

Carteles científicos presentados al XXXVI Congreso SOTOCV 2008.

Scientific posters to XXXVI SOTOCV Congress 2008.

C.C. 1. ESTUDIO RADIOLÓGICO DE LA CORRECCIÓN OBTENIDA TRAS OSTEOTOMÍA DE WEIL PERCUTÁNEA

D. Mifsut, E. Franco, A. Subias, M. Turowicz, B. Cutillas.
Hospital General Almansa

Introducción. La osteotomía de Weil es en la actualidad una de las más utilizadas en el tratamiento de las metatarsalgias. La no síntesis de la osteotomía permite que las cabezas de los metatarsianos busquen su posición ideal, y si se realiza por vía percutánea, se conserva una buena vascularización y se mantienen las estructuras anatómicas que estabilizan los extremos de la osteotomía, pero no conocemos cual será el acortamiento final del metatarsiano.

Objetivos. Estudiar el acortamiento resultante del metatarsiano tras la osteotomía de Weil percutánea, en la cual no se realiza fijación de la misma y por tanto, teóricamente, el metatarsiano busca su mejor posición.

Estudiar la distancia desde la cabeza metatarsiana hasta la osteotomía y su correlación con el acortamiento resultante y con la existencia o no de retraso en la consolidación.

Metodología. Se trata de un estudio retrospectivo sobre 20 pacientes intervenidos en el Hospital General de Almansa desde noviembre de 2007, fecha en que se inició la actividad quirúrgica en dicho centro; pacientes con una media de edad de 57,2 años (rango 33-79), 19 mujeres y 1 hombres, con un total de 42 osteotomías.

Se realizaron mediciones con el programa informático Ykonos de SESCOAM.

Resultados y Conclusiones. El acortamiento medio conseguido para el segundo metatarsiano fue de 7,8 mm. (rango 12-3), en el 3º metatarsiano de 7 mm. (rango 11-3), y en el 4º meta, de 4,4 mm. (rango 6-2). La distancia media a la que se realizó la osteotomía desde la cabeza del meta fue de 17,4 mm. (rango 25-14), en el 2º metatarsiano, de 17,42 (rango 26-13) en el 3º meta, y de 17,6 (rango 20-16) en el cuarto. No se observó relación entre

la distancia a la que se realizó la osteotomía y la longitud acortada. La consolidación se consiguió en todos los casos, independientemente de la oblicuidad de la osteotomía y de la distancia a la que se realizó.

C.C. 2. FIBROMATOSIS PLANTAR O ENFERMEDAD LEDDERHOSE

L. Moril Peñalver, A. Agulló Bonus, M. Botella Lloret, M. Mateo Navarro, E.M. Veracruz Gálvez, A. Sevilla Monllor.
Hospital San Juan de Alicante

Introducción. La fibromatosis plantar (FP) es relativamente rara. Es un desorden caracterizado por la proliferación local de tejido fibroso anormal en la fascia plantar. Su comportamiento suele ser benigno pero en ocasiones puede ser localmente agresivo. La etiología se desconoce.

Material y método. Presentamos el caso de una mujer 40 años remitida por tumoración en arco plantar interno doloroso de año y medio de evolución.

Exploración: tumoración móvil, de aspecto sólido en ambos pies (mayor en derecho) doloroso a la presión.

Pruebas complementarias:

- Ecografía: lesión de contornos mal definidos, hipocóica, de 1,7 cm, inmersa en la grasa subcutánea.
- RNM: engrosamiento fusiforme de la fascia plantar en su tercio medio.

Tratamiento: fasciectomía subtotal. La anatomía patológica confirma diagnóstico. El paciente al año y medio de evolución estaba libre de dolor sin recidiva de la misma.

Discusión. Es necesario el estudio histopatológico para poder realizar el diagnóstico diferencial, sobre todo con lesiones malignas, ya que de ello dependerá tratamiento y pronóstico. La RNM es la mejor prueba para detectar patología fascia plantar. La FP tiene alta tasa de recidiva tras tratamiento quirúrgico, aunque se puede reducir mediante una resección quirúrgica inicial agresiva o radioterapia adyuvante.

C.C. 3. PSEUDOARTROSIS 5º METATARSIANO

E.M. Veracruz Gálvez, A. Agulló Bonus, A. Sevilla Monllor, L. Moril Peñalver, M. Botella Lloret, M. Mateo Navarro, Marcos

Hospital San Juan de Alicante

Introducción. La fractura del quinto metatarsiano es una patología común en la clínica habitual. Determinar correctamente la localización de la fractura es importante tanto para el tratamiento como el pronóstico.

Material y métodos. Presentamos el caso de varón de 21 años que presenta fractura del 5º metatarsiano pie tras caída casual. Tratado de forma ortopédica mediante férula. A los 6 meses de evolución no se aprecia consolidación radiográfica aunque no se objetiva movilidad en el foco. El paciente presenta dolor que le limita la actividad diaria, con lo que se decide intervención quirúrgica mediante osteosíntesis con tornillos canulados y refrescando bordes. A los 5 meses de la intervención, la fractura esta consolidada con desaparición de la sintomatología álgica.

Discusión. Aunque la mayoría de las fracturas proximales del quinto metatarsiano responden bien al tratamiento conservador, tanto retardo de la consolidación, atrofia muscular y dolor crónico pueden ser complicaciones a largo plazo. No existe consenso en la elección del mejor tratamiento según el nivel de la fractura. Se ha observado que en las fracturas tipo Jones, la fijación mediante tornillo intramedular reduce el número de fracasos y tiempo de recuperación. La estimulación eléctrica del foco está todavía en estudio.

C.C. 4. MACRODACTILIA DEL PIE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

E. Rodríguez-Vellando Rubio, M. Salom, J. Colado Domínguez, A. Fontestad Utrillas, F. Lorente Moltó. Unidad de Ortopedia Infantil. Hospital La Fe De Valencia.

Introducción. La macrodactilia es una rara anomalía congénita de origen desconocido que puede afectar tanto a los dedos del pie como de las manos y que consiste en la hiperplasia de las falanges y de los tejidos blandos. Las opciones de tratamiento van desde la resección de los tejidos blandos hasta la amputación de todo el radio.

Material y métodos. Se expone el caso de un niño de año y medio de edad con afectación de segundo y tercer dedos. Se realiza la extirpación de ambas falanges proximales y de tejido blando circundante.

Resultados. El tamaño del pie se ha reducido notablemente lo que le permite caminar sin dolor y con zapatos normales de la misma talla.

Conclusión. El tratamiento de cada caso debe ser personalizado atendiendo a la edad del niño, el grado de

hiperplasia y los dedos comprometidos para lograr un resultado funcional y estético adecuado.

C.C. 5. SECUELAS ORTOPÉDICAS SEPSIS MENINGOCÓCICA

E. Gilabert, M. Salom, L. Miranda

Servicio Ortopedia Infantil. Hospital La Fe. Valencia

Introducción. La sepsis meningocócica en la infancia ha disminuido de forma considerable sus cifras de mortalidad (15-20 %) así como sus complicaciones agudas durante las últimas décadas. Por otra parte nos enfrentamos a un incremento de las secuelas articulares consecuencia de episodios de isquemia en las zonas epifiso-metafisarias durante la fase aguda.

