momento, a punto de concluir en la actualidad, se recurre de nuevo al osteotaxo para corregir la moderada dismetría observada al final del crecimiento del niño.
CONCLUSIONES
La actual combinación de agentes quimioterápicos y cirugía ha incrementado significativamente la tasa de curación y supervivencia del osteosarcoma. La supervivencia a los 5 años ha aumentado del 10 al 70% en las últimas tres décadas, mejorando incluso en los terribles casos con metástasis al diagnóstico que han alcanzado supervivencias del 30% en algunas series. La mejoría a este nivel repercute directamente en la exigencia al cirujano, quien debe esforzarse en mejorar el resultado mecánico, estético y funcional. Un arma poderosa en este sentido es el fijador externo, que ofrece la versatilidad suficiente para afrontar satisfactoriamente problemas como la proximidad del tumor a la fisis, defectos óseos importantes o acortamientos de extremidades.

CO-20

SARCOMA DE EWING. ANÁLISIS DE 45 CASOS TRATADOS EN LA MISMA INSTITUCIÓN.

Casanova J, Herraez S, Laranjo A, Tavares P, Garcia H.
Unidade de Tumores do Aparelho Locomotor, Serviço de Ortopedia, Hospitais da Universidade de Coimbra. Portugal.

Nosotros presentamos en este estudio 45 pacientes con Sarcoma de Ewing diagnosticados entre 1994 y 2006.
La edad media de los pacientes fue de 25,4 años (rango: 13-68), con predominio de varones (62%).
El dolor y el abultamiento de partes blandas fueron los síntomas más comunes.
Los pacientes incluidos en este estudio tienen un seguimiento de 101 meses (rango: 6-146), y fueron estadísticamente estudiados por el SPSS-13,usando regresión Cox y curvas de supervivencia de Kaplan-Meyer.
82,2% (37 casos) de los pacientes tenían lesiones, óseas, significativamente predominantes en las extremidades (53,3%) respecto al esqueleto axial (46,7 %).
La localización pélvica fue la más común (12 pacientes).
El 82% de los casos eran de grado IIB.
22 pacientes (49%) desarrollaron metástasis principalmente localizadas en el pulmón (21 lesiones).Todos los pacientes fueron diagnosticados definitivamente mediante biopsia.
Su tratamiento se basó en quimioterapia como modalidad terapéutica sistémica, complementada con cirugía en 60% como medida de control loco-regional de la enfermedad.
13 pacientes (43%) fueron sometidos a radioterapia preoperatorio y 17 (57%) a radiación postoperatoria a las 6 semanas.
55% de los pacientes fueron sometidos a las tres modalidades terapéuticas.
La tasa de supervivencia para estos pacientes es del 47% (21 pacientes) con un nivel de mortalidad del 53% (24 pacientes).
La localización esquelética axial, edad por encima de los 40 años, grado III en el diagnóstico histológico y tasa de necrosis inducida por la quimioterapia por debajo del 95% son factores que afectan negativamente a los pacientes de sarcoma de Ewing.

CO-21

ALOINJERTOS ESTRUCTURALES EN LA CIRUGIA DEL TUMOR DE CELULAS GIGANTES.

Pérez Abilleira S, Amhaz Escanlar S, Anta Martínez L, Muñoz Ruiz A, Castro Miguez B.
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

INTRODUCCIÓN
El tumor de células gigantes es una lesión neoplásica de bajo grado que casi siempre aparece en la región epifisaria o metafisaria de un hueso largo. Supone aproximadamente el 19 % de tumores benignos del hueso y el 9 % de todos los tumores primarios del hueso y suele afectar a adultos jóvenes, y que se localiza en más del 50% de los casos en la rodilla. La forma de presentación más frecuente es el dolor sin una fractura patológica obvia. Radiológicamente se presenta como una lesión lítica, y el diagnóstico se establece mediante biopsia, que permite observar las células gigantes, similares a osteoclastos, que constituyen el dato histológico esencial. Es un tumor benigno, pero agresivo localmente, que puede malignizarse (sobre todo tras irradiación) e incluso dar lugar a metástasis pulmonares. El tratamiento es controvertido. La tasa de recidiva después de curetaje con o sin injerto es del 15% al 60%, y por ello se han propuesto medidas coadyuvantes como la crioterapia con nitrógeno liquido, la utilización de cemento (polimetil metacrilato), la cauterización con fenol al 5% y alcohol al 70%, etc. Cuando compromete una articulación suele ser preciso la resección en bloque asociada a técnicas reconstructivas como aloinjertos o implantes protésicos.
OBJETIVO
Evaluar los resultados a largo plazo de la aplicación de la técnica de resección más aloinjerto osteocondral para el tratamiento de Tumores de células gigantes en la región de la rodilla.
MÉTODOS
Presentamos cuatro casos de tumores de células gigantes localizados en la rodilla tratados en nuestro servicio mediante resección amplia y reconstrucción con aloinjertos osteocondrales, acompañada en uno de los casos de cauterización con fenol.
RESULTADOS Y CONCLUSIONES
Encontramos resultados satisfactorios tanto clínica como funcionalmente en todos los casos. Con estos datos podríamos afirmar que la resección amplia, asociada a aloinjertos osteocondrales es una técnica que puede aportar buenos resultados en el tratamiento de los tumores de células gigantes en la región de la rodilla.
Importante destacar que los márgenes de resección deben ser suficientemente amplios para evitar recidivas locales.

CO-22

ANALISIS DE 26 CASOS DE TUMORES ÓSEOS PRIMARIOS LOCALIZADOS EN EL SACRO.

Casanova J, Laranjo A, Carvalhais P, Furtado E, Freire M, Tavares P.
Unidade de Tumores do Aparelho Locomotor, Serviço de Ortopedia, Hospitais da Universidade de Coimbra. Portugal.

En los 12 últimos años la localización sacra fue sede de 4 tumores benignos: 2 GCT, 1 ABC y 1 osteoblastoma - y 22 tumores malignos: 8 cordomas, 5 plasmocitomas, 4 sarcomas de Ewing, 2 condrosarcomas, 1 osteosarcoma, 1 sarcoma de células claras y 1 sarcoma epitelioide.
Los datos fueros agrupados por edad, sexo, seguimiento medio, localización en el hueso sacro, tratamiento y sus modalidades, complicaciones y tasa de supervivencia.
La edad media fue de 42 años, prevalencia de mujeres, seguimiento medio de 7,2 años, 19 localizaciones incluyen S1 y S2, 7 S3 o debajo de Radiación y quimioterapia fueron el tratamiento en 10 pacientes y cirugía con o sin tratamiento adyuvante en 16.
Se presentaron complicaciones en 6 pacientes sometidos a cirugía.
16 pacientes viven y 10 han muerto a causa de la enfermedad.
También se analizaron las entidades histológicas siendo comparadas con nuestras series del mismo diagnóstico.
Se practicaron, dentro de las técnicas quirúrgicas 7 amputaciones sacras altas y 9 bajas. Dentro de las altas se estudian datos en relación con el sangrado, tiempo de cirugía, tipo de resección, situación neurológica, complicaciones y recurrencias. Fueron practicados 5 colgajos de recto abdominal.
La tasa de recurrencia local fue del 38%.
Concluimos diciendo que las localizaciones sacras de estas lesiones son raras, debiendo ser tratadas por un equipo experimentado. También opinamos que debe esperarse un alto nivel de recurrencia y una significativa tasa de complicaciones.

CO-23

CIRUGIA DE LOS SARCOMAS PULMONARES METASTÁTICOS.

Carvalhais P, Balacó I, Casanova J, Tavares P, Garcia H, Laranjo A.
Unidade de Tumores do Aparelho Locomotor, Serviço de Ortopedia, Hospitais da Universidade de Coimbra. Portugal.

En los últimos doce años fueron tratados por nuestra Unidad de Oncología Ortopédica 172 sarcomas óseos y 126 sarcomas de tejidos blandos. 49 pacientes (16,5%) respondían a los criterios para la resección de la metástasis pulmonar, 25 varones (55%) y 22 mujeres (45%); edad media 28,8 años (rango 12- 71).
La histología de los tumores primarios correspondió en 33 casos a tumores óseos (67%): 17 osteosarcomas, 8 sarcomas de Ewing, 3 histiocitomas fibrosos malignos (MFH) y un tumor de células gigantes - y 16 casos (23%) a tumores de partes blandas: 5 sarcomas sinoviales, 3 schwannoma y MFH, 2 leiomiosarcoma y liposarcoma y 1 rabdomiosarcoma. De todos éstos, 8 (17,8%) manifestaban la metástasis al inicio.
El tratamiento incluyó resección quirúrgica de las lesiones secundarias y quimioterapia.
Las metástasis pulmonares fueron bilaterales en 20 casos (41%) y unilaterales en 29 casos (59%). El rango del número de metástasis fue de uno a 24 y las lesiones quirúrgicas en cada paciente de una a ocho.
El tiempo medio de supervivencia libre de enfermedad en los pacientes sin metástasis al inicio fue de 17,8 m (rango 2-88). De este grupo de pacientes 25 (51%) han muerto y 24 (49%) sobreviven (seguimiento 42 meses; rango 12- 120 meses), de los cuales en 14 no hay evidencia de enfermedad, mientras 10 viven con enfermedad.
Los autores realizan un análisis estadístico relacionando la supervivencia con la recurrencia local y la tasa de necrosis en el espécimen quirúrgico.

CO-24

INJERTOS ÓSEOS VASCULARIZADOS EN LA PSEUDOARTROSIS DEL ESCAFOIDES CARPIANO.

Celester Barreiro G, Cano Obregón F, Castro Río A, Seoane Freijido JL.
Hospital Modelo (Cirugía de la Mano). Mutua La Fraternidad. A Coruña.

INTRODUCCIÓN
El tratamiento de las pseudoartrosis del escafoides con injerto

óseo vascularizado está indicado para aquellos casos con mal pronóstico por el mal estado de los fragmentos (desvitalizados, con amplias geodas, etc.) la localización de la fractura o tras fracasos quirúrgicos previos.
OBJETIVO
Revisar el resultado de las pseudoartrosis de escafoides carpianos operados por nosotros con esta técnica.
MATERIAL Y MÉTODO
Desde diciembre de 2.004 hasta el 31 de enero de 2.008 hemos operado un total de 9 pacientes con pseudoartrosis del escafoides de mal pronóstico. La técnica se indicó por el mal estado vascular de los fragmentos, la localización del foco en el polo proximal o tras el fracaso de intervenciones convencionales previas (Matti-Russe). Todos los casos fueron intervenidos por el mismo cirujano.
De los 9 pacientes, 8 eran hombres y 1 mujer. Las edades oscilaron entre 24 y 39 años, con una media de 30,2 años. En 6 casos estaba afectado el lado derecho y en 3 el izquierdo. Todos los pacientes eran diestros.
RESULTADOS
En los primeros 6 casos se consiguió la consolidación y el período de baja laboral tras la intervención fue de 22,2 semanas. Los 3 restantes continúan actualmente en tratamiento; se tendrá el resultado en el momento de la presentación.
Hemos tenido complicaciones y/o errores de técnica en 3 casos: en 2 el injerto estaba algo extrudido y un tornillo interfragmentario tenía un tamaño inapropiado.
CONCLUSIONES
El tratamiento de la pseudoartrosis del escafoides mediante aporte de hueso corticoesponjoso vascularizado nos parece una excelente solución para los casos de mal pronóstico, incluso para aquéllos de SNAC en fases iniciales como último intento para salvar el escafoides cuando se duda en realizar otras técnicas más agresivas (4 esquinas, artrodesis radiocarpiana, etc.)

CO-25

TRATAMIENTO DE LA PSEUDOARTROSIS DE ESCAFOIDES CON INJERTO ÓSEO VASCULARIZADO.

Sanmartín Fernández M, Franco Castro F, Alvarez Montero R, Posadilla Casquete P.
Hospital Povisa - Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

INTRODUCCIÓN
Los injertos óseos vascularizados de la cara palmar del radio son una alternativa útil para la solución de pseudoartrosis del escafoides con o sin necrosis avascular del fragmento proximal.
OBJETIVOS
Evaluar los resultados y la tasa de consolidación en tres pacientes sometidos a reconstrucción con injerto vascularizado palmar del radio distal y osteosíntesis con agujas y/o tornillos.
MATERIAL Y MÉTODOS
Cuatro pacientes con pseudoartrosis tipo IIA, IIB y IIIA de la clasificación de Alnot con tiempo de evolución promedio de 14 meses fueron intervenidos por abordaje palmar para reconstrucción con injerto vascularizado del radio distal basado en la arteria epifisaria palmar carpal según la técnica descrita por Kuhlmann et al. (1987) y Mathoulin y Haerle (1998). La osteosíntesis fue realizada con 2 agujas de Kirscnher de 1 mm excepto en 1 caso en que la fijación fue obtenida con 1 tornillo y 1 aguja. Dos pacientes tenían necrosis avascular del polo proximal. Un paciente fue excluido porque el procedimiento se complicó con rotura del pedículo vascular durante la osteosíntesis. Los tres pacientes restantes fueron estudiados valorando los siguientes parámetros pre- y postoperatorios: DASH, movilidad de la muñeca (flexión, extensión, desviación radial y cubital) y la fuerza de puño. Todos los pacientes realizaron una RMN preoperatoria y un TAC entre 2 y 3 meses después del procedimiento para evaluar la consolidación. El tiempo de seguimiento medio fue de 37 semanas (18, 37 y 55 semanas)
RESULTADOS
Todas las fracturas consolidaron en tiempo inferior a 3 meses de seguimiento. Dos de los pacientes presentaban dolor a los esfuerzos en la última consulta. Tres pacientes mejoraron la fuerza de puño tras la intervención comparada con la fuerza medida antes de la intervención. No hubo alteraciones importantes con respecto a la movilidad de la muñeca excepto en un paciente en que la flexión era del 42% de la preoperatoria tras 37 semanas de seguimiento. Este paciente tenía signos de artrosis entre el radio y el polo proximal del escafoides preoperatoria y evolucionó con disminución progresiva del espacio articular.
CONCLUSIONES
La técnica resultó en 100% de consolidación en tiempo inferior a 3 meses de evolución. Hubo recuperación de la fuerza de puño y de la movilidad preoperatoria en todos los pacientes estudiados excepto en 1 en que la flexión estaba limitada a 42% de la preoperatoria. La presencia de necrosis avascular no fue un factor determinante de mal resultado.

CO-26

LESIONES DE LA C.C.I. POR FLEXIÓN DISTRACCIÓN. ¿ARTRODESIS ANTERIOR?.

Fernández Santás T, López Paz M, Trobajo de las Matas JE.
Hospital Arquitecto Marcide - Profesor Novoa Santos (Ferrol). Servicio de Traumatología.

INTRODUCCIÓN
Las lesiones de la columna cervical inferior por flexión distracción son originadas por un mecanismo de hiperflexión de la misma. Inicialmente se lesionan las estructuras posteriores asociándose fracturas-luxaciones facetarias. Todo ello conlleva en elevado potencial de inestabilidad que va a requerir un tratamiento quirúrgico.
Hoy en día existen diversas tendencias en cuanto al tipo de abordaje en estas lesiones. Algunos autores defienden que en aquellas lesiones con afectación de elementos anteriores será preciso un abordaje anterior , y en aquellas lesiones con afectación de elementos posteriores un abordaje posterior.
La decisión va a depender fundamentalmente de la experiencia del cirujano.
MATERIAL Y MÉTODO
Se presentan dos casos de lesión cervical traumática por flexión distracción.
El caso numero uno es una mujer de 64 años que presenta focalidad traumática a nivel cervical y tetraparesia , que ha ido recuperando en el momento de la urgencia. Las radiografías inciales no muestran afectación de la columna cervical. Pero en controles posteriores se observa una luxación anterior de C4-C5.
El caso número dos es un varón de 36 años que sufre una agresión, acudiendo a urgencias por dolor cervical con una exploración neurológica normal. Las radiografías iniciales muestran una luxación anterior de C5-C6 .
Inicialmente en ambos casos se opta por tratamiento conservador. El caso nº1 es inmovilizado con corsé tipo Somi , mientras que el caso nº 2 se inmoviliza con un Halo-Jacket.
En los controles evolutivos de ambos pacientes se observa una pérdida de reducción de la lesión, por lo que se decide tratamiento quirúrgico. Se realiza artrodesis anterior intersomática con placa e injerto autólogo (de cresta iliaca) en ambos casos.

RESULTADOS
En caso nº 1 los controles clínicos y radiológicos a las dos semanas y a las 6 semanas son correctos con evidencia de consolidación y estabilidad de la síntesis.
En caso nº 2 en el control radiográfico a la tercera semana se observa una inestabilidad de los niveles afectos con pérdida de reducción por lo se procede a nueva artrodesis C5-C6 anterior con placa y osteosíntesis posterior con un sistema de barras y tornillos fijados en masas laterales. Los controles posquirúrgicos y a las 6 semanas muestran correcta alineación y estabilidad de la síntesis.
CONCLUSIONES
Las lesiones por flexión distracción son unas lesiones potencialmente inestables que van a requerir de un tratamiento quirúrgico.
En la actualidad el abordaje anterior es utilizado con mucha frecuencia, incluso en presencia de lesión de las estructuras posteriores siendo la indicación preferente del abordaje posterior la luxación o fractura-luxación -facetaria que no se puede reducir por métodos cerrados antes de la cirugía.
En cualquier caso , la decisión va a depender de la experiencia del cirujano.

