

# Comunicaciones presentadas al XLV Congreso SOTOCAV.

Alicante, 11 y 12 de mayo de 2017.

Communications presented at the XLV SOTOCAV Congress.

Alicante, May 11 and 12<sup>th</sup>, 2017.

## PÓSTERS ELECTRÓNICOS

### P-01 CAUDA EQUINA PRECIPITADA POR EL EMBARAZO

G. Mahiques Segura, M. Gracia Ochoa, J.C. López Ortiz-Tallo, J. Angulo Urbina, J.M. Antequera Cano, S. Pérez Vergara, P. Rubio Belmar, J.L. Bas Hermida, P. Bas Hermida, T. Bas Hermida.

*Hospital General Universitario de Elda.*

**Introducción.** La lumbalgia durante el embarazo supone una causa frecuente de consulta médica, sin embargo, la lumbalgia secundaria a hernia discal durante la gestación es baja (1:10.000). El síndrome de cauda equina secundaria a hernia discal representa una complicación muy grave. El retraso en el diagnóstico y tratamiento puede suponer una causa de discapacidad crónica secundaria a secuelas neurológicas. **Material y Métodos.** Describimos el caso clínico de una mujer de 32 años embarazada, con antecedentes de hernia discal (L4-L5 L5-S1) que presenta clínica herniaria de mayor entidad desde la semana 34 de embarazo.

**Resultados.** La paciente empieza con clínica de ciática por lo que acude a urgencias en varias ocasiones desde la semana 34, siendo dada de alta por rechazar RMN o ingreso para posterior estudio. La paciente volvería a acudir por edema de MMII por lo que se le practica una ECO-DOPPLER que descarta TVP. Aporta informe ginecológico, que se desaconseja el parto vaginal por su patología, siguiéndola en consultas externas de Ginecología, programándola para cesárea electiva. En la cesárea, durante el momento de la anestesia la paciente empieza con clínica de debilidad de MMII de mayor grado en miembro izquierdo. Presenta control de esfínteres, pero cierta alteración de la sensibilidad perianal. Ante la clínica se procede a RMN urgente con resultado de: hernia extrusa L4-L5 con sospecha de clínica de cola de caballo. Se realiza interconsulta a lesionados medulares y se procede a la cirugía llevando a cabo laminectomía y artrodesis circunferencial L4-L5. La paciente fue dada de alta con un corsé, tolerando deambulación y con mejoría de la clínica. **Conclusiones.** El síndrome de cola de caballo supone una emergencia, que debe ser intervenida en las primeras 48 horas o lo más pronto posible. El embarazo no es una contraindicación para la cirugía ni para la técnica anestésica.

### P-02 DESCOMPRESIÓN MEDULAR CERVICAL. ABORDAJE POR DOBLE VÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

I. Moreno Sánchez, B. Sánchez Sabater, F. Moya Trujillo, J.A. De Miguel Vielba, E. González Rodríguez.

*Hospital General Morales Meseguer, Murcia.*

**Introducción.** En la historia de la Espondilosis Cervical se han llevado a cabo múltiples tratamientos quirúrgicos, dos de ellos han sido los fundamentales: **Abordajes anteriores** (tipo Smith-Robinson) para extraer el disco y colocar en su lugar una prótesis, injerto, placa, etc. **Abordajes posteriores** (tipo Scoville) mediante laminectomía, para quitar exclusivamente el fragmento discal extruido que comprime la raíz. El abordaje posterior, tiene la ventaja de descomprimir la raíz, sin necesidad de extirpar por completo el disco intervertebral. Esto permite mantener movilidad en el segmento vertebral afectado. El abordaje vía posterior presenta dificultades técnicas. Hay que realizar una separación muscular importante y puede encontrarse dificultad para localizar el nivel. Además, la vía posterior no actúa sobre la causa real de la compresión que son las barras espondilóticas y los osteofitos.

**Material y Métodos.** Analizamos el caso de un varón de 47 al que se realizó una descompresión C4C5 por vía posterior seis años antes. Acudió por incapacidad para bipedestación. Se diagnosticó una mielopatía compresiva C6C7 con una gran hernia extruida. Se decidió una descompresión-fusión por doble vía. En un primer tiempo, con el paciente en decúbito prono, se realizó un abordaje posterior ampliado hasta C7. Se instrumentaron las masas laterales de C6, los pedículos laterales de C7 y se empalmó con la instrumentación existente. Cruentado articular con autoinjerto óseo y cierre. En un segundo tiempo, con el paciente en decúbito supino, se realiza abordaje anterolateral izquierdo. Discectomía ligeramente aumentada, extracción de la hernia extruida C6C7 masiva con facilidad en cuatro fragmentos grandes. Cesta de tipo, rellena de autoinjerto óseo. Placa cervical anterior C5C7. **Resultados.** El paciente presentó una evolución postquirúrgica satisfactoria y sin incidencias y comienza a caminar con muletas. **Conclusiones.** El abordaje combinado se utiliza raramente. En la actualidad, su indicación principal sería el tratamiento de síntomas o defectos biomecánicos residuales tras un tratamiento anterior o posterior.