Material y métodos. Presentamos el caso de un varón de 9 años que refiere como antecedentes una sepsis meningocócica a los 4 años de edad. Durante su seguimiento se objetivó una desviación angular progresiva de tobillo derecho en varo por cierre parcial de la fisis demostrándose radiológicamente la presencia de un puente óseo interno.

En noviembre 2007 se realiza una osteotomía valguzante metafisaria distal de tibia con cuña de apertura y utilización de injerto de cresta iliaca del paciente junto con hidroxapatita.

Resultados. 5 meses tras la cirugía no presenta clínica dolorosa ni inflamatoria. Deambulación autónoma y sin tutores externos para actividades de la vida diaria así como buena tolerancia a la actividad física.

Conclusiones. Durante la fase aguda de la sepsis los episodios de CID e infecciones focales son los responsables de los cambios isquémicos en la zona fisaria. Encontramos dos tipos de lesiones: necrosis avasculares epifisarias y cierres fisarios. Las formas más frecuentes de presentación serán deformidades angulares secundarias a cierres asimétricos de la placa fisaria. Los supervivientes a un episodio de sepsis meningocócica en la infancia tienen aumentado el riesgo de desarrollar secuelas ortopédicas de forma tardía. Aunque las lesiones esqueléticas no se pueden prevenir su detección precoz puede minimizar las secuelas de forma considerable.

C.C. 6. EVOLUCIÓN DE LAS FRACTURAS DE ASTRÁGALO

E. Jiménez Arall, I. Martín Flor, P. Soriano Sanchos, C. Ferragut Bria.

Hospital Marina Baixa, Villajoyosa

Introducción. El astrágalo es esencial en la función del tobillo y pie, por transmitir la carga del peso del cuerpo y facilitar la adaptación al terreno, aportando el 90% de la movilidad del pie y tobillo.

Objetivos. Evaluar la epidemiología y los resultados a largo plazo de las fracturas del astrágalo tratados en nuestro servicio, sus complicaciones y grado de secuelas.

Metodología. Hemos revisado retrospectivamente los pacientes que presentaron fracturas del astrágalo durante el periodo entre el 2000 y 2007, representando un total de 17 casos de los cuales el 73'7% fueron varones, el 26'3% mujeres, y la edad media de 38'3 años. Se valoraron los datos epidemiológicos, el mecanismo y tipo de fractura, el tratamiento y la evolución.

Resultados. Los resultados se han medido según los criterios de Hawkins para la evaluación de resultados; obteniendo el 53'8% un resultado global excelente, el 15'4% bueno y el 30'8% regular. La complicación más frecuente fue la necrosis avascular.

Conclusiones. Las fracturas de astrágalo, aunque por fortuna son poco frecuentes, se engloban entre las lesiones más graves del tobillo por la dificultad de su tratamiento y las importantes secuelas que pueden originar; en su tratamiento es indispensable una reducción anatómica excelente ya sea por maniobras ortopédicas o reducción quirúrgica abierta, lo más precoz posible.

C.C. 7. GORDITA, ¡ES SOLO UN ESQUINCE!

K. Ramón López, E. Recalde Espinosa, EM. Gilabert Dapena, M. Martí Faus, J. Muñoz Moliner
Hospital de Sagunto.

Introducción. Se presenta el caso de una paciente joven, atendida en Puerta de Urgencias, diagnosticada y tratada de esguince de tobillo derecho. Su evolución es tórpida, replanteándose la impresión diagnóstica inicial

Caso Clínico. Mujer de 31 años que tras mecanismo de inversión del pie derecho presenta dolor, tumefacción e inestabilidad subjetiva del tobillo. Realizando un tratamiento ortopédico con cuña pronadora de talón y fisioterapia con mala evolución (dolor residual). Las pruebas complementarias (Rx. en carga y funcional) son normales. Tras 5 años de mejoría clínica reaparece la sintomatología, por lo que se realiza IRM (Tenosinovitis de peroneos, Lig. Peroneo astragalino anterior desestructurado). Se insiste en el tratamiento ortopédico colocando órtesis maleolar y persistiendo la inestabilidad al retirarla; situación por la que se plantea tratamiento quirúrgico

Tratamiento Quirúrgico. Abordaje lateral. Se objetiva la rotura del tendón peroneo lateral corto. Regularización, sutura tendinosa, cierre del retináculo superior de los peroneos. Reparación de la inestabilidad de tobillo

siguiendo la técnica de Brönstrom. Inmovilización con férula posterior de yeso 6 semanas.

Resultados. Paciente se encuentra deambulando con calzado ortopédico. No complicaciones postquirúrgicas inmediatas. No sensación de inestabilidad residual

Conclusiones. El esguince de tobillo representa entre el 12 - 15% de las lesiones atendidas en la puerta de urgencias. Mayoría de casos su evolución es adecuada, aunque a veces encubren lesiones importantes (44% mala evolución a 1 año)

C.C. 8. PSEUDOARTROSIS EN ATRODESIS DE TOBILLO TRATADA DEFINITIVAMENTE CON FIJADOR EXTERNO.

M.J Ros Nicolás; R. Lax Pérez; A. Lax Pérez; A. Murcia Asensio; A. Meroño
Hospital Santa María del Rossell.

Introducción. La articulación de tobillo es la que con más frecuencia requiere artrodesis, siendo la principal indicación la artrosis postraumática. Se han descrito diferentes técnicas según la vía de abordaje y el método de fijación (externo o interno). Se consigue la artrodesis en 80-90%, pero entre 11-40% presentan no consolidación (complicación más frecuente). Presentamos un caso de pseudoartrosis en artrodesis de tobillo, que fue solucionado mediante la utilización de Fijador externo tipo Ilizarov.

Caso Clínico. Varón de 66 años con A.R y artrosis en tobillo izquierdo, que fue tratado con artrodesis mediante 3 tornillos de esponjosa e injerto autólogo. A los 18 meses de evolución, se evidenció pseudoartrosis mediante estudio gammagráfico y RMN, manifestada clínicamente con dolor y limitación funcional. Se procedió a la revisión de la artrodesis, realizando EMO de los tornillos, refrescamiento de los bordes óseos y colocando F.E tipo Orthofix con triple aro. A los 4 meses se retiró el FE y se colocó una botina de yeso, manteniéndola otros 2 meses y permitiendo el apoyo con ayuda de muletas. A los 7 meses se consiguió la consolidación radiológica y clínica.

Discusión. La cirugía de revisión para lograr la artrodesis de tobillo un procedimiento técnicamente difícil y con alta probabilidad de complicaciones. El fijador externo circular proporciona una opción de reconstrucción excelente en pacientes con pseudoartrosis, infección, osteopenia, discrepancia de longitud de la pierna o compromiso de los tejidos blandos que impiden las técnicas convencionales.