CO-27

COLGAJOS HOMODIGITALES TRIANGULARES DE AVANCE PARA COBERTURA DE AMPUTACIONES EN LA EXTREMIDAD DE LOS DEDOS.

Sanmartín Fernández M, Posadilla Casquete P, Diz de Brito M, Álvarez Montero R.
Hospital Povisa - Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

INTRODUCCIÓN
Colgajos homodigitales de avance son importantes por su capacidad de reemplazar la extremidad de un dedo amputado con tejido e inervación similar mientras mantienen la longitud al nivel de la amputación.
OBJETIVOS
Los autores describen su experiencia con el colgajo triangular descrito por Venkataswami y Subramanian para cobertura de urgencia en extremidades dístales de dedos amputados con exposición ósea.
MATERIAL Y MÉTODOS
Desde junio de 2006 a julio de 2007 nueve colgajos homodigitales de avance fueron realizados en 7 pacientes con edad media de 30 años. El tiempo de seguimiento medio fue de 17 semanas. Supervivencia, complicaciones, tiempo de cicatrización, discriminación de 2 puntos, presencia y nivel de dolor en reposo y a la presión según la escala visual analógica (EVA), grado de satisfacción con el resultado final y movilidad de las articulaciones interfalángica proximal y distal fueron las variables analizadas.
RESULTADOS
Todos los colgajos sobrevivieron. Un paciente evolucionó con epidermolisis por una congestión venosa inicial que mejoró tras la retirada de algunos puntos. Otro paciente presentó un sufrimiento en la zona distal del colgajo por isquemia que retrasó la cicatrización a 4 semanas de postoperatorio. El tiempo de cicatrización medio fue de 3,1 semanas. La media de la discriminación de 2 puntos fue de 6 mm (1,5 veces la de los dedos no afectados de la misma extremidad). Ningún paciente evolucionó con dolor en reposo o intolerancia al frío. Dos pacientes, con dos dedos afectados cada uno, presentaban dolor a la presión en la (1/10 y 7/10 por la EVA). La flexión media de la IFD e IFP fueron respectivamente de 49 y 105 grados. No hubo contracturas en flexión en ninguno de los dedos amputados. Tres extremidades presentaban el nivel de amputación cerca de la articulación IFD y por tanto tenían grado de movilidad mínima en esta articulación.
CONCLUSIÓN
En los pacientes estudiados el colgajo homodigital de avance por demostró ser una alternativa fiable y con pocas complicaciones. La recuperación de la sensibilidad medida por la discriminación de 2 puntos fue superior a la de otras opciones de cobertura descritas en la literatura.

CO-28

ARTROPLASTIA DE INTERPOSICIÓN-SUSPENSIÓN (BURTON-PELLEGRINI) EN EL TRATAMIENTO DE LA RIZARTROSIS.

Quinteiro Antolín T, Fontao Fernández L, Castellano Romero I, Yánez Calvo J.
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. H. Meixoeiro.

INTRODUCCIÓN
La artroplastia de interposición-suspensión de Burton-Pellegrini es una de las posibles opciones de tratamiento para la rizartrosis. Nuestro estudio recoge 15 casos de esta técnica realizados en nuestro servicio.
OBJETIVOS
Evaluar los resultados clínicos y radiológicos obtenidos en nuestro servicio tras la intervención de rizartrosis utilizando la artroplastia de Burton-Pellegrini y compararlos con los de la literatura actual.
MATERIAL Y MÉTODOS
Se recogen los resultados clínicos y radiológicos del tratamiento quirúrgico de 15 pacientes con artrosis trapecio-metacarpiana obtenidos por medio de artroplastia de suspensión-interposición con FCR según técnica de Burton-Pellegrini entre los años 2000 y 2007 ambos inclusive.
La edad media de nuestros pacientes ha sido de 59,26 años (47-68) en el momento de la cirugía, una estancia media intrahospitalaria de 3,26 días (1-7), y un seguimiento medio de 7,8 meses. Todos los pacientes fueron mujeres y se les intervino la muñeca derecha a 7 y a 8 la izquierda, manifestando importante mejoría clínica todas ellas.
Se ha evaluado el dolor residual por medio de la escala VAS y se ha utilizado la escala DASH para valorar la mejoría funcional.
Para el estudio de los resultados objetivos se han tenido en cuenta la fuerza del puño, la fuerza de la pinza y la movilidad del pulgar, utilizando dinamómetros homologados y comparando con la mano contralateral.
Desde el punto de vista radiológico se ha controlado la altura postoperatoria del espacio carpo-metacarpiano residual.
RESULTADOS
Presentamos nuestros resultados clínicos, funcionales y radiológicos, que son similares a los de otros estudios del mismo tipo.
CONCLUSIONES
La mejoría clínico-funcional que se consigue con esta técnica la convierte en una buena opción para el tratamiento de la rizartrosis en pacientes de baja demanda funcional.

CO-29

RESULTADO DE LA DESCOMPRESIÓN DEL TUNEL CARPIANO EN PACIENTES MAYORES.

Sanmartín Fernández M, Franco Castro F, Barahona F, Larrauri Puebla P.
Hospital Povisa - Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

INTRODUCCIÓN
La edad del paciente es un factor pronóstico adverso en la recuperación tras la descompresión del nervio mediano en individuos con síndrome del túnel del carpo.

OBJETIVOS
Comprobar la hipótesis de que el resultado de la descompresión del túnel carpiano en pacientes mayores de 65 años produce resultados insatisfactorios.
MATERIAL Y MÉTODOS
Estudio prospectivo en diez manos de nueve pacientes mayores de 66 años para determinar los resultados subjetivos y objetivos de la descompresión del túnel carpiano. Parámetros objetivos (discriminación de 2 puntos, prueba de los monofilamentos de Semmes-Weinstein y fuerza de puño) y subjetivos (cuestionario de síntomas y funcional de Levine) fueron medidos antes de la intervención y en el postoperatorio final. Los estudios de conducción nerviosa, la presencia de atrofia tenar y la fuerza de oposición, medidos antes de la intervención, fueron correlacionados con los parámetros postoperatorios finales para determinar su valor pronóstico. El tiempo de seguimiento medio fue de 21,8 semanas.
RESULTADOS
Diez de las nueve extremidades en estudio mejoraron sus parámetros postoperatorios con respecto a los preoperatorios. Ocho de los nueve pacientes están satisfechos con los resultados de la intervención. Un paciente presentó empeoramiento súbito tras un esfuerzo cuatro semanas después del procedimiento. Las molestias, que son compatibles con tenosinovitis de los flexores de los dedos, persistían en menor grado en la evaluación final. Otro paciente evolucionó con persistencia de los síntomas preoperatorios y empeoramiento progresivo. Este paciente fue diagnosticado posteriormente de radiculopatía cervical C5-C6 y no presentó mejoría con respecto a los estudios de conducción nerviosa en la zona del túnel carpiano.
CONCLUSIÓN
La edad de un paciente con síndrome del túnel carpiano no debe se considerada como un impedimento para el tratamiento quirúrgico. Todos los parámetros objetivos y subjetivos postoperatorios mejoraron con relación a los preoperatorios en 9 de las 10 extremidades estudiadas. Los estudios electrofisiológicos, la fuerza de oposición y la atrofia tenar no se correlacionaron con el resultado final y no podrían haber sido utilizados como factores pronósticos en pacientes mayores de 65 años.

CO-30

RESULTADOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN PACIENTES CON CONTRACTURAS DE DUPUYTREN GRAVES.

Sanmartín Fernández M, Freire Abelleira C, Larrauri Puebla P, Barahona F, Troncoso Durán E.
Hospital Povisa, Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

INTRODUCCIÓN
La técnica quirúrgica más utilizada por el cirujano de mano para el tratamiento de la contractura de Dupuytren es la fasciectomía palmar selectiva. Este procedimiento puede llegar a tener una tasa de complicaciones tan alta como 19%.
Objetivo: Describir los resultados y complicaciones del tratamiento de pacientes con contractura de Dupuytren grados 3 y 4 por la clasificación de Tubiana.
MÉTODOS
Un total de 20 dígitos en 15 pacientes con contractura de Dupuytren grados 3 y 4 fueron intervenidos entre julio de 2006 y diciembre de 2007. Once dígitos presentaban contractura grado 3 y 9 dígitos grado 4. El déficit de Extensión Pasiva Total (EPT) preoperatorio fue comparado con el del postoperatorio final tras un tiempo de seguimiento medio de 18 semanas. Se describen las complicaciones y el grado de satisfacción de los pacientes según la escala visual analógica.
RESULTADOS
El déficit de EPT pasó de 101 (preoperatorio) a 20 grados (postoperatorio) en el grado 3 y de 165 (preoperatorio) a 20 grados (postoperatorio) en el grado 4. El grado de satisfacción medio con la cirugía fue de 9,91 para el grado 3 y de 9,63 para el grado 4. Dos arterias colaterales digitales en 2 dígitos de dos pacientes y un nervio colateral digital en 1 dígito fueron lesionados durante el procedimiento y reparados tras el fin de la fasciectomía. Tres pacientes evolucionaron con necrosis de uno de los colgajos creados por las zetaplastias realizadas para cerrar las heridas. Las heridas cicatrizaron por segunda intención. Un paciente presentó infección un mes después del procedimiento que resultó en pérdida del injerto de piel y necesidad de un segundo procedimiento para cobertura de la herida. Una paciente, en la cual se asoció el procedimiento de Fowler para corrección de dedos en cuello de cisne, evolucionó con rigidez en las articulaciones interfalángicas proximales por contractura del extensor en el cuarto y quinto dedos.
CONCLUSIONES
La mayoría de los pacientes fueron beneficiados por el tratamiento quirúrgico que resultó en un alto grado de satisfacción. Las complicaciones postoperatorias más importantes ocurrieron en dedos con importantes grados de contractura y fueron la rigidez de las articulaciones interfalángicas proximales.

CO-31

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN DE FRACTURAS TIBIO-PERONEAS Y RADIO-CUBITALES CON FIJADOR EXTERNO TIPO ORTHOFIX.

Freire Ruano A, López Bargiela P, Rivas Laso JA.
Hospital Juan Canalejo. Servicio de Traumatología y cirugía ortopédica.

INTRODUCCIÓN
La fijación externa es un método que proporciona alineación y estabilización en fracturas en los casos en que otras formas de inmovilización estan contraindicados.
OBJETIVOS
Determinar las características de los pacientes en los que se ha implantado un fijador tipo Orthofix. Determinar variables asociadas a la presencia de complicaciones con el uso de fijador externo y por último determinar las variables asociadas a la falta de consolidación de la fractura.
MÉTODOS Y RESULTADOS
Estudio realizado en el HJC de enero de 1995 a enero de 2003, observacional tipo retrospectivo, de pacientes con Fx. Tibioperonea o radio-cubital, en los que se implanto un Orthofix excluyendo aquellos cuyo seguimiento se realizó fuera del hospital.. Seguridad de 95% y precisión del 13,4%.
CONCLUSIONES
Es un tratamiento adecuado dada la alta tasa de consolidación la falta de consolidación se asocia a mayor estancia hospitalaria las complicaciones no han tenido gran relevancia clínica,siendo las más frecuentes infección trayecto de los pines y osteoporosis secundaria.

CO-32

PRÓTESIS UNICOMPARTIMENTAL DE RODILLA. NUESTRA EXPERIENCIA.

Fontao Fernández L, Quinteiro Antolín T, García Vázquez E, Hernández Blanco M.
Servicio de C.O.T. Hospital Meixoeiro (Vigo).

INTRODUCCIÓN
La prótesis de rodilla unicompartimental es una alternativa a la

osteotomía tibial o la PTR en el paciente con artrosis unicompartimental anteromedial confirmada en la artrotomía. Sus ventajas son la preservación de reserva ósea, la cinemática casi normal de la rodilla al mantener íntegro el sistema ligamentoso, así como la menor invasividad de este procedimiento que se puede realizar con técnicas mínimamente invasivas.
OBJETIVOS
Evaluar los resultados obtenidos con la prótesis de rodilla unicompartimental Oxford como tratamiento de gonartrosis anteromedial aislada en un grupo de pacientes del Servicio C.O.T. del hospital Meixoeiro, Vigo.
MATERIAL Y MÉTODOS
Se realizó estudio retrospectivo de una serie de 22 casos consecutivos (13 mujeres y 9 varones) intervenidos por el mismo equipo quirúrgico con artroplastia unicompartimental de rodilla Oxford como tratamiento de gonartrosis monocompartimental anteromedial, entre abril de 1992 y enero de 2008. Se evaluaron resultados, tanto en el aspecto clínico (dolor, funcionalidad, rango de movilidad y alineamiento) como en el radiográfico (sobre radiografías AP y L) mediante revisión de historias clínicas y realización de cuestionarios Oxford Knee Score (OKS) y VAS. Todos recibieron profilaxis antibioterápica y tromboembólica, comenzando movilización de la rodilla desde el primer día postoperatorio.
RESULTADOS
La edad media de los operados fue 63 años (53-75), con un seguimiento medio de 6´6 años (0´3-16). El rango de movilidad medio preoperatorio fue 108º (75º-135º) y postoperatorio 118º (95º-140º), consiguiendo en todos un buen alineamiento. La puntuación de las escalas VAS y OKS postoperatoria media fue VAS = 7 puntos (4-10) y OKS = 31 puntos (19-42), algo inferior a las últimas series publicadas. Se observaron estas complicaciones: 1 caso de dolor anteromedial incapacitante y 2 casos de aflojamiento aséptico del implante (uno tibial y otro femoral) que requirieron cirugía de revisión con PTR.
CONCLUSIONES
La artroplastia unicompartimental de rodilla, en nuestra experiencia, es una alternativa de tratamiento en pacientes de mediana edad que presentan gonartrosis unicompartimental medial aislada confirmada tras la artrotomía, y también es útil en pacientes muy ancianos dada la escasa morbilidad del procedimiento.
Coincidimos con otros autores en que el factor más importante para el éxito de esta intervención y quizás lo más difícil sea realizar una selección adecuada del paciente.

CO-33

LA ARTRODESIS TRANSFORAMINAL MINIMAMENTE INVASIVA EN EL TRATAMIENTO DE LA INESTABILIDAD LUMBAR.

García Vázquez E, Casal Moro R, Hernández Blanco M, Novoa Cortiñas M, Ríos Sánchez J.
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

INTRODUCCIÓN
El reciente desarrollo de técnicas quirúrgicas e instrumentales dirigidos a la reducción del abordaje en cirugía vertebral persigue acortar los tiempos de recuperación con una menor morbilidad postoperatoria, consiguiendo los mismos resultados que la cirugía abierta.
OBJETIVOS
Se expone la técnica quirúrgica de la artrodesis vertebral transforaminal mínimamente invasiva (MIS), los resultados clínicos y radiológicos.
MATERIAL Y MÉTODOS.
Desde Noviembre del 2004 hasta Julio del 2007 se han realizado 20 artrodesis vertebrales con técnica mínimamente invasiva para el tratamiento de inestabilidad lumbar unisegmentaria secundaria a discopatía o a espondilolistesis degenerativa. La técnica consiste en la implantación de una caja intersomática más injertos a través de una pequeña incisión y un fijador vertebral percutáneo.
Para la evaluación de los resultados clínicos se ha utilizado la escala analógica visual del dolor (EVA) y el Oswestry Disability Index (ODI). Se ha valorado también la fusión conseguida, el tiempo quirúrgico, y la estancia hospitalaria.
RESULTADOS
Los resultados clínicos han sido excelentes o buenos en 14 pacientes (70%). Los índices de artrodesis son equiparables a los obtenidos por cirugía abierta. Superada la curva de aprendizaje el tiempo operatorio se aproxima al de las técnicas convencionales. Se reduce la estancia hospitalaria respecto a nuestra serie histórica de artrodesis unisegmentaria con técnica abierta.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES
La fusión vertebral es un procedimiento ampliamente extendido en el tratamiento del dolor lumbar secundario a inestabilidad lumbar. Existen diferentes técnicas para conseguir el mismo objetivo. Recientemente se han publicado distintos trabajos, reportando buenos resultados con la realización de artrodesis intersomática transforaminal mediante técnicas mínimamente invasivas, que son equiparables a los obtenidos en nuestra serie.
Los resultados preliminares obtenidos con técnica mínimamente invasiva para la realización de artrodesis lumbar en inestabilidad unisegmentaria permiten considerar este procedimiento como una alternativa a la cirugía abierta convencional.

CO-34

INCIDENCIA Y CAUSAS DE REARTROSCOPIA DE RODILLA.