C.C. 9. COLGAJO LIBRE CÓRTICO-PERIÓSTICO DE LA ARTERIA GENICULAR DESCENDENTE EN EL TRATAMIENTO DE LA PSEUDOARTROSIS DISTAL DE TIBIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Burguet Girona, J. C. Fallone Lapi, J. Baeza Oliete, E. de Francia

Hospital Universitario La Fe. Valencia

Introducción. Las pseudoartrosis distal de tibia sin defecto óseo, es una situación clínica compleja. El tratamiento habitual es la fijación interna e injerto esponjoso, con buenos resultados, pero hasta el 13% de fracasos. En pacientes multioperados, la zona de pseudoartrosis es altamente avascular, por lo que es importante proporcionarle capacidad osteogénica. Si existe pérdida ósea importante se precisa de transferencias de hueso vascularizado, pero en caso contrario el colgajo libre cortico-perióstico de la arteria genicular descendente proporciona excelentes resultados.

Caso Clínico. Varón de 35 años con fractura abierta grado II de tibia y peroné derechos tratada en urgencias mediante limpieza, fijación externa de tibia y osteosíntesis del maleolo peroneo. Una semana después se completó la osteosíntesis en el maleolo tibial.

A los 8 meses se observó un fallo en la consolidación y se sustituyó la osteosíntesis tibial por nueva placa atornillada con aporte de injerto óseo homólogo.

Tras 14 meses de evolución es remitido a nuestro hospital con fracaso del material de osteosíntesis por persistencia de la pseudoartrosis distal de tibia.

Tras estudio de las diferentes opciones de tratamiento se optó por realizar un colgajo libre córtico- perióstico a partir de la arteria genicular descendente.

Discusión. El manejo terapéutico de la pseudoartrosis distal de tibia no está del todo resuelto.

Cuando otras opciones no han sido efectivas, el colgajo libre córtico-perióstico de la arteria genicular descendente puede ser una opción válida para el tratamiento. Esta nueva técnica quirúrgica supone un trabajo coordinado entre los especialistas en traumatología y cirugía plástica.

C.C. 10. TUMORACIÓN POPLÍTEA EN PORTADORA DE PTR. ACTITUD DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA.

E. Gilabert, K. Ramón, E. Recalde, A. Juan.

Hospital de Sagunto. Valencia

Resumen. Se presenta una paciente de 78 años portadora durante 5 años de una PTR derecha. Acude a Urgencias por gonalgia difusa y masa en gemelo interno de 4 meses de evolución. Tras realizar pruebas diagnós-

ticas (Rx, Ecografía, TAC, analítica con reactantes de fase aguda) no se llega a un resultado concluyente y se decide resección de la lesión y estudio patológico.

La anatomopatología postquirúrgica muestra una imagen compatible con quiste de Baker por sinovitis crónica (metalosis).

En la evolución posterior persiste dolor e inflamación compatible con inestabilidad del implante y se plantea como tratamiento definitivo la cirugía de revisión con recambio protésico en un tiempo, donde se observa signos de aflojamiento, desgaste completo del polietileno y zonas de fricción de los componentes metálicos femoral y tibial.

A los 10 años del recambio protésico, en la revisión clínica no hay dolor, ni recidiva del quiste, y la deambulación es autónoma para actividades de la vida diaria. En conclusión, se afirma que la aparición de un quiste poplíteo disecante en el contexto de una PTR debe levantar la sospecha de fallo en el implante y considerar la cirugía de revisión como la parte fundamental en el tratamiento definitivo del quiste.

C.C. 11. LUXACIÓN DE LA ARTICULACIÓN TIBIOPERONEA PROXIMAL

A. Sevilla Monllor, A.M. Fernández Kang, L. Moril Peñalver, M. Botella Lloret, M. Mateo Navarro, E.M. Veracruz Galvez.

Hospital San Juan de Alicante

Introducción. La luxación tibioperonea proximal es una lesión poco común. Estas lesiones se clasifican en 4 tipos: subluxación, luxación anterolateral (la más frecuente), posteromedial y superior.

Material y métodos. Presentamos el caso de un varón que acude a urgencias por dolor en rodilla izquierda tras giro brusco mientras jugaba al fútbol. Exploración: dolor a la palpación en la cabeza del peroné, prominencia a dicho nivel. Dolor a la palpación en sindesmosis. No limitación de movilidad de rodilla. En radiografía, se aprecia luxación anterolateral de la articulación tibioperonea proximal. No fracturas. Se realiza reducción cerrada bajo sedación (comprobándose la estabilidad de la rodilla y del tobillo), e inmovilización mediante férula inguinopédica 3 semanas.

Tras 5 meses de evolución, el paciente no presenta dolor, ni limitación.

Discusión. El diagnóstico de la luxación aislada tibioperonea proximal es clínico, ya que radiográficamente, la lesión puede pasar desapercibida. Se debe sospechar esta lesión en pacientes con dolor en cara externa de rodilla, tras giro brusco de rodilla (estando la rodilla flexionada).

El tratamiento suele ser reducción cerrada, con inmovilización posterior. La reducción abierta está indicada en casos de inestabilidad aguda, imposibilidad de reducción cerrada o en luxaciones crónicas.

C.C. 12. OSTEOCONDRIITIS DISECANTE JUVENIL EN AMBAS RODILLAS EN UN NIÑO DE 11 AÑOS

*A. Fontestad Utrillas, **E. Rodríguez-Vellando Rubio, J. Colado Domínguez, L. Miranda Casas L.

* Hospital Universitario De La Ribera, Alzira (Valencia) ** Servicio De Ortopedia Infantil Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Introducción. La osteocondritis disecante juvenil (OCDJ) se produce en pacientes con cartílago de crecimiento activo. Los factores etiológicos suelen ser microtraumatismos, isquemia local, osificación epifisaria anormal, factores genéticos y endocrinos. La localización más frecuente es el cóndilo medial de la rodilla. El diagnóstico se demora debido a que la sintomatología es leve e inespecífica.

Objetivos y metodología. Se presenta el caso de un varón de 11 años con dolor en ambas rodillas relacionado con la actividad física. Las imágenes radiológicas muestran áreas necrosis en cóndilos femorales de las dos rodillas compatible con OCDJ. Se optó por el tratamiento quirúrgico en la rodilla izquierda mediante perforaciones de Pridie y por el tratamiento conservador en la derecha. Seis meses después de la intervención quirúrgica, el paciente está asintomático pudiendo realizar ejercicio físico.

Resultados y conclusiones. El pronóstico y manejo de la OCDJ depende de la edad del paciente, la integridad del cartílago articular, el tamaño y estabilidad de la lesión que se establece mediante la RMN. El tratamiento varía desde la restricción de la movilidad, sobre todo en pacientes esqueléticamente inmaduros, al tratamiento quirúrgico.

C.C. 13. UTILIZACIÓN DE ALOINJERTO DE APARATO EXTENSOR EN LA CIRUGÍA TUMORAL

N. Franco Ferrando, P. Marcos De La Torre, D. Herrero, J.V. Amaya, F. Baixauli García

Hospital Universitario La Fe (Unidad de Tumores)

Introducción. El sarcoma sinovial se localiza con frecuencia en la rodilla de pacientes jóvenes. Su tratamiento implica grandes resecciones y la necesidad de complejos procedimientos de reconstrucción.

Objetivos. Presentamos el caso de la utilización de un aloinjerto masivo de aparato extensor tras la resección de un sarcoma sinovial de rodilla intraarticular.

Metodología. Varón de 28 años diagnosticado de sarcoma sinovial bifásico en la grasa de Hoffa, con estudio de extensión negativo. Se procedió a su extirpación con amplios márgenes incluyendo todo el aparato extensor, meniscos y ligamento cruzado anterior. Para la reconstrucción se utilizó aloinjerto criopreservado de aparato extensor.

Posteriormente precisó tratamiento coadyuvante con quimioterapia, que retrasó su rehabilitación.

Resultado. A los 7 meses el paciente presenta un rango de movilidad aceptable (-20°-70°), no doloroso y deambula con un bastón. En los estudios de imagen se evidencia la osteointegración del aloinjerto

Conclusiones. Tras una amplia refección tumoral son necesarias diversas y complejas técnicas reconstructivas que requieren en ocasiones de la utilización de aloinjertos. La utilización del aloinjerto masivo de aparato extensor se ha extendido en este tipo de cirugías obteniéndose unos resultados satisfactorios pese a las dificultades de la osteointegración del mismo debido a los tratamientos coadyuvantes (quimioterapia/ radioterapia).

C.C. 14. TRATAMIENTO DE LOS DEFECTOS ÓSEOS ACETABULARES EN CIRUGÍA DE REVISIÓN DE CADERA, MEDIANTE CEMENTACIÓN CON TORNILLOS DE REFUERZO.

R. Lax Pérez, J.L. Díaz Almodóvar, A. Lax Pérez.

Hospital General Castellón

Introducción. Presentamos un método alternativo a otras técnicas cementadas, para el tratamiento de defectos óseos graves de cotilo en PTC con aflojamiento aseptico. La indicación fundamental son pacientes ancianos con baja demanda funcional mediante una intervención relativamente sencilla y rápida

Material y método. Hemos indicado la técnica en 8 pacientes, con defecto cavitario acetabular severo (tipo IIIA y IIIB de Paprosky). La técnica consiste en rellenar con cemento acrílico los defectos óseos, incorporando tornillos que se fijan en hueso sano, para dar resistencia al montaje.

Resultados. Se estudian retrospectivamente 8 pacientes (5 mujeres y 3 varones), edad media de 78 años, intervenidos durante los años 2003-2005, (tiempo de seguimiento de 40 meses). La puntuación funcional en la escala de Harris previa a la cirugía fue de 40 puntos y de 75 a los 40 meses de la intervención. En el seguimiento no ha habido aflojamientos y se mantiene la posición del cotilo sin migración.

Conclusión. Aunque en cirugía de revisión de cadera son preferibles las técnicas no cementadas y el empleo de aloinjertos para restablecer el stock óseo, las técnicas

cementadas deben considerarse en determinados casos. El relleno de defectos óseos con cemento reforzado con tornillos, es una técnica sencilla y rápida en defectos acetabulares, pudiéndose indicar en personas de edad avanzada con poca demanda funcional.

C.C. 15. OSTEOCONDROMA DE PELVIS

*A. Fontestad Utrillas, ** E. Rodríguez-Vellando Rubio, M. Salom Taverner, L. Miranda Casas

* Hospital Universitario de La Ribera, Alzira (Valencia), ** Servicio de Ortopedia Infantil Hospital Universitario La Fe, Valencia

Resumen. El osteocondroma es el tumor óseo benigno más común y se produce por una displasia del desarrollo del platillo de crecimiento. Puede aparecer de forma aislada o en el contexto de una afectación sistémica (osteochondromatosis o exostosis múltiple). La localización más frecuente es en miembros inferiores. La sintomatología depende de su localización y tamaño. En la pelvis es poco frecuente pero puede adquirir gran tamaño.

Presentamos el caso de una niña de 8 años que refería dolor en ambos flancos, con incontinencia urinaria y polaquiuria de unos tres meses de evolución. En el estudio radiológico se observaba imagen exofítica de unos 4 cm de diámetro, calcificada, en la rama isquio-púbica izquierda sugestiva de osteocondroma. Debido a la clínica de la paciente y el tamaño de la tumoración, se decidió realizar extirpación quirúrgica de la lesión. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico. La refección no fue completa pero la paciente permanece asintomática en la actualidad.

En pacientes asintomáticos el tratamiento de los osteocondromas es conservador, pero la sintomatología que producía en esta paciente obligó a la refección quirúrgica del mismo.

C.C. 16. COMPRESIÓN MEDULAR POR MIGRACIÓN CAJAS INTERSOMÁTICAS

JL. Hernández Hurtado, T. Linares Galiana, JR Auso Pérez Hospital Marina Baixa

Introducción. El uso de cajas intersomáticas (PLIF o TLIF) ha supuesto una gran evolución a la hora de conseguir una mejor artrodesis y en mucho menos tiempo, a la vez que nos permite la recuperación de la altura discal normal en espacios discales muy disminuidos.

Objetivos. Describir una muy poco frecuente complicación observada en cirugía de columna al realizar una artrodesis circunferencial.

Metodología. Hemos revisado retrospectivamente los pacientes que fueron intervenidos en nuestro servicio durante el periodo entre 2002-2007 presentando un total de 253 casos.

Resultados. En un 5,1 % de los pacientes (16 casos) se ha observado un mínimo desplazamiento posterior sin sobrepasar la parte posterior del cuerpo vertebral, en un 1,18 % de los pacientes (3 casos) hemos observado una migración posterior de las cajas intersomáticas (PLIF) produciendo una invasión de canal. En uno de los casos el paciente estaba asintomático y en 2 casos se presentó con clínica neurológica.

Conclusiones. A pesar de una buena colocación de los dispositivos intersomáticos siempre pueden existir desplazamientos posteriores con el consiguiente riesgo de compresión medular, por lo que siempre hay que tener presente esta posible complicación y realizar los pertinentes controles radiográficos para su correcto diagnóstico.

C.C. 17. INFECCIÓN AGUDA POSQUIRÚRGICA EN ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA DEL ADOLESCENTE

R. Serna Berná, R. Navarro Mont, J. García-Rellán, T. Bas Hermida, P. Bas Hermida, G. Bordon.

Hospital General La Fe de Valencia

Introducción. La infección tras la fusión del raquis en escoliosis es una complicación que ocurre aproximadamente del 0.5 al 9% de las intervenciones.

Actualmente existen controversias respecto al mantenimiento del implante raquídeo, manejo de la herida y la necesidad de repetir irrigaciones y desbridamientos quirúrgicos.

Material y método. Paciente mujer de 14 años de edad, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que tras ser diagnosticada de escoliosis idiopática del adolescente es intervenida en Diciembre de 2006 mediante artrodesis posterior instrumentada asociada a profilaxis antibiótica según protocolo del centro. A los tres meses de evolución, la paciente acude presentando una infección aguda, por lo que se decide tratamiento consistente en limpieza quirúrgica, mantenimiento de la instrumentación y antibioterapia. En cultivo se aisló *Staphylococcus Aureus* meticilín-resistente. A los trece meses de evolución, la paciente acude tras reaparición de la infección. Se decide intervenir, mediante limpieza quirúrgica y retirada del material de instrumentación tras valoración clínico-radiológica de estabilidad ósea. Se pautó antibioterapia.