Codesido P, Forriol F, Leyes M.
Xeral-Calde (Lugo), FREMAP (Majadahonda).

OBJETIVO
Conocer la frecuencia y las causas por las que diversos pacientes han sido intervenidos quirúrgicamente mediante una o más artroscopias de la misma rodilla.
MATERIAL Y MÉTODO
Estudio retrospectivo. Se revisan las historias clínicas de 923 pacientes que han sido intervenidos al menos de una artroscopia de rodilla durante el año 2005. Se evalúan cuantos de ellos habían sufrido una o más artroscopias previas de la misma rodilla en este o en años anteriores y se analizan las causas por las que se producen.
RESULTADOS
De 923 pacientes que precisaron al menos una artroscopia de rodilla, un total de 169 (18,3%) ya habían sido intervenidos artroscópicamente de la misma rodilla por motivos relacionados o no con su patología actual. De los 169 pacientes, 4 (2,3%) ya habían recibido 3 artroscopias previas, 27 (15,9%) dos y 138 (81,6%) una. Tras la 1ª artroscopia la sintomatología que provocó una reintervención fue predominantemente atraumática (59,8%), especialmente el dolor continúo. Un nuevo traumatismo fue la segunda causa más frecuente, si bien la proporción causas traumáticas/atraumáticas disminuyó conforme aumentaron el número de intervenciones. El riesgo relativo de

recibir una nueva artroscopia en el mismo año en un paciente menicestectomizado uni o bilateralmente en nuestra serie es mayor que el de un paciente intervenido para la realización de una ligamentoplastia del LCA.
CONCLUSIONES
Múltiples reintervenciones generan peores pronósticos. Los criterios de reintervención no están totalmente aclarados y en muchos casos generan dudas. Según aumentan el número de reintervenciones las causas atraumáticas se hacen preponderantes. Es necesario definir criterios de revisión en patologías como la meniscal. El impacto de un nuevo evento artroscópico sobre la progresión de la enfermedad todavía no está bien definido. Una técnica e indicación quirúrgica correctas son los principales factores para evitar una nueva reartroscopia.

CO-35

ROTURA BILATERAL ESPONTÁNEA DEL TENDÓN DEL CUÁDRICEPS.

López Paz M, Oitabén Mariño A, Fernández Santás T, Varela Vázquez JM, González Vilariño V, González González I, Otero Soengas L.
Hospital Arquitecto Marcide, Ferrol.

INTRODUCCIÓN
La lesión del tendón cuadricipital es una lesión poco frecuente que precisa un diagnóstico y tratamiento precoz. La rotura bilateral espontánea es aún mucho menos frecuente y suele asociarse a patologías médicas subyacentes como diabetes, I.R.C., artritis reumatoide, etc.
MATERIAL Y MÉTODOS
Hombre de 52 años. Acude a S. de Urgencias por rotura bilateral espontánea del tendón cuadricipital, presentando dolor agudo e incapacidad para la extensión de ambas rodillas. El diagnóstico es confirmado por ecografía y se procede a su reparación quirúrgica e inmovilización con ortesis. Además se ha hecho revisión bibliográfica actualizada, que en líneas generales concuerda con los datos clínicos de nuestro caso.
RESULTADOS
Después de 6 semanas se retira la inmovilización iniciándose tratamiento rehabilitador obteniéndose una movilidad satisfactoria con pérdida de últimos grados de flexión.
CONCLUSIONES
Las roturas bilaterales espontáneas de cuadriceps son poco frecuentes, en ocasiones asociadas a procesos degenerativos producidos por enfermedades crónicas, que requieren un diagnostico precoz y tratamiento quirúrgico asociado a un tratamiento rehabilitador postquirúrgico para la obtención de unos buenos resultados.

CO-36

ARACNODACTILIA CONTRACTURAL CONGENITA. A PROPOSITO DE UN CASO.

Santiañez Mosquera J, Blanco Mella D, Bujan de Gonzalo A, Rivas Tobio F, Puig Romero C, Marescot Rodríguez E.
Unidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología A. Complexo Hospitalario de Pontevedra

Presentamos el caso de un recién nacido a término remitido a nuestro Hospital, con contracturas bilaterales irreductibles en codos, caderas y rodillas, así como, aracnodactilia en pies y manos y deformidad en orejas. El estudio radiologico no mostraba anormalidad.
Tras el estudio y la exploración clínica del paciente fue diagnosticado de Aracnodactilia Contractural Congénita.
La Aracnodactilia Contractural congénita (CCA) o Síndrome de Beals y Hecht es un trastorno del tejido conectivo extremadamente raro (considerada "rare disease" por el National Institute of Health, US), con herencia autosómica dominante, causado por una mutación del gen FBN2 localizado en el cromosoma 5q23. Se caracteriza por contracturas de flexión múltiples, aracnodactilia, cifoescoliosis, pabellones auriculares anormales e hipoplasia muscular.
Se desconoce la incidencia y su prevalencia es difícil de estimar debido a su solapamiento con el fenotipo de Marfan.
El diagnóstico es eminenentemente clínico y no ofrece dificultades cuando se encuentran las características fenotípicas típicas.
El diagnóstico diferencial debe incluir el Síndrome de Marfan, artrogriposis múltiple, homocistinuria y osteogénesis imperfecta.
El tratamiento consiste en iniciar precozmente fisioterapia articular y emplear diversas medidas ortopédicas tanto mecánicas como quirúrgicas para corregir la cifoescoliosis.

CO-37

COMPLICACIONES MEDICAS EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA.

González Vázquez L[1], Barahona Aragües F[2], Fernández Fernández F[1], Puerta Louro R[1], de la Fuente Aguado J[1], Troncoso Durán J[2].
[1]*Servicio de Medicina Interna, Hospital POVISA. Vigo*
[2]*Servicio de Traumatología, Hospital POVISA. Vigo*

INTRODUCCION
Las fracturas de cadera representan un importante problema sanitario actualmente, ya que suelen afectar a pacientes ancianos con pluripatología. Por ello, la asistencia sanitaria no se reduce sólo al tratamiento local de la fractura sino que también hay que atender a las múltiples complicaciones médicas relacionadas o no con la patología asociada. La valoración y control previo de las comorbilidades asociadas disminuye la mortalidad y las complicaciones médicas.
OBJETIVOS
Describir la morbi-mortalidad así como la tasa de reingresos en los primeros 30 días tras el alta, en una cohorte de pacientes ingresados en un Servicio de Traumatología por fractura de cadera, que fueron valorados y seguidos por el servicio de Medicina Interna.
PACIENTES Y MÉTODO
Estudio prospectivo, descriptivo de una cohorte de pacientes consecutivos ingresados por fractura de cadera entre el 15 de septiembre del 2007 y el 30 de marzo del 2008. Todos los pacientes fueron valorados por el servicio de Medicina Interna al ingreso, de acuerdo a un protocolo pre-establecido, para evaluar patologías previas, ajustar tratamiento y detectar posibles descompensaciones. Así mismo se realizó seguimiento clínico durante todo el ingreso hasta el alta del paciente.
RESULTADOS
Se incluyeron un total de 55 pacientes con fractura de cadera, de los que 47 eran mujeres (85%), con una edad media de 79 años (51-100).
Las fracturas extracapsulares fueron las más frecuentes: 27 (49%). Se produjeron complicaciones en 25 pacientes (45.5%), siendo las más prevalentes el síndrome confusional: 8 (14.5%) y la infección respiratoria:7 (13%). Otras complicaciones fueron: insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal, descompensación diabética, infección urinaria, úlceras de decúbito, ACVA, crisis HTA, TEP, síncope y fiebre autolimitada. Habían ingresado durante el año anterior en el servicio de

Medicina Interna 14 pacientes por problemas médicos, y de estos, 8 (57%) presentaron complicaciones en el perioperatorio. Además del seguimiento por Medicina Interna, 14 pacientes (25%) necesitaron interconsultas con otros servicios. Fallecieron 5 pacientes: 3 en el postoperatorio y 2 que no fueron intervenidos. Las causas del fallecimiento fueron: TEP e insuficiencia renal terminal en los no intervenidos y ACVA, sepsis de origen cutáneo y parada cardiorrespiratoria en las intervenidos. De los pacientes dados de alta, reingresaron por problemas médicos en menos de 30 días: 6 (12%) pacientes. Las causas fueron: sepsis urinaria, ACVA, intoxicación digitálica, coma hiperosmolar y neumonía en 2 casos. De estos pacientes, 3 fallecieron durante ese ingreso.

CONCLUSIONES

Las complicaciones médicas son muy frecuentes en los pacientes con fractura de cadera, especialmente en los que tienen ingresos previos por causas médicas, por lo que es muy importante la valoración prequirúrgica y el seguimiento por médicos habituados a tratar pacientes con pluripatología. La mortalidad sigue siendo elevada durante el período perioperatorio. La tasa de reingresos en los primeros 30 días es relativamente alta y asociada a una elevada mortalidad.

CO-38

ESPONDILODISCITIS: LIMPIEZA Y ESTABILIZACIÓN MEDIANTE ABORDAJE ANTERIOR.

Quintela Martínez A, Souto González N, García Rodríguez LA, García Moreno A, Cobelo Romero E.

Servicio de Traumatología de Hospital Juan Canalejo de A Coruña.

INTRODUCCIÓN

La espondilodiscitis es la infección de la columna vertebral, que presenta unas características diferentes al resto de las osteomielitis, que dependen de la irrigación de los cuerpos vertebrales, de la avascularidad del disco intervertebral, de la proximidad de los elementos neurales y de la dificultad para realizar un diagnóstico precoz. Las espondilodiscitis pueden ser piógenas (50% por Staphyl. aúreus) o granulomatosas (la mayoría por Micobacterium tuberculosis). Se transmiten por vía hematógena, presentan clínica insidiosa de lumbalgia inespecífica, contractura muscular e irritación radicular, con fiebre en menos del 50% de los casos, lo que conlleva al diagnóstico tardío (+ de 3 meses) de esta patología. La PCR se eleva de forma precoz y su normalización indica una buena respuesta al tratamiento. Los signos radiográficos aparecen tardíamente, mientras que la RM es la prueba diagnóstica con mayor rendimiento. Al diagnóstico etiológico se llega con la biopsia y cultivo. Se debe de hacer diagnóstico diferencial con fracturas osteoporóticas y tumores. El tratamiento de elección es el conservador, pero en determinados casos: presencia de abscesos, necesidad de diagnóstico etiológico ante fallo de punción-biopsia, complicaciones neurológicas, deformidad severa progresiva, destrucción vertebral importante o fracaso del tratamiento conservador., la técnica de elección es la "cirugía radical anterior": drenar los abscesos, desbridar, corregir la deformidad, descomprimir el canal, reconstrucción mediante injertos y estabilizar mediante material metálico.

OBJETIVOS

Demostrar en, aquellos pacientes que precisan un tratamiento quirúrgico de la espondilodiscitis, que la cirugía radical anterior, es una técnica con muy buenos resultados, escasas complicaciones y que en pocas ocasiones es necesario complementarla con abordaje posterior

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos recogido 24 pacientes, intervenidos quirúrgicamente de espondilodiscitis por vía anterior, en el H. Juan Canalejo de A Coruña, entre 1998- Julio 2007, con un seguimiento mínimo de 6 meses. Parámetros estudiados:

- Piógena o granulomatosa.
- Sexo, edad
- Factores asociados: DM., adicción a drogas, tto con corticoides…
- Localización: cervical, dorsal, lumbar.
- Datos clínicos: dolor raquídeo, fiebre, sd. general.
- Datos de laboratorio: leucocitos, VSG y PCR.
- Pruebas radiológicas: Rx, TC y RM
- Realización de biopsia y si ésta fue dx.
- Técnica quirúrgica.
- Evolución y complicaciones.

RESULTADOS

En los últimos años el tratamiento quirúrgico de la espondilodiscitis por vía anterior se ha incrementado, bien porque está aumentado esta patología debido a la existencia de más enfermos inmunodeprimidos, VIH… o porque se diagnostican de forma más precoz gracias al avance de las técnicas diagnósticas actuales: VSG, PCR, RM, punción biopsia. Hemos estudiado 24 pacientes: 19 hombres y 5 mujeres, con una edad media de 53 años (21-77), el 58% fueron de etiología granulomatosa mientras que el 42% restante fueron piógenas, el seguimiento medio de estos pacientes es de 46´9 meses (6-112). Todos estos pacientes fueron operados mediante abordaje anterior, realizándose: drenaje de absceso, si existe, desbridamiento de tejido necrótico, hasta hueso sano, corrección de la deformidad, reconstrucción mediante autoinjerto: cresta ilíaca, peroné y fijación con material de OTS: en EP granulomatosas: 7 placas Profile, 3 Sinergy, 3 sistemas SCS y en las piógenas: 6 sistemas SCS, 3 placas Profile y 1 halo craneal. En 3 casos hubo que realizar un abordaje anterior complementario. Sólo hubo un caso de reactivación de la infección.

CONCLUSIONES

La espondilodiscitis es una patología de incidencia creciente, que afecta sobretodo a hombres.

- La clínica es insidiosa lo que conlleva a un diagnóstico tardío (+ granulomatosas), aunque cada vez se diagnostican más precozmente gracias a la RM.
- La PCR se eleva de forma precoz y evalúa la respuesta al tratamiento.
- El 50% de las EP piógenas y el 35% de las granulomatosas presentan patología asociada al diagnóstico.
- El 30% de las EP piógenas y el 42% de las granulomatosa presentan daño neurológico al inicio.
- El tratamiento de elección es conservador.
- Tratamiento quirúrgico, incidencia creciente, abordaje anterior (+/- posterior) + tratamiento radical + autoinjerto + OTS: muy buenos resultados y escasas complicaciones.

Innovación constante

NexGen® Rodilla Gender Solutions™

Porque las mujeres y los hombres son diferentes

La primera prótesis de rodilla que se adapta mejor a la anatomía femenina. Su diseño con tres características únicas aborda los problemas clínicos más frecuentemente observados en pacientes de sexo femenino, como el sobre-dimensionamiento anterior, el dolor anterior postoperatorio de la rodilla y mal-recorrido de la rótula.

Sistema para revisión acetabular en Metal Trabecular™

Aúna las características únicas de la tecnología de metal trabecular y la capacidad de plantear soluciones individualizadas gracias a una amplia gama de implantes modulares.

Prótesis de cadera modular Zimmer® M/L Taper con tecnología Kinectiv™

Diseñada para restaurar el centro de rotación

Permite ajustar con facilidad y de forma independiente las principales dimensiones cinemáticas (longitud de la pierna, offset y ante/retro-versión) para restaurar una cinemática adecuada y contribuir así a mejorar la satisfacción global del paciente.

Cemento óseo Hi-Fatigue™*

La fórmula del éxito

Los cirujanos aprecian sus excelentes características de manipulación, sin necesidad de preenfriar los componentes. Sus cortos tiempos de mezcla y de espera posibilitan una fase de trabajo prolongada. Sus propiedades mecánicas dinámicas confieren una mayor fiabilidad en condiciones de carga cíclica a largo plazo.

* HiFatigue™ es una marca registrada de aap Biomaterials GmbH & Co. KG

Innovación constante. Zimmer es líder mundial en implantes para cirugía reconstructiva ortopédica, para columna y para traumatismos, implantes dentales y otros productos de cirugía ortopédica. Zimmer opera en más de 25 países de todo el mundo y vende productos en más de 100 países. Nuestra misión es desarrollar, fabricar y comercializar a nivel mundial productos ortopédicos de la máxima calidad para cirugía reparadora, artroplastias y cirugía regenerativa. Para llevar a cabo esta misión contamos con la colaboración de más de 8.500 empleados en todo el mundo.

2008 Zimmer GmbH

zimmer

www.zimmer.com

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS AL XXIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD GALLEGA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA (SOGACOT)

A Coruña 30 y 31 de Mayo de 2008

Estos resúmenes han sido publicados tal y como se han recibido por parte de los autores firmantes. Las opiniones y puntos de vista expresados pertenecen a los autores, y no han sido verificados por los editores ni por la Sociedad Gallega de Cirugía Ortopédica y Traumatología SOGACOT, quienes no aceptan responsabilidad alguna sobre las afirmaciones realizadas o sobre la veracidad de la información presentada.

CC-01

TUMOR FIBROSO SOLITARIO EXTRADURAL INTRA RAQUIDEO LUMBAR.

Grau Escarré A, Sanchez Parada A, Lombao Iglesias D, Medina Romera M, Rey Sanjurjo JL.
Complexo Hospitalario Xeral-Calde Lugo.

INTRODUCCIÓN
El tumor fibroso solitario es una neoplasia mesenquimal primitiva con características de diferenciación multidireccional Fue descrita por primera vez en 1921 por Klemperer y Rabin en la pleura, posteriormente se ha descrito en otras localizaciones, aunque pocas en raquis y menos en zona lumbar. Tiende a seguir un curso benigno sin conocerse con exactitud su pronóstico.
MATERIAL Y MÉTODOS
Presentamos un caso de una mujer de 78 años con clínica de dolor lumbar bilateral con ciatálgia, parestesias y claudicación en miembro inferior izquierdo de meses de evolución. Tras su estudio con la ayuda de pruebas complementarias (TAC) se objetiva una antelistesis grado I L4 sobre L5 que comporta una estenosis de canal que afecta a ambos recesos laterales y espacios foraminales, de predominio izquierdo.
Bajo dicho diagnóstico se programa para realizar descompresión y artrodesis L4-L5.
La RNM previa a la intervención quirúrgica halló una lesión de 4x3, 2cm en el espacio L3-L4 de características quísticas que comprimía y desplazaba saco tecal y raíz L3 izquierda.
Se procede a realizar hemilaminectomía L3-L4, artrectomía L4-L5, exéresis tumoral (adherido a saco dural y raíz L3 izquierda) más artrodesis instrumentada L2-L5
RESULTADOS
La tumoración es analizada en Anatomía Patológica y se diagnostica de tumor fibroso solitario tras realizar diagnostico diferencial con meningioma fibroso, schwanoma, condrosarcoma mesenquimal y hemangiopericitoma.
La clínica neurológica desaparece tras la intervención.
La paciente sigue libre de patología después de 18 meses
*Detalle del análisis anatomopatológico microscópico
Positividad para Vimentina, CD34 y CD99, y negatividad para S100, tinciones GFAP y Neurofilamentos, así como índice de proliferación celular (ki67) del 5%.
CONCLUSIONES
El TFS es una lesión tumoral relativamente frecuente en pleura y otras localizaciones pero rara en raquis; en la literatura, la série descrita más extensa de TFS asciende a 7 casos y en solo 2 casos eran raquídeos.
- La gran mayoría de los raquídeos son de localización cervical o torácica. Hemos encontrado únicamente 2 casos documentados de localización lumbar, de los cuales sólo uno era extrameníngeo como en nuestro caso.
- Generalmente son de comportamiento benigno sobretodo si su extirpación es completa; hay descritos casos de recidivas, malignización e incluso de metástasis; nuestra paciente se encuentra libre de patología 18 meses después de la intervención.
- Se aboga por extirpar el tumor y hacer un seguimiento prolongado del paciente.
- El diagnóstico diferencial debe realizarse fundamentalmente con el meningioma fibroblástico, schwanoma y hemangiopericitoma a por técnicas histológicas e imunohistoquímicas ya que clínica y radiológicamente pueden ser indistinguibles.

CC-02

NEUROFIBROMA PLEXIFORME TIBIAL.

Miragaya López P[1], López Alameda S[2], Alonso Benavente A[2], Castro Torre M[1], de la Fuente González C[1], González Herranz P[1].
[1]*Sección de COT Infantil del Hospital Teresa Herrera de A Coruña.*
[2]*Servicio de COT del Hospital General de Segovia.*

INTRODUCCIÓN
El neurofibroma plexiforme es un tumor benigno de origen mesenquimal que se desarrolla a partir de células de Schwann y fibroblastos perineurales, extendiéndose parcial o completamente por un plexo nervioso, por lo general, sensitivo. Se localiza habitualmente a nivel cutáneo y, en un segundo orden de frecuencia, intraoral, intraóseo y perineal.
OBJETIVOS
El objetivo de esta presentación es utilizar un caso clínico de nuestro Centro, excepcional por su localización, como herramienta para recordar al cirujano ortopeda el neurofibroma plexiforme que, si bien es infrecuente en términos generales, se ha observado en la cuarta parte de los pacientes con neurofibromatosis tipo I o enfermedad de von Recklinghausen, entidad que afecta a 1 de cada 2500 recién nacidos vivos.
MÉTODOS Y RESULTADOS
Se expone el caso de un varón de 16 años, con antecedente de neurofibromatosis tipo I, que presenta una tumoración pretibial derecha de 10x7 cm, duroelástica, adherida a planos profundos y con leves signos inflamatorios locales. Con el apoyo de nuestro material fotográfico, explicamos las pruebas complementarias realizadas, las decisiones tomadas en inicio y la evolución final del cuadro que obligó a una importante resección quirúrgica.
CONCLUSIONES
Los períodos de mayor crecimiento del neurofibroma plexiforme son los primeros años de la vida, la pubertad y la gestación; pudiendo acarrear importantes deformidades por el engrosamiento de los fascículos nerviosos y sus tejidos adyacentes. Se asocia de manera especial a la neurofibromatosis tipo 1, en cuyo caso se ha descrito un riesgo de malignización del 3 al 4,6%, según series.
Desde el punto de vista del cirujano ortopeda, el neurofibroma plexiforme presenta grandes dificultades terapéuticas como son la importante afectación de la arquitectura local y la abundante vascularización que le acompaña, experimentándose actualmente con la utilización asociada de algunos inhibidores de la angiogénesis (interferón, talidomida o angiostatina).
Otras alteraciones óseas que pueden presentar los pacientes con neurofibromatosis son escoliosis, displasia congénita de tibia o lesiones intraóseas similares a fibromas no osificantes. En el diagnóstico diferencial, sobre todo en el caso de que existan antecedentes de traumatismos previos, han de incluirse también los hematomas subperiósticos.

CC-03

LEIOMIOSARCOMA PERIPROTÉSICO.

Domínguez Dorado P, Fernández Rodríguez B, Pardo Seco JP, Cons Lamas S, González-Carreró SA.
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

INTRODUCCIÓN
Se expone un caso clínico de una paciente de 66 años con una evolución tórpida de una artroplastia total de rodilla. Ante la

sospecha de infección protésica basada en la clínica y pruebas complementarias de laboratorio y radiológicas, se decide la retirada de la prótesis.
OBJETIVOS
Poner de manifiesto la dificultad diagnóstica en algunos tumores, debiendo tener siempre presente la sospecha clínica. Aunque infrecuentes, existen casos de sarcomas periprotésiscos, de difícil diagnóstico debido al elevado período de latencia.
MÉTODOS
Se decide la retirada de la prótesis de rodilla con la colocación de un espaciador. Se envían muestras a microbiología y anatomía patológica, obteniendo como resultado un sarcoma de partes blandas de tipo leiomiosarcoma.
RESULTADOS
Debido a las cirugías previas de colocación y extracción de la prótesis, con el consecuente fresado del canal femoral, se opta por la amputación como medida terapéutica.
La paciente actualmente está libre de enfermedad con una buena calidad de vida.
CONCLUSIONES
El leiomiosarcoma es un sarcoma de alto grado asociado a mal pronóstico.
Aunque raros, existen tumores periprotésicos, especialmente asociados a prótesis de cadera. Por ello y por elevado período de latencia, existe una dificultad para su diagnóstico y tratamiento.

CC-04

OSTEOSARCOMA DO CALCÂNEO-CASO CLINICO.

Mendes D, Severino V, Fonseca V.
Núcleo do Pé do Hospital Ortopédico de Sant'Iago do Outão.

O osteosarcoma é um dos tumores ósseos primários malignos mais frequentes, correspondendo a cerca de 20% de todas as neoplasias primárias do osso. A característica comum aos vários tipos existentes, cada um com características clínicas, radiológicas e histológicas distintas, é a formação de osteóide e matriz óssea por células malignas do tecido conjuntivo.
A localização do osteosarcoma no pé é rara e a sua ocorrência verifica-se habitualmente em doentes adultos, sendo o calcâneo o osso mais frequentemente atingido. Este Poster é um Case Report de uma doente de 17 anos com osteosarcoma do calcâneo, com uma história clínica inespecífica com 8 meses de evolução. Salientam-se os resultados dos diversos exames complementares de diagnóstico a que a doente foi submetida.

CC-05

LIPOSARCOMA PLEOMÓRFICO.

Domínguez Dorado P, Pardo Seco JP, Cons Lamas S, González-Carreró SA.
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

INTRODUCCIÓN
Varón de 60 años de edad.
Tumoración en cara anterior de muslo de 5 días de evolución. Dolorosa. Sin antecedente traumático.
Masa de > 10 cm de diámetro en la cara anterior del 1/3 proximal muslo izquierdo. Consistencia dura. Adherida a planos profundos. Aumento de la trama vascular de la piel circundante. Exploración neurovascular normal.
OBJETIVOS
Posibilidad de lograr un control local similar al de la amputación, mediante cirugía conservadora de la extremidad asociada a quimioterapia y/o radioterapia.
MÉTODOS
Se realizan pruebas diagnósticas de laboratorio y radiológicas para estudio del tumor y su extensión.
Al ser un sarcoma de partes blandas vascularizado se opta por una embolización angiográfica.
Posteriormente se realiza una biopsia incisional de la masa tumoral, obteniendo como resultado un liposarcoma pleomórfico.
Ante este diagnóstico se realiza cirugía de exéresis tumoral.
RESULTADOS
Resección completa de la masa tumoral con márgenes amplios, con cirugía de conservación de la extremidad, obteniendo un buen resultado funcional y estético. Se asocia a la cirugía ciclos de radioterapia.
Evolución de la paciente satisfactoria, con buen estado general sin recidivas.
CONCLUSIONES
Existen 3 regiones en el muslo (anterior, medial, posterior).
Región anterior: cuádriceps (vasto lateral, intermedio, medial y recto anterior).
Los sarcomas de partes blandas pueden crecer en 1 de los 4 músculos o entre ellos y son intracompartimentales.
Sólo el vasto intermedio está en contacto con fémur, lo que protege de la extensión tumoral.
Esta anatomía permite la resección parcial muscular para la mayoría de los SPB del muslo.
Las consideraciones anatómicas más importantes en el tratamiento de los tumores de la región anterior del muslo son los vasos femorales y el fémur.
Si la resección del compartimento es completa es necesaria una reconstrucción.
Hoy, el compartimento anterior puede ser resecado y reconstruído con seguridad. Raramente se requiere la amputación.

CC-06

EL OSTEOSARCOMA EN LA ENFERMEDAD DE PAGET.

Visiedo Robles R, Longo Rubio B.
Complexo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo.

El osteosarcoma de Paget es una complicación poco frecuente de la enfermedad de Paget, cuyo pronóstico difiere del resto de osteosarcomas por su comportamiento más agresivo. En la literatura de los últimos 40 años hay registrados más de 300 casos, observandose que la mayoría de ellos asientan sobre huesos previamente afectados de Paget (conservan el patrón de localización de dicha enfermedad) no teniendo, necesariamente , relación con la duración de la enfermedad y si con el sexo y las formas de presentación de la enfermedad (poli- vs monoostótica) subyaciendo con alta probabilidad una alteración genética, como asi se ha observado en varios estudios.
Respecto al tratamiento, si comparamos cirugía ablativa vs preservativa(que no siempre se puede garantizar) no existen diferencias importantes en cuanto al control local y supervivencia (10% a los 5años), pero sí en cuanto a funcionalidad y morbilidad asociada existiendo en los últimos 20 años una mejoría de esta por los tratamientos QT pre y post quirugicas, sobretodo en lo que se refiere al control de enfermedad a distancia.

El caso que presentamos, concuerda con los casos presentes en la literatura, ya sea en su forma de presentación como en la evolución de esta clase de osteosarcomas, lo que nos debe hacer plantear la importancia de una detección precoz y de cómo mejorar el planteamiento terapéutico, sobre todo en lo que se refiere al control a distancia de la enfermedad y la preservación funcional con la menor morbilidad posible.

CC-07

MANEJO DE LOS SARCOMAS DE PARTES BLANDAS.

Méndez Álvarez M, Villardefrancos Gil S, Iglesias Diz D, Izquierdo Santos A, Fernández Cortiñas B.
Servicio de cirugía ortopédica y traumatología, Complejo Hospitalario Ourense.

INTRODUCCIÓN
Los SPB constituyen el 1% de todos los tumores malignos en adultos, siendo los más frecuentes el histiocitoma fibroso maligno y el liposarcoma. La localización más frecuente son las extremidades. Las metástasis de este tipo de tumores suele ser por vía hematógena. Sólo en algunos subtipos histológicos encontramos metástasis linfática (sarcoma epiteliode, sarcoma sinovial, rabdomiosarcoma, sarcoma de células claras y angiosarcoma). Varios factores se han propuesto como posibles factores de riesgo: exposición a ciertos productos químicos, linfedema crónico. Alteraciones genéticas se han asociado con un riesgo mayor de desarrollar sarcomas de partes blandas y óseos (oncogenes, translocaciones cromosómicas). Se suelen presentar como una masa asintomática. La sintomatología es por compresión de estructuras vecinas.
OBJETIVOS
El objetivo de este trabajo es intentar aclarar cual es la actitud que debemos seguir ante la sospecha de un sarcoma de partes blandas, en su diagnóstico y manejo.
MATERIAL Y MÉTODOS
Se trata a 7 pacientes en los 4 últimos años. De ellos, 4 varones y 3 hembras, con una media de edad de 58 y un rango de 39 a 80 años. Las histologías encontradas fueron: 2 histiocitoma fibroso maligno, 2 liposarcomas, 1 sarcoma pleomórfico de alto grado, 1 paniculitis lipogranulomatosa (no confirmado el diagnóstico previo) y 1 tumor desmoide. En cuanto a la localización: 2 en la cara anterolateral del muslo, 1 en la cara posterior del muslo, 1 en la pared torácica anterior y 3 en la región paraescapular. Todos ellos acudieron a nuestra consulta por la aparición de una masa de meses de evolución asintomática. A todos ellos se les realizó una RMN de la zona afectada. A continuación se les realizó a todos ellos una biopsia de la masa (percutánea o abierta). En este punto es importante conocer las recomendaciones para la realización de una biopsia y los errores que debemos evitar, ya que un error en esta fase puede tener un efecto negativo en el pronóstico y en la cirugía definitiva. En cuanto al tratamiento definitivo se realizó exéresis completa con ampliación de márgenes (se observaron márgenes libre en el estudio histológico). Como tratamiento complementario se indicó en todos los casos radioterapia sobre lecho quirúrgico con electrones de acelerador lineal, y en dos de ellos se le administraron 4 ciclos de quimioterapia.
RESULTADOS
4 de los pacientes en los que se confirmó el diagnóstico de SPB se encuentran libres de tumor sin recidivas en sus controles. 1 paciente presentó una recidiva local de la que fue intervenido en nuestro centro, 1 de los pacientes (histiocitoma fibroso maligno) falleció, presentaba metástasis pulmonares.
CONCLUSIONES
El manejo de los sarcomas debe hacerse desde el principio por el mismo cirujano que realizará el tratamiento definitivo. Es importante la existencia de grupos de trabajo especializados en esta patología. Tan importante como el tratamiento final, son el diagnóstico y el primer procedimiento quirúrgico, ya que un mal abordaje inicial puede modificar la evolución.

CC-08

METASTASIS CERVICALES EN TUMOR DE CÉLULAS RENALES.

Sánchez Parada A, Lombao Iglesias D, Carrero Sánchez JC, Bravo Pérez M.
Hospital Xeral-Calde Lugo. Servicio de Traumatología.

INTRODUCCIÓN
Cuando los tumores metastatizan lo hacen preferentemente en hígado, pulmón y hueso. Las metástasis óseas son las terceras en frecuencia, localizándose sobre todo en las vertebras, llegando a encontrarse afectación vertebral hasta en un 90% de las necropsias de aquellos pacientes con enfermedad tumoral metastática.
OBJETIVO
Conocer la posibilidad de que un dolor cervical o dorsolumbar sea consecuencia de una metástasis ósea aún cuando no tengamos un diagnóstico del tumor primario y pensar en ello cuando nos entrevistemos con el paciente.
MATERIAL Y MÉTODOS
Para ello presentamos un caso clínico de una mujer de 43 años que consulta a su médico de atención primaria por dolor cervical tratado con analgésicos y miorrelajantes sin datos llamativos en las radiografías realizadas. Al mes y medio acude a urgencias por persistir la clínica, asociada en las últimas semanas a sensación de inestabilidad, en la radiografía realizada se aprecia una lesión lítica con datos de malignidad.
RESULTADOS
Existia una lesión lítica en cuerpo de C3, abombamiento del muro posterior e invasión del canal medular con impronta del cordón. Lesiones en una costilla y cuello femoral izquierdo, y masa renal izquierda sugestiva de tumor de Células Renales.
Arteriografía y embolización de arteria vertebral, nefrectomía y tumorectomía C3 más corporectomía C4, reconstrucción de la columna anterior con malla de moss rellena de polilmetilmetacrilato y una placa anterior atornillada. Continuó con tratamiento oncológico y resultó exitus en el plazo de un año desde el inicio de la clínica.
CONCLUSIONES
- El 90% de los tumores vertebrales son metástasis
- El 70% de las metástasis vertebrales afectan al segmento dorsal, 20% segmento lumbar y el resto se dividen entre columna cervical y sacro
- El tratamiento de las metástasis vertebrales es un tratamiento paliativo
- En metástasis óseas cuyo origen son tumores muy vascularizados se debe realizar arteriografía y embolización para facilitar la técnica quirúrgica posterior y lograr una menor pérdida sanguínea
- El carcinoma de células renales es más frecuente en mujeres, obesas y un 25% tienen metástasis al diagnóstico.