Discusión. Existen pocos estudios respecto al manejo de las heridas e infecciones en pacientes intervenidos de escoliosis. La mayoría de los casos de infección tras instrumentación, ocurren a partir de los 2 ó 3 años tras la cirugía inicial. Los síntomas más frecuentes son el dolor de espalda y el exudado localizado en la incisión. Para las infecciones agudas hay autores que recomiendan el

cierre diferido de la herida, la irrigación y el desbridamiento sin retirada del implante. Las recomendaciones actuales sobre la pauta de profilaxis antibiótica es el cambio de cefazolina a vancomicina más ceftazidima, para la cobertura del S. Epidermidis y otros microorganismos. La no retirada del implante se correlaciona con la recurrencia de la infección y por el contrario, la retirada temprana de la instrumentación aumenta el riesgo de progresión de la deformidad y el incremento del dolor. En nuestro paciente se indicó inicialmente la irrigación más desbridamiento más antibioterapia tras la infección aguda y ante la recurrencia del cuadro infeccioso se optó por la limpieza quirúrgica más retirada del implante tras la valoración clínico radiológica de la estabilidad de la artrodesis. Hasta la fecha no se ha observado en la evolución de la paciente, progresión de la deformidad ni incremento del dolor.

C.C. 18. A PROPOSITO DE 3 CASOS, TRATAMIENTO DEL GANGLIÓN EN EL RAQUIS LUMBAR COMO CAUSA DE COMPROMISO RADICULAR

F. Garibo Ferrer¹, H. Ruperez Caballero¹, I. Escribá Urios², E. Sánchez Alepuz¹.

Unión de Mutuas¹. Hospital Clínico Universitario²

Introducción. La patología lumbar degenerativa es una patología frecuente en la población general, aunque poco frecuente la presencia de gangliones a nivel del raquis, los cuales pueden producir compromiso neurológico.

Objetivos. Es nuestra intención abordar los tratamientos para esta infrecuente patología mediante la exposición de 3 casos con diferentes tratamientos.

Metodología. Utilizamos para ello 3 casos de gangliones situados a nivel raquis lumbar que presentaban lumbalgia y radiculopatía, en los cuales se realizaron 3 tratamientos distintos.

Resultados. Se obtuvo mejoría en los 3 casos

Conclusiones. La resolución de la compresión radicular mediante cualquiera de los 3 tratamientos es efectiva en la resolución de la patología.

C.C. 19. ¿EXISTE RELACIÓN ENTRE EL COMPROMISO DE CANAL MEDULAR Y LA LESIÓN NEUROLÓGICA? REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPOSITO DE UNA FRACTURA EN RAQUIS LUMBAR.

J.E. García-Rellán, R. Navarro, R. Serna, J. Orts, L. Pérez-Millán, I. Escribá, D. Bonete, G. Bordon, V.L. Ariño, P. Bas, T. Bas.

Hospital Universitario La Fe de Valencia

Introducción. Las fracturas vertebrales causan lesión neurológica en menos de un 1% de los casos. En el caso de las fracturas vertebrales lumbares, la invasión del canal puede ser hasta de un 60% sin existir compromiso neurológico, siendo poco frecuente una lesión medular por una fractura vertebral lumbar.

Objetivos. Documentar mediante un caso de fractura estallido L4 con clínica de afectación radicular L5 izquierda con invasión de fragmentos óseos en el espacio intradural y espacio radicular L4-L5 izquierdo.

Metodología. Se indicó revisión quirúrgica del paciente lesionado medular por evidenciarse fractura vertical de las láminas vertebrales, que sugieren rotura meníngea. Se evidenció lesión neurológica ocasionada por fragmentos óseos migrados hacia el canal medular, alojándose intraduralmente y en el espacio radicular L4-L5 izquierda, ocasionando lesión parcial de la raíz nerviosa. Se realizó liberación posterior, extracción los fragmentos, sutura meníngea y estabilización mediante artrodesis posterior instrumentada.

Resultados. El paciente persiste con una lesión neurológica de la raíz L5. El TAC de control postoperatorio es satisfactorio, evidenciándose la liberación del canal medular y la correcta ubicación de los fragmentos óseos fuera del canal medular.

Conclusiones. Existe indicación quirúrgica en los casos en los que exista fractura estallido vertebral con trazos de fractura verticales en las láminas, pues existe una elevada evidencia de que exista desgarró dural posterior y una afectación neurológica.

C.C. 20. DEFORMIDAD DE SPRENGEL O ELEVACIÓN CONGÉNITA DE ESCÁPULA.

J. Balaguer Andrés, P. Babia Ferrando, D. Martínez Velloso, M. Sanfeliu Giner.

Hospital General Universitario Valencia

Introducción. La deformidad de Sprengel es una enfermedad poco frecuente por defecto de migración caudal de la escápula durante el desarrollo fetal de origen hereditario o congénito, pudiendo asociarse a otras malformaciones.

Material y métodos. Presentamos una niña de 18 meses de vida que presenta una prominencia ósea en el cuello. Exploración física: actitud escoliótica, ligera lateralización izquierda del cuello, asimetría de hombros con elevación y prominencia del izquierdo, con repercusión de la movilidad. En las pruebas de imagen se aprecia una elevación de una escápula hipoplásica izquierda, con hueso omovertebral desde la apófisis transversa de C7

hasta el ángulo superointerno del omóplato, y fusiones de los somas vertebrales de C5-C6 y C7-D1.

Resultados. A los 5'5 años de edad es intervenida mediante la técnica de Woodward, extirpándose el hueso omovertebral y realizándose una reinserción de la musculatura paravertebral. Tras 2 meses postcirugía presenta una movilidad completa del hombro.

Conclusiones. Se trata de una enfermedad con escasa incidencia que clínicamente caracterizada por una disminución indolora de la movilidad escapulocostal, limitando la abducción del hombro. El tratamiento quirúrgico es de elección y no debe retrasarse para evitar la limitación de la movilidad.

C.C. 21. INESTABILIDAD MULTIDIRECCIONAL DE HOMBRO DE PREDOMINIO POSTEROINFERIOR A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Burguet Girona, P. Cañete Sanpastor, N. Franco Ferrando, A. Pina Medina.

Hospital Universitario La Fe de Valencia

Introducción y objetivos. La inestabilidad de hombro es una patología que afecta al 2% de la población. Su espectro patológico incluye tanto subluxaciones unidireccionales como inestabilidades multidireccionales. Para definir la inestabilidad y las lesiones subyacentes, es fundamental una correcta historia clínica y pruebas de imagen. Nuestro objetivo será presentar el diagnóstico y tratamiento en un paciente con inestabilidad multidireccional de hombro de predominio posteroinferior.

Caso clínico. Varón de 22 años con dolor de hombro de 12 horas de evolución tras caída casual. Diagnosticado de luxación posterior de hombro izquierdo, se redujo e inmovilizó. A las 48 horas acude con un nuevo episodio, observándose gran inestabilidad con luxación bidireccional espontánea, siendo ineficaces los dispositivos de inmovilización habituales. La artroresonancia informa que existe distensión capsulolabral con disminución del relieve de la glenoides posterior. Tras los estudios se decide realizar una plicatura anterior y posterior de la cápsula vía artroscópica.