CC-09

CIRUGÍA DE SALVAMENTO DE EXTREMIDAD INFERIOR.

Rión R, Ibáñez L, López R, Tomás J, Vidal N, Conesa X.
Hospital Xeral-Calde Lugo.

INTRODUCCIÓN
La cirugía de salvamento de la extremidad inferior en tumores óseos agresivos, benignos y malignos, de tibia proximal es una opción quirúrgica que permite la conservación de la extremidad. Entre las dificultades técnicas y quirúrgicas de dicho proceso se incluyen las relaciones anatómicas vasculo-nerviosas íntimas, un abordaje quirúrgico difícil, la cobertura inadecuada de tejidos blandos y las posibles complicaciones vasculares. La resección de la tibia proximal hace necesaria la reconstrucción del aparato extensor de la rodilla.
MATERIAL Y MÉTODOS
Presentamos el caso de una paciente de 37 años afecta de recidiva de tumoración ósea a nivel de la tibia proximal tratada mediante cirugía de salvamento. El diagnóstico histológico es el de tumor de células gigantes (tratada previamente con legrado + injerto) que presentó recidiva local. Tras una evaluación preoperatoria exhaustiva, se realizó resección de tibia proximal con márgenes de seguridad junto con una porción de los músculos insertados en la misma, en combinación con una resección extraarticular de la articulación tibioperonea proximal. Posteriormente, se colocó una aloprótesis de aloinjerto de banco con tendón rotuliano y megaprótesis tumoral reforzada en el foco con placa 1/3 caña, asociando una trasposición del vasto interno al músculo gastrocnemio para obtener una cobertura de tejido blando adecuada, previniendo así la necrosis del colgajo cutáneo e infecciones secundarias. Como complicaciones, la paciente presentó una zona de sufrimiento cutáneo pericicatricial con evolución a la necrosis que se autodelimitó presentando evolución favorable.
RESULTADOS
No existe evidencia de recidiva local. La paciente siguió un programa de rehabilitación intensivo presentando un balance articular de media de 0º/30º. La interfase aloinjerto-diáfisis no ha presentado consolidación.
CONCLUSIONES
La reconstrucción articular después de la resección de un segmento de tibia proximal es una opción terapéutica que permite el salvamento de la extremidad. El uso de un aloinjerto osteotendinoso permite la reconstrucción del aparato extensor. Es una técnica compleja, con un índice elevado de complicaciones, destacando la infección local, la lesión neurovascular, la pseudoartrosis y en muchos casos la rigidez articular. La recuperación parcial del balance articular permite la bipedestación y la deambulación del paciente.

CC-10

OSTEOSARCOMA MULTICÉNTRICO. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

Codesal A, Ibáñez L, Quevedo L, Peiró A, Majó J.
Hospital Xeral- Calde, Lugo y Hospital Sant Pau, Barcelona (Unidad de oncológia).

CASO CLÍNICO
Anamnesis.
Mujer 36 años. No antecedentes de interés.
Primer síntoma: dolor hombro derecho, diagnosticándose: Tendinitis supraespinoso.
Pasados 5 meses, el dolor persiste y la paciente presenta aumento de partes blandas en el brazo derecho. Se realiza una Rx hombro:
Ingresa en Hospital de Albacete para estudio de la lesión:

1-. GGO: Sacro, T11, T12, Acetabulo dcho, Cabeza femoral izda
2-. Rx seriadas.
3-. RM húmero.
4-. Biopsia tru cut de partes blandas:

OSTEOSARCOMA HÚMERO DERECHO
Se envia al HSP y se realiza:

1-. Biopsia trefina cresta iliaca: Negativa.
2-. Biopsia trefina lesión femoral izquierda y revisión de laminillas húmero:

SARCOMA OSTEOGÉNICO OSTEOBLÁSTICO.

3-. TAC toraco-abdominal: Negativo.

Tratamiento:
De la lesión sintomática.

1-. QT.
2-. CIRUGÍA DE RESCATE-SALVAMENTO DE LA EXTREMIDAD.

MEGAPRÓTESIS HUMERAL COMPLETA A MEDIDA.
CONCLUSIÓN
Existe cierta controversia sobre la verdadera naturaleza de este tipo de osteosarcoma como una entidad propia, o si representa múltiples metástasis óseas de un osteosarcoma primario.
Cuando se afectan múltiples huesos en ausencia de afectación pulmonar, debemos sospechar el desarrollo independiente de osteosarcomas primarios múltiples.
Las radiografias y anatomía patológica de los focos tienen la peculiaridad de ser uniformes o ebúrneos y de no atravesar la cortical.
El pronóstico del osteosarcoma multifocal, es pobre y sobreviven unos meses después del diagnóstico, si las lesiones aparecen sincrónicas (período de aproximadamente 6 meses). En el caso de las lesiones metacrónicas (período más de 6 meses), son potencilmente curables con tratamiento quirúrgico.
REFERENCIAS
1. Vander Griend RA. Osteosarcoma and its variants. Orthop Clin North Am. Jul 1996; 27(3).
2. Peltier LF. Tumors of bone and soft tisúes. Orthopedics: A History and Iconography.
3. Campanacci M. Preface. Bone and soft tissue Tumors: Clinical Features, Imaging, Pathology and Treatment. Springer-Verlag.
4. Tumores de huesos y articulaciones. Greenspan Remage.

CC-11

TUMOR ESCAPULAR EN LACTANTE.

Miragaya López P, Gayoso Paz R, de la Fuente González C, Castro Torre M, González Herranz P.
Sección de COT Infantil del Hospital Teresa Herrera de A Coruña.

INTRODUCCIÓN
En 1990, una revisión del reputado registro del St James's Hospital de Leeds cifraba la incidencia de tumores torácicos en el 4,5% de todos los tumores óseos primarios. Los omóplatos aportaban un 32% de los casos, siendo el lugar más frecuente para las lesiones malignas y destacando por su frecuencia el condrosarcoma en adultos y el granuloma eosinófilo en niños.

OBJETIVOS
Se presenta el llamativo caso de un tumor óseo escapular en un niño varón de 8 meses de edad con el propósito de promover en el médico residente el interés por la patología tumoral infantil y suscitar la posible discusión clínica y terapéutica entre los cirujanos especialistas.
MÉTODOS Y RESULTADOS
Exponemos el caso clínico de un lactante que presenta, tras tracción del brazo 2 meses antes, molestia e impotencia funcional leve en hombro derecho. Con Rx en la que se aprecia "osteolisis masiva de omóplato derecho" se realizan analítica, con VSG 43 a la primera hora, y TC torácica que identifica una "lesión no infecciosa intraósea muy agresiva, probablemente maligna, que afecta a la práctica totalidad del cuerpo de la escápula", orientándonos hacia tumor de células redondas o histiocitosis. La biopsia intraoperatoria confirma el diagnóstico de granuloma eosinófilo, por lo que se procede a curetaje e infiltración con corticoides. Al mes de la cirugía, el niño ya se encuentra asintomático, cursando con una excelente reosificación progresiva de la escápula.
CONCLUSIONES
La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) es una patología infrecuente, con proliferación de este tipo celular, que ocurre habitualmente antes de los 15 años, con predilección 2:1 por los varones. Su espectro de manifestaciones clínico-radiológicas es amplio y puede confundirse con un proceso infeccioso o con otros tumores, incluso malignos. Las 3 formas clásicas de la HCL son la enfermedad de Lettere-Siwe, aguda, diseminada, multisistémica y altamente letal; la enfermedad de Hand-Schüller-Christian, forma crónica con lesiones craneanas, exoftalmos y diabetes insípida; y el granuloma eosinófilo, localizado en hueso o pulmón. El tratamiento varía en virtud de las distintas manifestaciones de la enfermedad. En lesiones óseas únicas y accesibles se realiza curetaje, relleno de injerto óseo e inyección de corticoides; con buenos resultados en general.

CC-12

POROCARCINOMA EN DEDO MANO.

Payola Lahoz J, Troncoso Durán J.
Hospital Policlínico de Vigo (POVISA). Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

OBJETIVOS
Con este estudio pretendemos valorar la ubicación de estos tumores para extraer posibles correlaciones con sus manifestaciones clínicas, así como determinar en qué tipo de pacientes es hallado. También valorar la utilidad de las pruebas de screening pre-quirúrgicas y los estudios histopatológicos post-quirúrgicos en su diagnóstico.
MÉTODOS
Analizamos el caso de una mujer de 80 años intervenida quirúrgicamente en nuestra institución en los últimos años.
Desde el punto de vista clínico se valora la afectación sensitiva y motora, así como la presencia de bultoma.
Respecto la topografía atendemos a la región afectada, así como el nivel en que asienta el tumor.
La cirugía ha consistido siempre en la exéresis de la neoplasia respetando las zonas libres de neoplasia.
Se practica estudios histopatológico post-quirúrgico para su correcta identificación, excluyendo otras entidades.
RESULTADOS
Observamos una tumoración de aproximadamente de 1 cm de diámetro mayor en una mujer de 80 años a nivel del pulpejo del tercer dedo de la mano derecha. Presentaba una coloración rosada, hecho que hizo orientar inicialmente el caso como un tumor de partes blandas con sangrado espontáneo (tumor glómico, quiste epidermoide con sangrado o hemangioma) mediante RMN.
Se procedió a la exéresis quirúrgica completa y al estudio anatomopatológico posterior para su correcta identificación, presentando recidiva tumoral a modo de bultoma al año de la intervención quirúrgica.
Se confirmó de nuevo el diagnóstico mediante RMN y se procedió a la amputación distal del tercer dedo, quedando la paciente libre de enfermedad hasta la fecha.

CC-13

FRACTURA PATOLÓGICA EN DEGENERACIÓN SARCOMATOSA DE UNA ENFERMEDAD DE PAGET MONOSTÓTICA.

Pérez Abilleira S, Amhaz Escanlar S, Anta Martínez L, Muñoz Ruiz A, Caeiro Rey JR.
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

INTRODUCCIÓN
Ocurre en aproximadamente el 1% de los casos de enf de Paget.
Mas frecuente en enfermedad poliostótica y a nivel de pelvis y fémur.
Pacientes de edad avanzada. Enfermedad de larga evolución.
CASO CLÍNICO
Varón 83 años, con antecedentes de HTA y Cardiopatía Hipertensiva, que acude a urgencias por dolor en codo dcho de 3 semanas de evolución, sin traumatismo previo, que no mejora con analgesia.
A la exploración física presenta tumefacción del codo dcho. Buen estado neurovascular distal.
En las Rx se observa una fractura supracondílea de humero sobre un hueso de características pagéticas.
La serie ósea no evidenció ningún otro foco de enfermedad pagética.
Las pruebas de laboratorio mostraron una elevación de la Fosfatasa Alcalina (722 U/l) y aumento de la excreción de desoxipiridinolina en orina (48.8nml/nmlcrea) características de la enfermedad de Paget
Proteinograma, PSA, CEA dentro de la normalidad.
La gammagrafía ósea mostraba captación únicamente a nivel del humero dcho, también característico de la enfermedad de Paget.
Se decidió tratamiento quirúrgico de la fractura mediante RAFI con placas tipo Mayo y se enviaron muestras para AP.
La AP reveló la existencia de un Osteosarcoma en el seno de una enfermedad de Paget.
Ante este resultado se realiza estudio de extensión mediante TAC toracoabdominopelvico, que descartó la existencia de metástasis.
Se realizo consulta al servicio de Oncología, que descartó el tratamiento quimioterápico neoadyuvante debido a la edad y patología cardíaca del paciente.
En este momento se plantea la actitud quirúrgica a seguir:
Cirugía de salvamento de la extremidad vs. Amputación
A petición del propio paciente y debido al mal estado de las partes blandas tras la primera intervención se decidió optar por una Desarticulación de la Extremidad superior dcha.
El examen de la pieza quirúrgica confirmó el diagnóstico de

OSTEOSARCOMA OSTEOBLÁSTICO, con extensión a partes blandas adyacentes.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES
Aunque infrecuente, es una patología a tener en cuenta, sobre todo cuando se producen fracturas patológicas, o en pacientes de edad avanzada con Paget.

- Las alteraciones analíticas (FA) y en otras pruebas (Gammagrafía) del Paget pueden enmascarar los resultados que nos harían sospechar un osteosarcoma.
- Debe plantearse si en casos de fractura patológica sobre un Paget, estaría indicada la realización de una Biopsia previa, para descartar una degeneración sarcomatosa, y plantear el tratamiento definitivo.

CC-14

A EXPERIÊNCIA DO HGSA NO TRATAMENTO DE OSTEOSSARCOMAS COM QT NEOADJUVANTE E CIRURGIA DE PRESERVAÇÃO DE MEMBROS.

Freitas D, Vilaça A, Cardoso P.
Serviço de Ortopedia do Hosp. Geral St° Antonio.

O osteossarcoma é o tumor mais comum dos tumores primitivos ósseos. Todavia quando são considerados os diferentes aspectos destas lesões, nomeadamente o tipo histológico, fica patente um grupo muito heterogéneo de lesões com grande variabilidade na forma de apresentação, na resposta à quimioterapia e, consequentemente, no prognóstico.
Até aos anos 70, o prognóstico da doença era muito mau, o tratamento cirúrgico standard era a amputação e 80% dos pacientes morriam de doença metastática. Com o desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas, com o advento da quimioterapia combinada de múltiplos fármacos e com novos métodos de imagem, a sobrevida dos doentes melhorou significativamente e entre 90 a 95% destes, passaram a ser tratados cirurgicamente pela exérese do tumor com preservação do membro.
Os autores revêem os 22 casos de osteossarcoma tratados no HGSA, dos quais 20 foram submetidos ao protocolo da quimioterapia neoadjuvante T20 de Rosen.
Do ponto de vista histológico, o osteossarcoma convencional, verificou-se em 19 casos; 2 eram paraosteais e 1 era intramedular de baixo grau.
O diagnóstico foi feito com biopsia por agulha (trocar), excepto em 3 casos, em que foi feito por biopsia incisional.
Um doente apenas fez quimioterapia paliativa; 2 doentes foram submetidos a amputação e os restantes foram submetidos a cirurgia de preservação do membro.
Foram utilizadas diversas técnicas cirúrgicas, tais como: artrodese (n=1), enxertos (n=4), próteses (n=13) e composto (n=1).
Quanto às margens cirúrgicas, apenas se verificou 1 caso em que a ressecção foi intra-luminal e 2 casos marginais.
Relativamente ao seguimento dos doentes tratados, 1 doente abandonou o follow-up, 6 doentes faleceram, 3 doentes estão vivos com doença metastizada e 12 doentes encontram-se vivos e livres de doença.
Na avaliação funcional, obteve-se uma média de 84% na avaliação funcional do membro superior (DASH) e 81% na avaliação funcional do membro inferior (TESS).
Apesar da série pequena para correlacionar margens e necrose com sobrevida, pudemos constatar que há rigor nos registos das especialidades envolvidas no diagnóstico e tratamento e que a actuação está de acordo com o estado da arte.

CC-15

CONDROSSARCOMA DO ILÍACO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

Gonçalves Pereira A, Sousa J, Massada M, Cardoso P.
Hospital Geral de Santo António, Porto.

INTRODUÇÃO
O condrossarcoma é o segundo tumor primário maligno ósseo mais frequente e localiza-se preferencialmente no esqueleto axial. Pela sua natureza radio e quimioresistente, a exérese alargada constitui a única possibilidade para a cura.
CASO CLÍNICO
O presente caso refere-se a uma jovem de 23 anos, sem antecedentes patológicos relevantes. Enviada à consulta de Ortopedia por tumefacção dolorosa da região inguinal esquerda com vários meses de evolução. Imagiologicamente era visível um extenso complexo lesional de cerca de 10cm de maior diâmetro, exibindo múltiplas calcificações grosseiras, e com aparente epicentro no pilar anterior do acetábulo. Efectuou-se a biopsia da lesão por agulha e obteve-se a confirmação da suspeita clínica de condrossarcoma (Grau II).
A cirurgia foi efectuada através de uma abordagem antero-lateral da hemipelve esquerda com excisão em bloco dos 2/3 distais do ilíaco e fémur proximal tendo como limites superior a espinha ilíaca ântero-superior, medial a sínfise púbica e inferior o colo femural. Esta fase foi dificultada pela proximidade de orgãos e feixe vasculonervoso femural, mas com preservação da integridade destes. Efectuada reconstrução da parede abdominal com prótese de Mercilene, colocação de prótese "Custom-made" com apoio no osso ilíaco remanescente e artroplastia total da anca com prótese não-cimentada. O pós-operatório decorreu sem intercorrências, com recuperação da capacidade de marcha ao fim de um mês da cirurgia.
DISCUSSÃO E CONCLUSÕES
A cirurgia constitui o "gold standart" no tratamento dos condrossarcomas. Pela localização, dimensões e invasão que os caracterizam, tornam-se muitas vezes desafios quase impossíveis para os cirurgiões. Para além da cura, a recuperação física, funcional e psicológica destes doentes não deve ser esquecida. A cirurgia reconstrutiva deverá ser uma preocupação, em particular nos doentes jovens, uma vez que comprovadamente não altera a taxa de cura, permite uma mais próxima e rápida recuperação ao estado pré-operatório e minimiza o trauma físico e picológico de uma doença e cirurgia por si só deveras mutilantes.

CC-16

DEFORMIDAD LATERAL DEL TALÓN TRAS TRAUMATISMO DE BAJA ENERGÍA.

Quintela Martínez A, Souto González N, Castiñeiras Sánchez M, López Bargiela P.
Servicio de Traumatología de Hospital Juan Canalejo de A Coruña.

INTRODUCCIÓN
La luxación de la articulación subastragalina es una lesión muy poco frecuente, 1-2 % de todas las luxaciones y el 15% de las luxaciones del pie y del tobillo. El 80% son mediales y el 20% laterales, éstas últimas son con frecuencia abiertas y suelen asociarse a fracturas de astrágalo, calcáneo, escafoides o peroné.
CASO CLÍNICO
Mujer de 36 años de edad, que acude a urgencias tras sufrir torsión en eversion de tobillo derecho. Advirtiendo deformidad e impotencia funcional, con exploración neurovascular normal. La radiografía muestra una luxación lateral del calcáneo a través de la

articulación subastragalina y calcaneocuboidea asociada a fractura medial del calcáneo a nivel del sustentáculum tali, manteniéndose intactas las articulaciones de la tibia y peroné con el astrágalo y la astragaloescafoidea. De urgencia se intenta una reducción cerrada, no siendo ésta posible se realiza reducción abierta, mediante abordaje medial y osteosíntesis con un tornillo canulado, desde el sustentáculum tali hasta el cuerpo del calcáneo.
EVOLUCIÓN
Al año y 9 meses de seguimiento la paciente camina sin dolor, con molestias ocasionales sobretodo relacionadas con los cambios estaciónales, alcanzando una flexión dorsal de 10º, flexión plantar de 45º, e inversión y eversión de 10º, en la radiografía se aprecia una correcta consolidación y no se evidencian signos de necrosis.

CC-17

RECONSTRUCCIÓN CON ALOINJERTO DE TENDÓN DE AQUILES EN ROTURA DE TENDÓN ROTULIANO EN PACIENTE POSTOPERADA DE PTR.

Quintela Martínez A, Souto González N, Suárez Guijarro J, López Pérez I.
Servicio de Traumatología de Hospital Juan Canalejo de A Coruña.

INTRODUCCIÓN
La rotura del tendón rotuliano tras una Artroplastia Total de Rodilla es una complicación muy rara (0.17-2.5%) e incapacitante, sobretodo en pacientes ancianos. Existen varias alternativas para su tratamiento desde suturas directas, fijación interna de los fragmentos óseos avulsionados, hasta su reconstrucción con injertos autólogos como: fascia lata, gracilis, plantar, semitendinoso, gastronemio, aloinjertos: H-T-H (tibia, tendón rotuliano y rótula), H-T (tibia, Aquiles) o con materiales sintéticos.
CASO CLÍNICO
Mujer de 68 años, intervenida hace +/- 4 meses de PTR I Optetrack por gonartrosis, refiere incapacidad brusca para la extensión mientras realizaba ejercicios de fisioterapia activa, a la exploración física presenta tumefacción en rodilla, derrame articular, rótula alta, hachazo en tendón rotuliano con dolor a este nivel e incapacidad para la extensión activa de la rodilla. La radiografía muestra un desplazamiento de la rótula en relación con la línea articular, siendo la paciente diagnosticada de rotura crónica del tendón rotuliano. Se interviene quirúrgicamente realizándose un cierre directo con PDS y refuerzo de la sutura con aloinjerto H-T de tendón de Aquiles colocado distalmente por debajo de la TTA levantando una pequeña ventana ósea y fijándolo con un tornillo de cortical de 3.5, a nivel proximal se sutura con puntos de Vicryl para reforzar toda la extensión del tendón rotuliano.
EVOLUCIÓN
Al año y 11 meses de seguimiento la paciente camina sin dolor y sin ayuda de bastones, con BA: 0º- 90º, la radiografía de control es normal salvo un ligero ascenso de la rótula.

CC-18

REPARACIÓN QUIRÚRGICA POR ÚNICA VÍA ANTERIOR DE LA ROTURA DEL TENDÓN DEL BICEPS BRAQUIAL.

Souto González N, Quintela Martínez A, Fernández Gilino L, López Pérez I.
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Clínico Juan Canalejo, A Coruña.

INTRODUCCIÓN
La rotura distal del tendón del bíceps braquial es una lesión infrecuente. Se han descrito como factores predisponentes a la rotura los similares al resto de los tendones: edad, diabetes, corticoides, artritis reumatoide,..
Están descritos en la literatura distintos tratamientos quirúrgicos y ortopédicos; actualmente se opta por aquel que reinserta anatómicamente el tendón, pues de no ser así se ha comprobado disminución de la fuerza flexora y supinadora.
MATERIAL Y MÉTODO
Presentamos el caso de un varón de 38 años, sin antecedentes de interés, no fumador, que tras realizar un esfuerzo contra resistencia, percibe la sensación de "latigazo" en la cara anterior del codo con posterior dolor y equímosis. A la exploración física: defecto palpable con ascenso de la masa muscular del bíceps, y limitación para la flexión del codo y sobre todo la supinación. Se realiza RNM que confirma nuestra sospecha diagnóstica. Se decide intervención quirúrgica: reinsercción del tendón en tuberosidad bicipital del radio mediante vía anterior única y con arpón (MitekR), inmovilización con férula de yeso que se sustituye por ortesis articulada posteriormente para iniciar movilizaciones.
RESULTADOS
Evolución satisfactoria con buen balance articular (extensión y flexión completa) y consiguiendo fuerza comparable al miembro contralateral.
CONCLUSIONES
Consideramos que la sutura con arpones es una técnica quirúrgica relativamente sencilla, consiguiéndose la reinsercción del tendón en posición anatómica con una menor disección y riesgo para la parálisis del nervio radial y sinostosis radiocubital.

CC-19

FRACTURA DE CRESTA ILÍACA EN ZONA DONANTE DE INJERTO ÓSEO.

Barahona Aragüés F, Sanmartín Fernández M, Larrauri Puebla P, Troncoso Durán J.
Hospital POVISA. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

INTRODUCCIÓN
La toma de injerto óseo autólogo es parte necesaria de muchas intervenciones en cirugía ortopédica. La posibilidad de complicaciones en la zona donante siempre es posible. En cresta iliaca está bien documentada la lesión del nervio femorocutáneo.
OBJETIVO
Se presenta un caso clínico en el que ocurrió una fractura de la espina iliaca.
MÉTODOS
Caso clínico: paciente que sufre una caída en el postoperatorio inmediato de una operación de artrodesis subastragalina por fractura de calcáneo presentando dolor agudo en la cresta ilíaca. En la radiografía se aprecia una fractura por arrancamiento de la espina iliaca anterosuperior en relación con la zona donante de injerto óseo.
RESULTADOS
No se apreció déficit de movilidad ni de fuerza tras la curación. El nervio femorocutáneo no sufrió lesión. La artrodesis subastragalina evolucionó sin complicaciones. La toma de injerto de cresta iliaca es un acto quirúrgico frecuente y la mayoría de las veces no presenta complicaciones. La posibilidad de fractura es inusual pero posible. Incluso está documentada en la bibliografía la posibilidad de herniación de asas intestinales.
CONCLUSIONES
Es importante ser meticuloso en la extracción del injerto óseo

de cresta iliaca. La posibilidad de una fractura pélvica debe ser tenida en cuenta durante el postoperatorio.

CC-20

DEFORMIDAD EN VALGO DE RODILLA TRAS FRACTURA DE METÁFISIS TIBIAL.

Souto González N, Quintela Martínez A, González Herranz P, de la Fuente C, Castro Torre M.
Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica, Hospital Teresa Herrera. A Coruña.

INTRODUCCIÓN
Definimos epifisiodesis patológicas como el cierre prematuro del cartílago de crecimiento tras la influencia de diferentes causas etiológicas, pudiendo provocar deformidades axiales y/ o acortamientos de gravedad variable.
OBJETIVOS
La presentación de este caso nos lleva a tener presente siempre esta patología ante traumatismos de alta energía sobre un cartílago de crecimiento inmaduro, aún habiendo pasado desapercibido inicialmente.
MÉTODOS Y RESULTADOS
Presentamos el caso de un adolescente de 14 años que sufre un accidente de moto con fractura en tallo verde de metáfisis distal de radio derecho, fractura de metáfisis proximal de tibia izquierda y rotura parcial de uretra. Tras el tratamiento correcto de sus fracturas, 12 meses después del traumatismo consulta por deformidad de rodilla en valgo de 26º, flexo de 5º y dismetría de 5 cm. Una vez realizadas las pruebas pertinentes, se llega al diagnóstico de un PUENTE FISARIO PÓSTERO-INTERNO EN CÓNDILO FEMORAL MEDIAL. Se propone tratamiento quirúrgico: hemicondrodiatasis con un fijador externo, consiguiéndose una corrección completa del flexo de rodilla, 14º del valgo y persistiendo una dismetría de 1´25.
CONCLUSIONES

1. No se debe infravalorar esta lesión.
2. La radiología simple es el método de elección para su diagnóstico.
3. La RNM es de ayuda en conocer la localización y magnitud del puente.
4. El tratamiento se basa en la magnitud de la deformidad/ dismetría y el crecimiento residual.

CC-21

FRACTURA DE CORONOIDES ANTEROMEDIAL CON LESION LIGAMENTOSA MEDIAL ASOCIADA.

Izquierdo Santos A, Blanco Novoa J, Villardefrancos Gil S, Méndez Álvarez M, Fernández Cortiñas B.
Servicio de C.O.T. Complexo Hospitalario de Ourense.

INTRODUCCIÓN
Después del clásico trabajo de Morrey en el año 1989 en el que establece una clasificación de fracturas de coronoides y el tratamiento oportuno , surgen consideraciones posteriores y modificaciones de esta clasificación que guían la actitud terapeútica cuando existe inestabilidad asociada . En los casos de fractura tipo II acompañada de insuficiencia del ligamento medial debe adoptarse una actitud quirúrgica, ya que los resultados de su historia natural no son buenos.
OBJETIVOS
Nuestro objetivo es presentar nuestra experiencia en un caso en el que hemos realizado reparación perpriman del complejo ligamentoso medial tras fijación de la fractura con placa Mayo Clinic anatómica para fracturas de coronoides.
MÉTODOS
Se trata de un paciente varón de 26 años de edad que presenta tras traumatismo deportivo, dolor e impotencia funcional codo derecho. También se evidencia inestabilidad medial en al exploración en extensión. Se realiza estudio de RX convencional en la que se ve fractura de apófisis coronoides, sin luxación ni afectación de cabeza radial ni extremidad distal de humero. En el estudio de TC se confirma lesión con fractura de apófisis coronoides afectando a vertiente anteromedial y con gran desplazamiento. Se realiza bajo anestesia locorregional e isquemia abordaje medial con conservación de complejo medial en su inserción coronoidea y reducción más fijación interna de fractura con placa Mayo Clinic Acumed. Se comprueba intraoperatoriamente la buena estabilidad en flexión y extensión. Se inmoviliza al paciente con férula más vendaje durante 7 días. Comienza a partir de dicha fecha con movilidad activa y activos asistidos, ejercicios isométricos e isocinéticos y fortalecimiento muscular a partir del mes en que se objetiva consolidación del fragmento.
RESULTADOS
Tras el período de rehabilitación de tres meses tenemos un ROM de pronosupinación completa y flexoextensión completa. Asimismo conserva al terminar dicho período una estabilidad medial total.
CONCLUSIONES
Debemos tener en cuenta las lesiones ligamentosas asociadas a fracturas de la apófisis coronoides, sin que el paciente sufra luxación del codo. Dado que en términos generales las fracturas tipo II, son manejables con tratamiento ortopédico y con buenos resultados funcionales; en el caso de que la zona más anteromedial de la apófisis coronoides se vea afectada, la inestabilidad medial puede acompañar al traumatismo y el tratamiento de elección es el quirúrgico, siendo el diseño de la placa muy fácil de aplicar para la consecución del objetivo.

CC-22

FRACTURAS DE COLUMNA ANTERIOR Y COLUMNA POSTERIOR DE CADERA Y LUXACIÓN CENTRAL DE CADERA.

López Fernández V, Cobelo Romero E, González-González Zabaleta J, Blanco Fernández P.
Hospital Juan Canalejo, Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

INTRODUCCIÓN
Las fracturas-luxación de cadera tienen como mecanismo de producción fundamental la transmisión de fuerzas a través de la cabeza femoral en traumatismos de alta energía; es el caso de caídas desde plano elevado sobre pie, o golpes sobre rodilla en accidentes de tráfico; también golpes o caídas directamente sobre un lateral del cuerpo.
CASO CLÍNICO
Varón 29 años tras accidente de tráfico presenta dolor a la movilización y a la palpación de zona inguinal e impotencia funcional en miembro inferior derecho, con acortamiento y rotación ext. del mismo. Fuerza y sensibilidad de miembro inferior derecho y pulsos distales conservados. Se realiza Rx de urgencia y posteriormente TAC cadera derecha,

diagnosticando FRACTURAS DE COLUMNA ANTERIOR Y COLUMNA POSTERIOR DE CADERA Y LUXACIÓN CENTRAL DE CADERA, además de dehiscencia sacroilíaca derecha. De forma urgente se procede a colocación de tracción transesquelética con 10 Kg., y se demuestra la existencia de la luxación central de cadera, no consiguiéndose la reducción de la fractura-luxación. Posteriormente tras realización de arteriografía para embolización de la arteria glútea superior; es intervenido quirúrgicamente realizando osteosíntesis de la fractura.

EVOLUCIÓN

La evolución postoperatoria intrahospitalaria resultó sin complicaciones, con Rx. Control satisfactoria y con completa reducción de las fracturas. Habiendo mantenido 2 meses y medio descarga absoluta del miembro inferior derecho; el paciente es revisado de nuevo en Consultas Externas cuatro meses postqx., acudiendo con buena movilidad, caminando, realizando satisfactoriamente fisioterapia y sin datos de necrosis avascular, por lo que se inicia deambulación sin muletas.

CC-23

LUXACIÓN BIFACETARIA T11-T12.

Blanco Fernández P, Cobelo Romero E, García Moreno A, García Rodríguez L, López Fernández V.
Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

INTRODUCCIÓN

La luxación bifacetaria torácica es una entidad rara, debido a la gran estabilidad de la columna torácica, la cual viene determinada por la disposición casi coronal de las facetas articulares, la limitación de la movilidad por la articulación de las costillas con el esternón y la columna vertebral y por la fortaleza del complejo ligamentario posterior. Se produce por un mecanismo de flexión-distracción tras un traumatismo de alta energía, dando lugar a lesiones neurológicas en el 62-89 %, siendo el porcentaje de pacientes sin lesión neurológica asociada solo del 3-7%. La causa más frecuente son accidentes de tráfico y las precipitaciones; por lo que existe un alto índice de lesiones viscerales y/o vasculares a nivel toraco-lumbar.

CASO CLÍNICO

Varón de 52 años con anoxia cerebral post- parada cardiorespiratoria que sufrió un traumatismo dorsolumbar brusco en hiperflexión tras caerse su cuidador sobre él. A la exploración presenta arreflexia de ambos MMII, afectación motora y sensitiva a nivel L1. Al realizarle RX, TAC y RMN se evidencia luxación bifacetaria D11 - D12 con una mínima fractura en la porción anterosuperior de D12 y signos de contusión medular. Se procede al a reducción quirúrgica y artrodesis posterior D10 - L1 transpedicular e injerto óseo de cadáver.

CONCLUSIONES

- La luxación bifacetaria D11 - D12 es un entidad poco frecuente.
- En nuestro caso, destacar el mecanismo de producción por la rareza del mismo, y teniendo en cuenta que tras revisar la literatura todos los casos descritos son debidos a accidentes de tráfico y precipitaciones.
- En cuanto a la lesión neurológica es difícil la exploración por la situación previa del paciente, por lo que se ha decidido solicitar la realización de potenciales evocados.

CC-24

FRACTURA DE CUELLO FEMORAL EN PERÍODO PUERPERAL.

Varela Vázquez JM, Baña Sandá FJ, González Vilariño V, López Paz M, Fernández Santás T, Oitabén Mariño A, Otero Soengas L.
Área Sanitaria de Ferrol - CHAM - PNS.

INTRODUCCIÓN:

Durante la gestación y el período puerperal se producen intensas alteraciones en el metabolismo óseo, conduciendo a estados transitorios de osteoporosis y aumentando el riesgo de fractura.

Se expone el caso de una mujer puérpera de 26 años, con antecedente de cesárea por gestación prolongada y traumatismo de baja intensidad, dos semanas antes. Se realiza el diagnóstico de fractura subcapital femoral Garden III.