Discusión. Aunque el tratamiento de la inestabilidad multidireccional es fundamentalmente rehabilitador, en ocasiones, es necesaria la cirugía precoz si el paciente presenta luxaciones recidivantes reductibles pero inestables, con síntomas incapacitantes. Las nuevas técnicas de imagen permiten diagnosticar las lesiones de las estructuras estabilizadoras, base fundamental para una correcta planificación quirúrgica y la obtención de unos buenos resultados.

C.C. 22. LUXACIÓN POSTERIOR BILATERAL DE HOMBRO

R. Domingo Fernández, A. Pina Medina, N. Franco Hospital Universitario La Fe de Valencia.

Introducción. La luxación posterior de hombro representa un 3% del total de las luxaciones de hombro. Más del 50% pasan desapercibidas en su fase aguda. En ocasiones puede asociarse a fractura de húmero proximal.

Objetivos. Presentamos un caso clínico en varón de 55 años que sufre Luxación Posterior Bilateral de Hombro tras sufrir crisis epiléptica.

Metodología. Como tratamiento se realiza un abordaje deltopectoral bilateral, reducción abierta de la luxación posterior, osteosíntesis de los fragmentos con placa Philos y colocación de injerto óseo artificial.

Resultados. Las radiografías postoperatorias fueron satisfactorias. El rango de movilidad en ambos hombros del paciente tras el periodo de inmovilización fue: ABD: 90°, RE: 90°, RI: L5.

Conclusiones. Es importante realizar un diagnóstico precoz en la fractura-luxación posterior de hombro, así como el conocimiento de las diferentes técnicas de tratamiento para este tipo de lesión y la realización de un tratamiento individualizado en cada paciente para obtener resultados satisfactorios.

C.C. 23. FRACTURAS DE CUELLO DE RADIO. FALTA DE CONSENSO

R. Bonilla, R. Roca, A.M. Fernández Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

Introducción. Las fracturas del cuello del radio no se recogen como tales en la clasificación clásica de Mason. Algunos autores han propuesto modificaciones de esta clasificación, encuadrándolas en un tipo IV. No obstante Hotchkiss hace referencia en sus tres tipos a la lesión del cuello, con una orientación al tratamiento de cada tipo. Tampoco existe en la literatura revisada un consenso sobre la indicación ortopédica o quirúrgica de esta fractura que marque el límite del tratamiento ortopédico.

Objetivos. Planteando un ejemplo clínico, queremos llamar la atención sobre esta fractura, relativamente frecuente y buscar un consenso en la audiencia o plantear el diseño de un estudio prospectivo que arroje luz sobre esta fractura.

Metodología. Caso clínico con iconografía pre y post tratamiento.

Conclusiones. La falta de estudios y de consenso sobre esta fractura lleva a un enfoque terapéutico basado

en criterios personales o de escuela, con la consiguiente variabilidad de la práctica clínica y falta de resultados homogéneos y comparables válidamente.

C.C. 24. FRACTURA LUXACION POSTERIOR HUMERO BILATERAL TRAS CARDIOVERSION

M. Moreno Vadillo; C. Juando Amores; M. Alfonso Porcar; D. Crespo González

Hospital General Universitario de Valencia

Introducción. La luxación glenohumeral bilateral es una lesión poco común.

Su etiología más frecuente es lo que se conoce con el síndrome de la triple E: crisis epilépticas, descargas eléctricas y traumatismos extremos.

Puede aparecer asociado a lesiones del plexo braquial o fracturas; con menor frecuencia se trata de luxaciones posteriores.

Material y métodos. Paciente de 65 años con episodio de fibrilación auricular con grave deterioro clínico y hemodinámico que requirió cardioversión eléctrica, como consecuencia de la cual tuvo luxación glenohumeral bilateral posterior asociada a fracturas de ambas cabezas humerales, diagnosticada a las 48 horas durante su ingreso en UCI. Se intervino realizándose artroplastia parcial bilateral y rehabilitación postoperatoria.

Resultados. Al año es independiente para las actividades de la vida diaria sin dolor, con movilidad hombro derecho/izquierdo: abducción 90° / 70°; rotación externa 40° / 45°; rotación interna 35° / 35°.

Conclusión. La luxación glenohumeral posterior bilateral asociada a fractura cabeza humeral es una patología poco habitual y muy incapacitante; aparece con frecuencia asociada a lesiones que pueden suponer riesgo vital por lo que puede pasar desapercibida en el momento agudo. La sustitución protésica, con adecuada colaboración del paciente, permite buena movilidad, reincorporación a las AVD y ausencia de dolor.

C.C. 25. FRACTURA BIFOCAL DE RADIO

R. Alcalá Santaella, M. Mateo Navarro, E.M. Veracruz Gálvez, A. Sevilla Monllor, L. Moril Peñalver, Lorena

Hospital San Juan de Alicante

Introducción. Las fracturas de radio distal son unas de las más frecuentes. Para tratarlas existen múltiples opciones; la asociación de distintos métodos puede ser una buena elección. Las fracturas bifocales de radio no son frecuentes.

Material y Métodos. Varón de 66 años que tras caída presenta fracturas intraarticular conminuta de tercio distal de radio y oblicua de tercio medio izquierdas. Fue

intervenido mediante placa, fijador externo, 2 agujas de Kirschner y un sustituto óseo. A las 6 semanas se retiraron fijador externo y agujas, tras consolidación de la fractura. La evolución ha sido favorable radiográficamente; sin embargo, en el último control (a los 3 meses) el paciente presenta limitación de la movilidad articular y algodistrofia simpático refleja.

Discusión. La opción de combinar diversas técnicas quirúrgicas para el tratamiento de fracturas complejas de radio distal es una buena opción. El fijador externo, asociado o no a agujas de Kirschner, está considerado como uno de los métodos de elección en la estabilización de estas fracturas; si bien, dado el largo periodo de inmovilización que requiere y debido a su mecanismo de acción, se derivan de su uso con relativa frecuencia complicaciones como rigidez articular y síndrome de Südeck.

C.C. 26. ROTURA CRÓNICA TRAUMÁTICA DEL TENDÓN DISTAL DEL TRICEPS BRAQUIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

V. Pellicer Garcia, A. Pina Medina, R. Navarro Mont

Hospital Universitario La Fe de Valencia.

Introducción. La rotura del tendón distal del tríceps braquial es relativamente infrecuente. Sucede como una avulsión del tendón con un pequeño fragmento del olécranon (signo de la escama). Es importante una buena exploración clínica porque puede pasar desapercibida la lesión en fase aguda debido al dolor y la tumefacción, siendo complejo el tratamiento de estas lesiones en fase crónica.

Objetivos. Presentamos nuestra experiencia en un caso de un paciente varón de 19 años con una rotura traumática crónica (4 años de evolución) del tendón distal del tríceps.

Metodología. Para la reconstrucción del vientre muscular retraído del tríceps se emplearon técnicas de ligamentoplastia con doble fascículo semitendinoso - recto interno a través de un túnel transóseo taladrado en olécranon reforzado con sutura no reabsorbible.

Resultados. A partir de las 3 semanas de inmovilización se inició un programa de flexión activa progresiva con una ortesis de movilidad controlada, y ejercicios de fortalecimiento del tríceps a partir del 3º mes de la cirugía, persistiendo un déficit de 5-10º de extensión.