OBJETIVOS

Se realiza una exposición de los factores epidemiológicos y etiopatogénicos que llevan a la aparición de este cuadro de osteoporosis transitoria y las consecuencias inmediatas.

MÉTODOS

Se relatan los hallazgos clínicos y radiológicos que llevaron al diagnóstico de fractura de cuello femoral. Se relatan el tratamiento realizado, los controles inmediatos y en sucesivas revisiones.

CONCLUSIONES

La osteoporosis secundaria o transitoria del embarazo afecta a mujeres en período gestacional y puerperio, ocasionando un riesgo elevado de padecer eventos fracturarios.

La fractura de cuello femoral es una rara y grave complicación de estos períodos de osteoporosis con pocos casos reseñados en la literatura médica.

CC-25

CIRUGIA DE REVISIÓN DE HEMIARTROPLASTIA DE CADERA TRAS FRACTURA PERIPROTÉSICA.

Rivas Laso JA, Castiñeiras Sánchez M, López Bargiela P.
Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica, HJC.

INTRODUCCIÓN

Las fracturas periprotésicas femorales han aumentado en frecuencia en la última década, asociándose a las mismas diferentes complicaciones de carácter complejo como la conminución y la pérdida ósea, sin olvidar el posible aflojamiento del componente femoral.

OBJETIVOS

La presentación de este caso nos permite exponer diferentes técnicas quirúrgicas como solución a un problema como el de las fracturas periprotésicas.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente, mujer de 80 años, en seguimiento desde el año 1993, en el que se implantó una PPC y que posteriormente padeció una fractura periprotésica, procediéndose a su recambio, con un período total de seguimiento de 15 años.

CONCLUSIÓN

Las fracturas periprotésicas suponen un importante reto quirúrgico, aunque también existen diversas opciones terapéuticas que suponen una gran ayuda. Su uso racional, en consonancia con el tipo de fractura y las condiciones del paciente, condicionarán un resultado satisfactorio a largo plazo.

CC-26

ARTRODESIS ARTROSCÓPICA DE TOBILLO.

Villardefrancos Gil S, Blanco Novoa J, Méndez Álvarez M, Izquierdo Santos A, Fernández Cortiñas B, Fernández Cebrián A.
Servicio de C.O.T. Complexo Hospitalario de Ourense.

INTRODUCCIÓN
A pesar del reciente auge de la artroplastia de tobillo, gracias a los grandes avances técnicos y de implantes, la sustitución protésica de tobillo es todavía una técnica en desarrollo.
La artrodesis tibioperoneoastragalina continúa siendo una técnica ampliamente utilizada por aportar buenos resultados en el tratamiento de la artrosis de tobillo en sus estadios finales, especialmente, en aquellos casos con alta demanda de fuerza y actividad en los que continúa siendo el gold standard.
El abordaje por técnica artroscópica permite conseguir dicha artrodesis mediante cirugía mínimamente invasiva y con resultados similares a la cirugía abierta cuando las indicaciones se realizan correctamente.
OBJETIVOS
Nuestro objetivos es expone nuestra breve experiencia y los resultados obtenidos mediante esta técnica de abordaje para la consecución de la artrodesis de tobillo.
MÉTODOS
En nuestro hospital se han intervenido en un periodo de 3 años 13 pacientes a los que se les ha realizado una artrodesis de tobillo mediante técnica artroscópica. En todos los casos la causa de la artrosis fue postraumática (en estadio 2-3). De ellos 11 eran mujeres y 2 hombres, con una edad media de 54,6 años (48-67). El seguimiento has sido superior a los 12 meses en todos los casos.
Bajo anestesia regional e isquemia se coloca al paciente en decúbito supino con sistema de tracción de tobillo. Mediante los portales habituales (anterolateral y anteromedial) se procede a realizar sinovectomia y limpieza articular, y cruentación de las superficies articulares (motorizada y manual) intentando mantener los contornos articulares. Posteriormente tras control radiológico se procede a fijar la articulación en la posición adecuada (dorsiflexión neutra, 0º-5º valgo y 0º-5º rotación externa) mediante dos tornillos canulados (Acutrak®).
En el postoperatorio se coloca bota de yeso autorizando la carga con dicha inmovilización a las 6-8 semanas. Se retira el yeso a las 12-14 semanas permitiendo carga.
RESULTADOS
En todos los casos se consiguió la artrodesis, con una media de consolidación de 5,9 meses (5 y 8,5 meses). En dos de los casos hubo que retirar los tornillos por molestias del material. No hemos identificado otras complicaciones.
CONCLUSIONES
Desde la descripción por primera vez en 1983 de la técnica artroscópica para la artrodesis de tobillo se han desarrollado numerosas modificaciones y mejoras técnicas que han permitido obtener un nivel de buenos resultados similar a la cirugía abierta. Aporta una serie de ventajas: menor morbilidad, menores pérdidas sanguíneas, menor estancia hospitalaria, recuperación más rápida de la movilidad etc. y permite además conseguir una adecuada fusión articular en pacientes con problemas cutáneos o de partes blandas en los que estaría contraindicado un abordaje abierto. Sin embargo esta técnica no está exenta de complicaciones (lesiones neurológicas y vasculares, infecciones, pseudoartrosis…) y presenta una importante limitación ya que no permite la corrección de deformidades.
Creemos que la artrodesis de tobillo mediante técnica artroscópica ofrece buenos resultados minimizando las complicaciones postoperatorias en el tratamiento de los procesos dolorosos degenerativos, con tasas de unión similares a la cirugía abierta, en pacientes correctamente seleccionados y con mínimas deformidades.

CC-27

REARTRODESIS EN RODILLA DE CHARCOT.

Fernández Cortiñas B, Blanco Novoa J, Villardefrancos Gil S, Méndez Álvarez M, Izquierdo Santos A, Ramos Domingo B.
Servicio de C.O.T. Complexo Hospitalario de Ourense.

INTRODUCCIÓN
En la rodilla de Charcot, la causa más frecuente en nuestro tiempo es la diabetes, en el caso que presentamos veremos que la causa se acerca a la descripción original de primera mitad del siglo XX en la que la tabes dorsal era la causa fundamental de artritis neuropática. En este tipo de rodilla la artroplastia esta parcialmente contraindicada, y en el caso de optar por una artrodesis el intento debe realizarse con montajes estables y rígidos.
OBJETIVOS
Exponemos un caso en el que el fracaso de un intento de artrodesis con injerto en paciente con artropatía neuropática se solucionó finalmente con la colocación de un clavo de artrodesis de LINK e interposición de cemento.
MÉTODOS
Se trata de un paciente de 56 años de edad que acude a consulta por presentar gran dolor e inestabilidad medial de rodilla izquierda, sin antecedente traumático conocido; limitación de movilidad de la flexión en los últimos 20º. En el estudio RX se evidencia lesión con pérdida ósea a nivel de platillo tibial interno y menos importante de cóndilo femoral interno. En estudio de RMN se aprecian grandes defectos osteocondrales que afectan a ambos cóndilos y meseta tibial interna, que en ausencia de traumatismo y sin signos de malignidad se podrían ser compatibles con infección crónica tipo tuberculosis. La RMN de columna descarta procesos de mielopatía y siringomielia.
Los estudios analíticos muestran pruebas reumáticas normales, elevación de PCR y VSG elevada con resto de los parámetros normales, serología para VIH, VHB, Borrelia y anticuerpos antiBrucella negativos. Mantoux negativo.
Se realizan estudios de aspirado sinovial con cultivos del mismo que negativos. Sin embargo obtenemos la siguiente serología para Lues: VDRL(-), RPR(-), Ac para treponema pallidum(+)
Biopsia sinovial artroscópica que se informa como sinovitis crónica vellosa con focos de calcificación distrófica.
El EMG muestra signos de denervación crónica en territorio L3-L4 y L4-L5 Izquierdo. Gammagrafía Ga/Tc compatible con monoartritis infecciosa rodilla izquierda con mayor actividad en compartimento medial.
Ante una artropatía neuropática de este tipo sin proceso infeccioso activo, y con la sospecha por conductas de riesgo y analíticas de una posible artropatía de Charcot, se realiza artrodesis con clavo Wichita® y aporte de injerto; tras amplia sinovectomía y desbridamiento de hueso no viable. A los 6 meses acude por presentar de nuevo gran inestabilidad medial sin antecedente traumático. En el estudio RX se evidencia rotura del vástago tibial, por lo que se reartrodesa con clavo de LINK® cementado y un espaciador de cemento para intentar suplir la pérdida ósea.
RESULTADOS
Creemos que ante un caso como el que nos ocupa el clavo cementado con un montaje más rígido ha sido un método más adecuado de tratamiento que el clavo a compresión utilizado en un primer momento.

CONCLUSIONES
La rodilla de Charcot es una patología muy rara que suele deberse a diabetes. En caso de no ser tolerable con tratamiento conservador ha de recomendarse una artrodesis. La prótesis de rodilla se halla relativamente contraindicada, aunque puede practicarse con moderadas posibilidades de éxito si se tiene un buen equilibrio ligamentoso. En el caso de plantearse la artrodesis, dada la naturaleza de la lesión, debe realizarse de manera rígida y estable.

CC-28

ARTROPLASTIA TOTAL DE CODO TRAS PSEUDOARTROSIS EN HÚMERO DISTAL.

Mendoza Álvarez M, Otero Villar J, Fontao Fernández L, Ferreirós Conde MJ, Hernández Blanco M.
Servicio de traumatología y ortopedía del Hospital del Meixoeiro.

INTRODUCCIÓN
La incidencia de pseudoartrosis de las fracturas de húmero distal es del 2 al 4%, siendo más frecuente en las fracturas supracondíleas (50%).
Se han barajado múltiples factores etiológicos entre ellos la infección, la conminución, las lesiones asociadas múltiples, el excesivo daño de las partes blandas y el tratamiento inicial inadecuado por mala reducción o síntesis incorrecta o insuficiente.
OBJETIVOS
Exponer los resultados obtenidos en nuestro servicio utilizando la prótesis total semiconstreñida Coonrad/Morrey en dos casos de pseudoartrosis en húmero distal.
MATERIAL Y MÉTODOS: CASOS CLÍNICOS
Caso 1: Mujer de 87 años con rigidez y dolor en codo derecho, diagnosticada en consultas externas de pseudoartrosis supracondílea por antecedente traumático no estudiado previamente. Se trató mediante prótesis semiconstreñida Coonrad/Morrey de codo derecho.
Caso 2: Mujer de 67 años tratada con reducción abierta y osteosíntesis con 2 placas preconformadas por fractura supraintercondílea conminuta de húmero derecho, que evolucionó a pseudoartrosis. Se trató mediante artroplastia semiconstreñida Coonrad/Morrey de codo derecho.
RESULTADOS
No hubo complicaciones en el postoperatorio inmediato.
Al año de evolución ambas pacientes no presentan dolor en el codo, son independientes para las actividades de la vida diaria, alcanzan la boca con la mano, tienen una movilidad de 20 a 120° de flexión en el caso 1 y de 20 a 145° de flexión en el caso 2.
CONCLUSIONES
La artroplastia total de codo con implante semiconstreñido es una alternativa en el tratamiento de las pseudoartrosis de extremidad distal de húmero en pacientes mayores de 60 años con una actividad física limitada, con importante pérdida ósea, mala calidad de los fragmentos y una lesión articular irreversible.

CC-29

OCRONOSIS: A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Otero J, Fontao L, Mendoza M, Ferreirós M.
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. H. MEIXOEIRO (CHUVI), Vigo.

INTRODUCCIÓN.
La alcaptonuria es una enfermedad metabólica hereditaria caracterizada por la tríada: orina oscura, pigmentación del tejido conectivo (ocronosis) y artritis degenerativa de las articulaciones de carga. Se transmite con carácter autosómico recesivo, tiene una distribución casi equivalente entre sexos y su incidencia oscila entre 1:1000000 y 1:10000000. Las mutaciones en el gen HGO (homogenístico), localizado en el brazo largo del cromosoma 3, producen un trastorno metabólico caracterizado por ausencia parcial o completa de la oxidasa del ac. homogenístico, enzima responsable del catabolismo de la tirosina y la fenilalanina. Esto provoca que se eleven los niveles séricos de este ácido, que se acumula en los tejidos conectivos en los que hay polimerización con las fibras colágenas y que, por oxidación, se forme un pigmento color café negruzco, el cual se deposita y tiñe especialmente el cartílago articular y a los tejidos periarticulares. Otras localizaciones son los discos intervertebrales, el cartílago auricular, la esclerótica, el tímpano, las válvulas cardíacas o la laringe, y es característica su excreción por la orina.
OBJETIVOS
Presentación de dos casos de artropatía ocronótica tratados en nuestro servicio.
MATERIAL Y MÉTODOS
Caso 1: Mujer de 71 años ya tratada con PTC izqda en 1999 que se diagnostica de coxartrosis dcha, siendo intervenida en 2002 de la misma. Durante la artroplastia de cadera dcha se aprecia pigmentación negra del cartílago de cabeza femoral, que junto con la pigmentación de esclerótica de los ojos y cartílagos auriculares hace sospechar alcaptonuria. Se envía muestra a anatomía patológica, se realiza estudio radiográfico del esqueleto y cuantificación de ácido homogenístico en orina de 24 horas, confirmándose el diagnóstico microscópico, apreciando calcificación de discos articulares en columna dorsolumbar y alcaptonuria. En años siguientes desarrolla gonartrosis bilateral, por la que es intervenida en marzo de 2007 de PTR izquierda. Durante el acto quirúrgico se aprecia nuevamente una gran tinción oscura del cartílago articular y tejidos periarticulares. Actualmente está en lista de espera para PTR derecha.
Caso 2: Varón de 65 años diagnosticado por Medicina Interna de alcaptonuria y coxartrosis dcha, por la que fue tratado en nuestro servicio con PTC, objetivando la pigmentación característica de la enfermedad en dicha articulación. Como en el caso anterior, presentaba calcificación de discos intervertebrales, aunque no se apreciaban estigmas externos de la enfermedad.
RESULTADOS
No se han observado complicaciones a nivel de los implantes hasta el momento actual.
DISCUSIÓN
La acumulación de ácido en el cartílago modifica su consistencia y lo hace más friable, lo que acelera su degeneración y conduce a la artrosis, afectando a múltiples articulaciones. En la actualidad no hay ningún tratamiento médico que pueda frenar o revertir este proceso metabólico. Coincidimos con el resto de autores en la evolución satisfactoria de las artroplastias en esta patología, siendo hasta el momento la única opción terapéutica en los casos evolucionados de afectación articular.

CC-30

FIBROMATOSIS PALMAR EN UN NIÑO DE ONCE AÑOS.

Fernández Bran B, Sanmartín Fernández DM, Ortiz JA, Troncoso Durán JR, Fernandez Pereira T, Correa Gallego C, Payola Lahoz J.
Servicio de COT, Hospital POVISA, Vigo.

INTRODUCCIÓN
La enfermedad de Dupuytren es el tipo más común de fibromatosis con un prevalencia en la población general de 1 a 2 %.

La lesión es más frecuente en mayores estando afectados 24% de los pacientes con más de 65 años. La incidencia en niños es rara y es denominada fibromatosis palmar juvenil o infantil. Esta lesión suele ser localmente agresiva y se caracteriza por la infiltración asintomática y lenta de fibroblastos de la fascia palmar.

OBJETIVOS

Resaltar la importancia de la exploración física, pruebas complementarias y una correcta cirugía para un correcto diagnóstico y evitar recidivas en fibromatosis en niños.

MÉTODOS

Analizamos el caso de un niño de 11 años que acudió al servicio de COT en enero de 2006 por presentar una masa en el cuarto dedo de la mano derecha. A la exploración, se tuvo en cuenta el grado de afectación sensitiva, motora, las características de la masa y la zona de localización. Se realizó cirugía y también se practicaron estudios prequirúrgicos de RMN e histopatológico post-quirúrgico para su correcta identificación.

RESULTADOS

Observamos una masa de crecimiento lento, no dolorosa, en la superficie palmar del cuarto dedo de la mano derecha de 6 meses de evolución. A la extensión máxima del dedo, se observaba una deformidad tipo cuello de cisne con 42 grados de flexión de la articulación IFP y 24 grados de extensión de la articulación IFD. El grado de flexión era completo. El paciente fue intervenido en julio de 2006 para exéresis del tumor. Durante la intervención se observó importante infiltración del paquete neurovascular colateral radial. Se procedió la resección del paquete y la reconstrucción del nervio con injerto del nervio sural. Los estudios de anatomopatológico y RMN coincidieron en el diagnostico de fibromatosis palmar. La evolución del paciente tras 16 meses de seguimiento fue favorable con corrección completa de la deformidad y rango completo de movilidad del dedo afectado. La discriminación de 2 puntos en ambos lados del pulpejo era de 5 mm. No hubo, hasta el momento, recidiva de la deformidad y tampoco quedaron secuelas en la zona donante del injerto de nervio (nervio sural del pie izquierdo).

CONCLUSIONES

Aunque la Enfermedad de Dupuytren es una entidad relativamente frecuente, la Fibromatosis Palmar en niños es mucho más rara y requiere una atención especial. Analizando este caso clínico hemos de manifiesto la importancia de una buena exploración, pruebas complementarias adecuadas y correcta técnica quirúrgica para realizar un correcto diagnóstico diferencial temprano y evitar las secuelas que podría provocar el desarrollo de la tumoración.

CC-31

EMBOLIZACIÓN ARTERIAL PREQUIRÚRGICA EN TUMORES MALIGNOS DE PARTES BLANDAS.

Sende Munín N, González-Carreró SA, Señarís Rodríguez J, Seoane Pose C.
Hospital Clínico Universitario de Santiago, Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

INTRODUCCIÓN

La embolización arterial es una opción cada vez más utilizada en cirugía ortopédica, ya sea con finalidad terapéutica, paliativa ocoadyuvante. Pretendemos con este trabajo revisar nuestra experiencia con la aplicación de esta técnica en el tratamiento de tumores malignos de partes blandas de sistema músculo esquelético.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisan retrospectivamente 6 casos de tumoraciones malignas músculo-esqueléticas estudiadas en nuestro centro entre enero de 2004 y diciembre de 2006, centrándonos en aquellos en los que se utilizó la embolización arterial dentro del protocolo terapéutico.

RESULTADOS.

De los 6 casos de tumoraciones malignas de partes blandas, en 3 de ellos se utilizó la embolización como técnica prequirúrgica: 2 casos de histiocitomafibroso maligno y 1 caso deliposarcoma.

En ambos casos se obtuvo una disminución significativa del tamaño tumoral.

CONCLUSIONES

La finalidad principal de esta técnica suele ser la disminución prequirúrgica del tamaño tumoral sin bien puede utilizarse con fines paliativos en tumores irresecables o resistentes a la radioterapia. Basándonos en nuestra experiencia y en la recogida de la bibliografía concluimos que dicha técnica favorece el manejo tanto quirúrgico como oncológico de los pacientes con esta patología.

Índice de comunicaciones orales

DÍA 30 DESDE LAS 08.45 H. A LAS 11.30 H.

CO-01. Sarcomas sinoviales en el área sanitaria de Lugo (2002-2006). ... 7
CO-02 Refuerzo vertebral y patología tumoral. ... 7
CO-03 Carcinoma de células de Merkel. ... 7
CO-04 Osteoma Osteoide: Estudio retrospectivo de dos poblaciones. ... 8
CO-05 Comparativa del tratamiento del osteoma osteoide: Resección en bloque vs fresado + curetaje. ... 8
CO-06 Tumores Glómicos de la mano: Diágnostico y tratamiento de 25 casos. ... 9
CO-07 Cuantificación de la expresión génica de Nur77 en osteosarcomas osteogénicos. ... 9
CO-08 Epidemiología y aspectos clinicopatológicos del osteosarcoma en nuestro medio. ... 9
CO-09 90 osteosarcomas esqueléticos. Revisión de 15 años (1988-2003). ... 10
CO-10 Marcadores Moleculares en la predicción de resultado en pacientes con osteosarcoma. ... 10
CO-11 Encondroma vs Condrosarcoma en el esqueleto apen dicular, diagnóstico por imagen. ... 11
CO-12 Epidemiología y aspectos clinicopatológicos del condrosarcoma. ... 11
CO-13 Epidemiología de los tumores primitivos del hueso en el área sanitaria de Santiago de Compostela. ... 11
CO-14 Tratamiento de la estenosis del receso lateral con implante interespinoso x-stop. ... 12
CO-15 Osteocondrosis del tubérculo del pubis: una nueva apofisitis no descrita hasta la fecha. ... 12

DÍA 30 DESDE LAS 15:30 H. A LAS 17:00 H.

CO-16 Fracturas patológicas por enfermedad metastásica ósea. ... 12
CO-17 Schwannomas en miembros superiores. ... 13
CO-18 Precisión y utilidad diagnóstica de la aguja de biopsia bajo control CT en las neoplasias mioesqueléticas. ... 13
CO-19 Utilidad del fijador externo en la patología tumoral infantil. A propósito de un caso. ... 14
CO-20 Sarcoma de Ewing. Análisis de 45 casos tratados en la misma Institución. ... 14
CO-21 Aloinjertos estructurales en la cirugía del tumor de células gigantes. ... 15
CO-22 Análisis de 26 casos de tumores óseos primarios localizados en el sacro. ... 15
CO-23 Cirugía de los sarcomas pulmonares metastáticos. ... 15

DÍA 31 DESDE LAS 09:00 H. A LAS 11:30 H.

CO-24 Injertos óseos vascularizados en la pseudoartrosis del escafoides carpiano. ... 15
CO-25 Tratamiento de la pseudoartrosis de escafoides con injerto óseo vascularizado. ... 16
CO-26 Lesiones de la C.C.I. por flexión distracción. ¿Artrodesis anterior? ... 16
CO-27 Colgajos homodigitales triangulares de avance para cobertura de amputaciones en la extremidad de los dedos. ... 17
CO-28 Artroplastia de interposición-suspensión (Burton-Pellegrini) en el tratamiento de la rizartrosis. ... 17
CO-29 Resultado de la descompresión del tunel carpiano en pacientes mayores. ... 17
CO-30 Resultados y complicaciones del tratamiento quirúrgico en pacientes con contracturas de Dupuytren graves. ... 18
CO-31 Tratamiento y evolución de fracturas tibio-peroneas y radio-cubitales con fijador externo tipo Orthofix. ... 18
CO-32 Prótesis unicompartimental de rodilla. Nuestra experiencia. ... 18
CO-33 La artrodesis transforaminal minimamente invasiva en el tratamiento de la inestabilidad lumbar. ... 19
CO-34 Incidencia y causas de reartroscopia de rodilla. ... 19
CO-35 Rotura bilateral espontánea del tendón del cuádriceps. ... 20
CO-36 Aracnodactilia contractural congénita. A propósito de un caso. ... 20
CO-37 Complicaciones médicas en pacientes con fracturas de cadera. ... 20
CO-38 Espondilodiscitis: Limpieza y estabilización mediante abordaje anterior. ... 21

Índice de carteles científicos

SECCIÓN DE TUMORES

CC-01 Tumor fibroso solitario extradural intra-raquideo lumbar. 25
CC-02 Neurofibroma plexiforme tibial. 25
CC-03 Leiomiosarcoma periprotésico. 25
CC-04 Osteosarcoma de calcâneo - Caso clínico. 26
CC-05 Liposarcoma pleomórfico. 26
CC-06 Osteosarcoma en la enfermedad de Paget. 26
CC-07 Manejo de los sarcomas de partes blandas. 27
CC-08 Metastasis cervicales en tumor de células renales. 27
CC-09 Cirugía de salvamento de extremidad inferior. 28
CC-10 Osteosarcoma multicéntrico. Diagnóstico y tratamiento. 28
CC-11 Tumor escapular en lactante. 28
CC-12 Porocarcinoma en dedo mano. 29
CC-13 Fractura patológica en degeneración sarcomatosa de una enfermedad de Paget monostótica. 29
CC-14 A experiência do HGSA no tratamento de osteossarcomas com QT neoadjuvante a cirurgia de preservaçao de membros. 30
CC-15 Condrossarcoma do ilíaco. A propósito de um caso clínico. 30

SECCIÓN DE TRAUMATOLOGÍA

CC-16 Deformidad lateral del talón tras traumatismo de baja energía. 30
CC-17 Reconstrucción con aloinjerto de tendón de Aquiles en rotura de tendón rotuliano en paciente postoperada de PTR. 31
CC-18 Reparación quirúrgica por única vía anterior de la rotura del tendón del biceps braquial. 31
CC-19 Fractura de cresta ilíaca en zona donante de injerto óseo. 31
CC-20 Deformidad en valgo de rodilla tras fractura de metáfisis tibial. 32
CC-21 Fractura de coronoides anteromedial con lesión ligamentosa medial asociada. 32
CC-22 Fracturas de columna anterior y columna posterior de cadera y luxación central de cadera. 32
CC-23 Luxación bifacetaria T11-T12. 33
CC-24 Fractura de cuello femoral en período puerperal. 33

SECCIÓN DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA

CC-25 Cirugía de revisión de hemiartroplastía de cadera tras fractura periprotésica. 33
CC-26 Artrodesis artroscópica de tobillo. 34
CC-27 Reartrodesis en rodilla de Charcot. 34
CC-28 Artroplastia total de codo tras pseudoartrosis en húmero distal. 35

SECCIÓN DE VARIOS

CC-29 Ocronosis: A propósito de dos casos. 35
CC-30 Fibromatosis palmar en un niño de once años. 35
CC-31 Embolización arterial prequirurgica en tumores malignos de partes blandas. 36

Índice por autores

A
Alonso Benavente, A. CC-02
Álvarez Montero, R. CO-06, CO-16, CO-17, CO-25, CO-27
Alves, F. CO-18
Amhaz Escanlar, S. CO-11, CO-12, CO-13, CO-21, CC-13
Anta Martínez, L. CO-07, CO-12, CO-21, CC-13

B
Balacó, I. CO-23
Baltar M. de la Riva, A. CO-08, CO-12, CO-13
Baña Sandá, F.J. CO-04, CC-24
Barahona Aragüés, F. CO-15, CO-29, CO-30, CO-37, CC-19
Blanco Fernández, P. CC-22, CC-23
Blanco Mella, D. CO-36
Blanco Novoa, J. CC-21, CC-26, CC-27
Bravo Pérez, M. CO-01, CC-08
Bujan de Gonzalo, A. CO-36

C
Caeiro Rey, J.R. CC-13
Cano Obregón, F. CO-24
Cardoso, P. CC-14, CC-15
Carracedo Álvarez, A. CO-07
Carrero Sánchez, J.C. CC-08
Carvalhais, P. CO-09, CO-18, CO-22, CO-23
Casal Moro, R. CO-33
Casanova, J. CO-09, CO-10, CO-18, CO-20, CO-22, CO-23
Castellano Romero, I. CO-05, CO-28
Castiñeiras Sánchez, M. CC-16, CC-25
Castro Menéndez, M. CO-14
Castro Miguez, B. CO-21
Castro Río, A. CO-24
Castro Torre, M. CO-19, CC-02, CC-11, CC-20
Celester Barreiro, G. CO-24
Cobelo Romero, E. CO-38, CC-22, CC-23
Codesal, A. CC-10
Codesido, P. CO-34
Conesa, X. CC-09
Cons Lamas, S. CO-02, CO-08, CO-13, CC-03, CC-05
Correa Gallego, C. CO-06, CO-15, CO-16, CO-17, CC-30
Couceiro Follente, J. CO-08, CO-13

D
De la Fuente Aguado, J. CO-37
De la Fuente González, C. CO-04, CO-19, CC-02, CC-11, CC-20
Díez Ulloa, MA CO-02
Diz De Brito, M. CO-27
Domínguez Dorado, P. CO-02, CO-07, CO-11, CO-12, CC-03, CC-05

E
Enneking, W.F. CO-10

F
Fernández Bran, B. CO-06, CO-16, CO-17, CC-30
Fernández Cebrián, A. CC-26
Fernández Cortiñas, B. CC-07, CC-21, CC-26, CC-27
Fernández Fernández, F. CO-37
Fernández Gilino, L. CC-18
Fernández Pereira, T. CO-06, CO-16, CC-30
Fernández Rodríguez, B. CC-03
Fernández Santás, T. CO-03, CO-26, CO-35, CC-24
Ferreirós Conde, M. J. CC-28
Ferreirós, M. CC-29
Fonseca, V. CC-04
Fontao Fernández, L. CO-28, CO-32, CC-28
Fontao, L. CC-29
Forriol, F. CO-34
Franco Castro, F. CO-25, CO-29
Freire Abelleira, C. CO-15, CO-30
Freire Ruano, A. CO-31
Freire, M. CO-22
Freitas, D. CC-14
Furtado, E. CO-22

G
García Moreno, A. CO-38, CC-23
García Rodríguez, L.A. CC-23, CO-38
García Vázquez, E. CO-32, CO-33
García, H. CO-18, CO-20, CO-23
Gayoso Paz, R. CC-11
Gonçalves Pereira, A. CC-15
González González, I. CO-35
González Herranz, P CC-20, CO-04, CO-19, CC-02, CC-11
González Vázquez, L. CO-37
González Vilariño, V. CO-03, CO-35, CC-24
González-Carreró, S.A. CO-02, CO-08, CC-03, CC-05, CC-31
González-González Zabaleta, J. CC-22
Grau Escarré, A. CO-01, CC-01

H
Hernández Blanco, M. CO-05, CO-32, CO-33, CC-28
Herraez, S. CO-20
Huici Izco, R. CO-14

I
Ibáñez Martín, L. CO-01
Ibáñez, L. CC-09, CC-10
Iglesias Diz, D. CC-07
Izquierdo Santos, A. CC-07, CC-21, CC-26, CC-27

L
Laranjo, A. CO-09, CO-18, CO-20, CO-22, CO-23
Larrauri Puebla, P. CO-15, CO-29, CO-30, CC-19
Leyes, M. CO-34
Lombao Iglesias, D. CC-01, CC-08
Longo Rubio, B. CC-06
López Alameda, S. CO-19, CC-02
López Bargiela, P. CO-31, CC-16, CC-25
López Fernández, V. CC-22, CC-23
López Otero, C. CO-14
López Paz, M. CO-26, CO-35, CC-24
López Pérez, I. CC-17, CC-18
López, R. CC-09

M
Majó, J. CC-10
Mandía Mancebo, F. CO-08, CO-13
Marescot Rodríguez, E. CO-36
Massada, M. CC-15
Matos, P. CO-09, CO-18
Medina Romera, M. CC-01
Mendes, D. CC-04
Méndez Álvarez, M. CC-07, CC-21, CC-26, CC-27
Mendoza Álvarez, M. CC-28
Mendoza, M. CC-29
Miragaya López, P. CO-19, CC-02, CC-11
Montero Viéites, A. CO-14
Muñoz Ruiz, A. CO-07, CO-12, CO-21, CC-13

N
Novoa Cortiñas, M. CO-33

O
Oitabén Mariño, A. CO-35, CC-24
Ortiz, J.A. CC-30
Otero Soengas, L. CO-35, CC-24
Otero Villar, J. CC-28
Otero, J. CC-29

P
Pagazaurtundua Gómez, S. CO-14
Pardo Seco, J. P. CO-02, CO-07, CC-03, CC-05
Payola Lahoz, J. CO-06, CO-15, CO-16, CO-17, CC-12, CC-30
Peiró, A. CC-10
Perez Abilleira, S. CO-12, CO-13, CO-21, CC-13
Posadilla Casquete, P. CO-25, CO-27
Puerta Louro, R. CO-37
Puig Romero, C. CO-36

Q
Quevedo García, L. CO-01
Quevedo, L. CC-10
Quinteiro Antolín, T. CO-05, CO-28, CO-32
Quintela Martínez, A CO-38, CC-16, CC-17, CC-18, CC-20

R
Ramos Domingo, B. CC-27
Reith, J.D. CO-10
Rey Sanjurjo, J.L. CC-01
Rión, R. CC-09
Ríos Sánchez, J. CO-33
Rivas Laso, J.A. CO-31, CC-25
Rivas Tobio, F. CO-36

S
Sanchez Parada, A. CC-01, CC-08
Sanmartín Fernández, M. CO-06, CO-25, CO-27, CO-29, CO-30, CC-19, CC-30
Santiañez Mosquera, J. CO-36
Scarborough, M.T. CO-10
Sende Munín, N. CO-08, CC-31
Señarís Rodríguez, J. CC-31
Seoane Freijido, J.L. CO-24
Seoane Pose, C. CC-31
Severino, V. CC-04
Sines Castro, F. CO-08, CO-13
Sotelo Flores, D. CO-03
Sousa, J. CC-15
Souto González, N CO-38, CC-16, CC-17, CC-18, CC-20
Souto Rey, V. CO-04
Suárez Guijarro, J. CC-17

T
Tavares, P CO-09, CO-20, CO-22, CO-23
Tomás, J. CC-09
Trobajo de las Matas, J.E. CO-26
Troncoso Durán E. CO-30
Troncoso Durán, J. CO-37
Troncoso Durán, J. CC-12
Troncoso Durán, J. CC-19
Troncoso Durán, J.R. CO-16
Troncoso Durán, J.R. CO-17
Troncoso Durán, J.R. CC-30
Troncoso Durán, J.R. CO-06

V
Varela Durán, J. CO-08, CO-13
Varela Vázquez J.M. CO-35, CC-24
Vázquez Calvete, B. CO-11
Vidal, N. CC-09
Vilaça, A. CC-14
Villalón Blanco, J. CO-11
Villardefrancos Gil, S. CC-07, CC-21, CC-26, CC-27
Visiedo Robles, R. CC-06

Y
Yánez Calvo, J. CO-28

Revista patrocinada por Remeco, S.A.