Conclusiones. La reparación de roturas crónicas del tendón distal del tríceps braquial con importante retracción del vientre muscular puede realizarse empleando técnicas de ligamentoplastia con doble fascículo semitendinoso - recto interno, obteniéndose buenos resultados.

C.C. 27. RECONSTRUCCIÓN DE LA INESTABILIDAD ROTATORIA POSTEROLATERAL DEL CODO MEDIANTE AUTOINJERTO TENDINOSO

L. Martín Magaña, J.C. Rivas Garnica, A. Iborra Lozano, C. Sánchez Díaz.

Hospital General Universitario de Alicante

Introducción. La inestabilidad rotatoria posterolateral del codo es una entidad patológica reconocida desde hace menos de 20 años. Se produce por insuficiencia del complejo ligamentoso colateral lateral y sus causas más frecuentes son la postraumática y la iatrogénica. Aunque la reconstrucción del complejo ligamentoso mediante autoinjerto tendinoso es actualmente un tratamiento ampliamente recomendado, existen escasas publicaciones que documenten sus resultados a largo plazo.

Objetivos. Presentamos el caso de un paciente con inestabilidad rotatoria posterolateral del codo de etiología postraumática y 20 meses de evolución, y analizamos los resultados funcionales a medio plazo tras la reconstrucción con injerto tendinoso y fijación con tornillo interferencial, así como una revisión de la bibliografía al respecto.

Metodología. Realizamos una reconstrucción utilizando la técnica de O'Driscoll modificada utilizando autoinjerto tendinoso de Palmaris Longus y fijación con tornillo interferencial en epicóndilo y anclaje tipo Corkscrew de titanio (Arthrex) en cúbito. Se inmovilizó con escayola durante 4 semanas y evaluamos clínica, radiológica y goniométricamente a los 1, 3 y 6 meses.

Resultados. El resultado funcional en términos de estabilidad y balance articular fue excelente, con una flexoextensión y pronosupinación completas, sin dolor ni inestabilidad y con una valoración subjetiva excelente.

Conclusiones. La reconstrucción de la inestabilidad rotatoria posterolateral del codo mediante autoinjerto tendinoso es una técnica efectiva que suele ofrecer resultados predecibles a medio-largo plazo. El uso de tornillos interferenciales pretende aumentar la fijación y reducir el tiempo quirúrgico, sin comprometer el resultado funcional final.

C.C. 28. LESION DE NORA. A PROPOSITO DE UN CASO

Ma. Fontestad Utrillas, L. Aguilera Fernandez, C. Bermell Gonzalez, E. Salcedo Maiques, J. Ribes Iborra.

Hospital de La Ribera. Alzira

Resumen. La lesión de Nora incluye un conjunto de lesiones benignas caracterizadas por una proliferación anómala de tejido óseo y fibroso.

Es más frecuente en gente joven y en los dedos de las manos.

Se presenta el caso de una paciente de 42 años con impotencia funcional del 4º dedo de la mano tras una

biopsia realizada en otro hospital, sobre una tumoración de aparición espontánea. La paciente presenta un aumento de partes blandas y signos inflamatorios locales.

Se realiza un estudio radiológico de la lesión (Rx, RMN y Tc). Se aprecia una lesión con aumento de partes blandas consistente en una reacción perióstica localizada en la falange medial. Con estos datos se llega al diagnóstico de lesión de Nora.

Inicialmente, se trata con AINE y frío local y, una vez disminuida la sintomatología, se realiza una resección de la lesión residual.

La etiología de esta lesión es controvertida, se piensa que se trata de una lesión perióstica reactiva que atraviesa distintas fases durante su desarrollo.

Es importante la anatomía patológica para confirmar el diagnóstico y descartar que se trate de un proceso tumoral.

El tratamiento es conservador durante la fase activa y posteriormente quirúrgico para excisión completa de la lesión residual.

C.C. 29. HIPEREXTENSIÓN Y ABDUCTO POSTRAUMÁTICO DEL 5º DEDO

L. Martín Magaña, P. A. Sebastián Giraldo, C. Sánchez Díaz, A. García López, M. Villena Gozalvo

Hospital General Universitario de Alicante

Introducción. La hiperextensión y abducto del 5º dedo de la mano se asocia fundamentalmente a etiologías neurológicas como la parálisis cubital, aunque en algunas ocasiones se presenta de forma postraumática por lesiones agudas en la banda sagital.

Objetivos. Presentamos el caso de una paciente con hiperextensión y abducto postraumático del 5º dedo de la mano y una revisión bibliográfica de los métodos terapéuticos disponibles.

Metodología. Se optó por un tratamiento ortopédico mediante inmovilización con yeso durante 3 semanas.

Resultados. El resultado funcional en términos de estabilidad y balance articular fue excelente.

Conclusiones. La deformidad en hiperextensión y abducción del 5º dedo de causa traumática responde satisfactoriamente al tratamiento conservador. Sin embargo, en determinadas situaciones, la cirugía es necesaria.

C.C. 30. CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE LA MANO EN GARRA EN LA ENFERMEDAD DE HANSEN (LEPRA)

V. Pellicer Garcia, R. Vilar De La Peña, N. Franco Ferrando.
Hospital Universitario La Fe de Valencia

Introducción. La lepra es la causa más frecuente a nivel mundial de la deformidad llamada "mano en

garra", por afectación aislada del nervio cubital o asociada a afectación del nervio mediano.

Objetivos. Mostrar nuestra experiencia en el Hospital Rural de Gambo (Etiopia) en el tratamiento de la mano en garra de la enfermedad de Hansen mediante métodos reconstructivos dinámicos.

Metodología. Mediante la técnica del lazo de Zancolli, se extrae el tendón flexor superficial del dedo medio, se divide longitudinalmente en 4 fascículos, que se pasan por las poleas A1 de los dedos 2º a 5º, suturándose a la tensión deseada sobre sí mismos a modo de bucle, corrigiéndose la hiperextensión de la articulación metacarpofalángica. La primera comisura digital y la oposición del pulgar se recuperan mediante la técnica de Littler-Brown, utilizando el flexor superficial del dedo anular, dividido en dos fascículos, suturados en el tubérculo adductor del pulgar y el extensor largo del pulgar.

Resultados. Estos procedimientos permiten corregir las deformidades típicas de la mano leprosa, consiguiéndose una mano funcionalmente útil.

Conclusiones. La lepra, considerada erradicada en nuestro medio, representa un problema de salud pública en países en vías de desarrollo. La cirugía ortopédica dispone de procedimientos de gran utilidad que devuelven la funcionalidad a las manos.

C.C. 31. ARTRODESIS "4 ESQUINAS" CON PLACA "SPIDER" EN MUÑECAS SLAC-SNAC.RESULTADOS Y COMPLICACIONES.

P. Maseres Ghiloni, E. Jiménez Arall, I Martín Flor.
Hospital comarcal Marina Baixa Villajoyosa y C.E. Benidorm

Introducción. La artrodesis "4 esquinas" es una técnica ampliamente difundida y estandarizada en el tratamiento de las secuelas de fracturas no consolidadas y evolucionadas de escafoides carpiano (SNAC) y lesiones crónicas del ligamento escafo-lunar que asocian secuelas de artrosis y malposición de los huesos del carpo (SLAC).

Durante años se han utilizado materiales diferentes para conseguir la artrodesis de los 4 huesos restantes tras la escafoidectomía mediante agujas de Kirschner, tornillos o grapas. En 1999 se introdujeron las placas dorsales "SPIDER" que permiten realizar la artrodesis de forma más sencilla, controlando la reducción de la desviación del semilunar y dotando de mayor estabilidad de forma primaria al carpo.

Objetivos. Nos proponemos evaluar nuestra experiencia con las artrodesis "4 esquinas" con placa y revisar las complicaciones acaecidas en su utilización frente a otras técnicas empleadas anteriormente en nuestro ser-

vicio. La descripción de nuestras dificultades y resultados cuadran con la bibliografía publicada para la misma técnica.

Metodología. Se revisaron de forma retrospectiva 5 casos de artrodesis "4 esquinas" realizados entre 2004 y 2007, valorándose factores como sexo, actividad laboral, tiempo aproximado desde la lesión inicial hasta la artrodesis parcial de la muñeca, movilidad final, etc.

Resultados. En todos los casos valorados se obtuvo la artrodesis en un plazo aproximado de 8 semanas, mejorando la movilidad de la muñeca afecta así como la fuerza. A pesar de tratarse de una serie corta en cuanto al número de casos, no está exenta de las complicaciones descritas en series mayores por otros autores, como el impingment en dorso del labio radial, el aflojamiento de los tornillos, o la rotura de los mismos.

Conclusiones. En nuestra experiencia, consideramos a la placa "SPIDER" como un buen instrumento para conseguir una artrodesis estable y de forma rápida en casos de muñecas que llevan la mayoría gran número de años con dolor y déficit de movilidad. Igualmente se trata de una técnica quirúrgica de fácil reproducibilidad, y donde a pesar de producirse roturas de material con el tiempo, ello no va asociado a una pseudoartrosis o a pérdida de movilidad como hemos constatado en uno de nuestros casos que hemos debido de revisar para convertirlo en artrodesis total de muñeca.

C.C. 32. OCROONOSIS ALCAPTONÚRICA

D. Martínez Velloso, A. Bru Pomer, L. Barrera Puigdollers, X. Bertó Martí, J. Balaguer Andrés.
Hospital General Universitario de Valencia

Introducción. La ocronosis alcaptonúrica es una enfermedad de depósito hereditaria autosómica recesiva. Se debe al déficit enzimático de la oxidasa del ácido homogentísico en la ruta metabólica de los aminoácidos fenilalanina y tirosina

Material y métodos. Paciente mujer de 66 años de edad que al intervenir de artrosis de rodilla presentó una coloración del cartílago y cápsula articular de aspecto oscuro y brillo metálico. La paciente refiere haber tenido orinas de aspecto oscuro desde la infancia, esto se repitió en 3 de sus hermanos sin casos entre la descendencia. La exploración física demostró una coloración gris azulada de los cartílagos auriculares, así como de las escleróticas y un oscurecimiento progresivo de la orina en contacto con el aire.

Resultados. El diagnóstico de presunción se confirmó mediante la determinación en orina de ácido homogentísico. Se recomendó una dieta baja en aminoácidos y

se realizó consejo genético a los familiares directos. Actualmente la paciente presenta una correcta evolución de la prótesis implantada.

Conclusiones. La ocrónosis puede producir la afectación artrósica precoz de distintas articulaciones y debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de otras patologías que producen tinción de la orina o cambios en la coloración cutánea.

C.C. 33. UNA SERIE DE CATASTROFICAS DESDICHAS

E. Recalde Espinosa, K. Ramón López, Gilabert Dapena E., López Vázquez E.

Hospital de Sagunto

Introducción. Se presenta el caso de una paciente mujer de 33 años, diagnosticándose de Inestabilidad posterior de Hombro derecho; tratado mediante cirugía en 12 ocasiones, el interés del siguiente caso radica los pobres resultados obtenidos. Debido a una mala selección del paciente lo que conlleva a un ensañamiento quirúrgico.

Caso Clínico. Paciente deportista que a los 18 años sufre primer episodio de luxación posterior de hombro derecho (jugando Voley), que se vuelve recidivante con los movimientos de elevación y rotación interna de miembro superior derecho.

En otro centro se decide tratamiento quirúrgico, realizando de inicio un Putti Plat y al año una plicatura capsular posterior. Dado los malos resultados obtenidos es remitido a nuestro servicio.

Tratamiento.

- 1999.- Clínica de inestabilidad posterior y dolor
- 6-99.- Plicatura capsular posterior (2 arpones), férula posterior ABD 20 días.
- 10-99.- Continua clínica inestabilidad.
- 01-00.- injerto de cresta ilíaca en región posterior de la glena, tornillos y arandela.
- 07/00.- release de plicatura capsular anterior.
- 11-01.- osteotomía desrotadora y placa de Waldemar- Link.
- 04-02.- EMO tornillo de esponjosa de placa Waldemar-Link.
- 10-02.- ligamentoplastia posterior con Biotox Farg TB de glana a cuello y plicatura capsular posterior.

- 05-04.- exéresis de ligamentoplastia, EMO de 2 tornillos y arandelas, refrescado de bordes posterior de glena y capsula, injerto de cresta ilíaca y 2 tornillos con arandelas, plicatura capsular posterior.
- 02-05.-. EMO 2 tornillos y arandelas, placa en T de pequeños fragmentos y 2 tornillos de maléolo y placa entre placa y capsula posterior.
- 02-06.- EMO en placa T glena.
- 10-07.- EMO Waldemar- Link y 4 tornillos + PTH invertida Delta.

Resultados. Actualmente la paciente con 33 años se encuentra con dolor que no interfiere en sus actividades de la vida cotidiana, clínicamente presenta una subluxación posterior de la prótesis; se objetiva una atrofia muscular deltoidea. Así como una parestesia de primero y segundo dedo mano derecha y rigidez de codo por exceso de inmovilización (6 semanas) por incumplimiento de la paciente, actualmente en fase de RHB.

Conclusiones.

1. Se trata de un caso desafortunado; debido a una mala selección de la paciente para tratamiento quirúrgico.
2. El caso se ajusta a los criterios de indicación quirúrgica para inestabilidad posterior. Pero los malos resultados hacen plantear un error diagnóstico inicial, posiblemente se trata de una inestabilidad multidireccional acompañado de un componente psiquiátrico (anorexia nerviosa).
3. Vemos un ensañamiento quirúrgico propio de la mala selección del paciente.

C. C. 34. OSTEITIS DE PUBIS

J. Rodríguez Collell, M. Ojeda Peña, B. Jover Espí, Begoña Servicio Traumatología. Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy.

Resumen. La osteítis de pubis fue descrita por primera vez en 1924 por Beer. La etiología de esta enfermedad es variada. Puede tener un origen traumático por un episodio único o por microtraumatismos repetidos en el deporte. También se puede producir por el aumento de la laxitud articular que existe a nivel de la pelvis con el embarazo y el parto. Se han descrito así mismo casos asociados a la cirugía urológica y ginecológica. Las enfermedades reumáticas pueden afectar también esta articulación.