### P-03 PROBLEMÁTICA EN EL MANEJO DE LA FRACTURA PATOLÓGICA DE DIÁFISIS FEMORAL POSTRADIOTERAPIA

L. Vélez Toledano, E. Tortosa Sipán, J.A. Blas Dobón.  
*Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.*

**Introducción.** La radioterapia es una parte fundamental en el tratamiento de algunos tumores, sin embargo sus efectos secundarios, como fracturas patológicas por osteoradionecrosis, constituyen un reto a la práctica clínica actual. **Material y Métodos.** Presentamos el caso de una mujer de 47 años, sin antecedentes médicos de interés, diagnosticada e intervenida en octubre de 2012 de un liposarcoma bien diferenciado de muslo derecho pT2 N0 M0, mediante resección amplia y radioterapia adyuvante. Controlada por oncología hasta día de hoy libre de enfermedad. Durante su seguimiento por Traumatología, en abril 2015, presenta en una RM de tercio medio de fémur, una imagen de 3,4 cm que parece representar un infarto óseo o fractura de stress en relación a la radioterapia. **Resultados.** En noviembre de 2015 acude a urgencias con una fractura espontánea de tercio medio de fémur derecho, y es intervenida mediante enclavado endomedular tipo gamma 125°, 11x360mm titanio. La anatomía patológica descarta la malignidad y confirma cambios postradioterapia. Cuatro meses después y pese a la dinamización del clavo, la fractura no consolida, por lo que se decide su sustitución por clavo LFN de Synthes 14x360mm. En noviembre de 2016 precisa de desbridamiento de foco por pseudoartrosis y apertura de ventana cortical con aporte de autoinjerto corticoesponjoso de tibia proximal, DBX y autoinjerto de cresta iliaca ipsilaterales. En su último control, febrero 2017, no se aprecia callo óseo visible en la radiografía. **Conclusiones.** Una de las complicaciones más desafiantes de la radioterapia es la osteoradionecrosis que genera una insuficiencia mecánica ósea, un deterioro funcional del paciente y una pérdida importante de su calidad de vida. Por ello es necesario un adecuado manejo, con un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno que pueda proteger a los pacientes de esta morbilidad a largo plazo.

### P-04 POSIBLE UTILIDAD DE LA POSICIÓN RUTINARIA EN DECÚBITO LATERAL PARA LAS FRACTURAS MALEOLARES DE TOBILLO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

J.V. Llario Moscardó, E. Payá Zaforteza, J. Sotorres Sentandreu, J.A. Tecles Tomás.

*Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva.*

**Introducción.** La tradicional posición en decúbito supino empleada rutinariamente en las fracturas de tobillo presenta una serie de inconvenientes: 1.- Incomodidad para intervenir el maleolo peróneo, 2.- Dificultad en la obtención de la proyección lateral con el intensificador de imagen, requiriéndose la presencia constante de un técnico, 3.- Práctica imposibilidad de abordar y trabajar en el maleolo posterior. **Material y Métodos.** Presentamos el caso de un paciente con

una fractura de gran tamaño del maleolo posterior en el que se optó por la posición en decúbito lateral con la intención de introducir tornillos canulados desde atrás a delante a través de agujas transfixiantes de delante a atrás. **Resultados.** El cambio de posicionamiento del paciente resultó en una sorprendente simplificación y eficacia técnicas obteniéndose los siguientes beneficios: 1.- La postura cenital respecto a la fractura peroneal de los cirujanos era mucho más cómoda, 2.- No se requirió manipular el intensificador de imágenes para obtener las dos proyecciones, bastando con efectuar rotación de la cadera del paciente, 3.- Introducir tornillos canulados al maleolo posterior por agujas transfixiantes resultó un procedimiento sencillo si bien hubo que tomar la precaución de tratar de evitar el tendón de Aquiles. No hemos encontrado dificultad importante para la evaluación y tratamiento de componentes mediales. **Conclusiones.** Tenemos la impresión de que esta pequeña modificación técnica puede suponer mejoras importantes en los procedimientos de osteosíntesis de tobillo, unos de los más frecuentemente efectuados de urgencia en los hospitales de nuestra red sanitaria, sobre todo cuando hay lesiones del maleolo posterior. Planteamos la posible necesidad de evaluar resultados en series mayores como procedimiento rutinario y apuntamos también la posibilidad de emplear posiciones intermedias.

### P-05 FRACTURA DEL GANCHOSO, A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Escribano Zacarés, M. Gracia Ochoa, I. Capó Soliveres, V. Hurtado Oliver, S. Orenge Montoliu, E. Palomares Talens.

*Hospital Francesc de Borja, Gandía.*

**Introducción.** Las fracturas del ganchoso son infrecuentes (2-4%). Estas pueden localizarse a nivel del cuerpo o del gancho del ganchoso, siendo más frecuentes estas últimas. En muchos de los casos no se trata de fracturas aisladas; se asocian a luxaciones carpo-metacarpianas. Su diagnóstico resulta complicado y las proyecciones radiológicas habituales suelen resultar insuficientes para su detección. El mecanismo de producción, la clínica y la presencia de lesiones asociadas deben hacernos sospechar su presencia. Cuando se trata de fracturas con lesiones asociadas se consideran inestables y requieren de intervención quirúrgica para estabilización y osteosíntesis. **Objetivo.** Presentar nuestra experiencia en el tratamiento de una fractura del cuerpo del ganchoso con luxación de 4º y 5º Metacarpianos en mano D en varón joven de 37 años tras traumatismo directo sobre mano. **Material y Métodos:** Varón de 37 años que tras traumatismo directo con puño cerrado presenta dolor, impotencia funcional y tumefacción localizada en base del 4º y 5º metacarpianos de la mano D. Diagnosticado de fractura del cuerpo del ganchoso y luxación de la base del 4º y 5º MTC. Ingresó para tratamiento quirúrgico definitivo por reducción

cerrada y estabilización de la fractura del cuerpo con miniacutrak y 2 agujas Kirschner para estabilizar la luxación carpo-metacarpiana e inmovilización con férula. La evolución fue favorable clínica y radiológicamente, con retirada de AKs a las 6 semanas e inmovilización a las 8 semanas con inicio de la rehabilitación. Recuperación completa de la movilidad sin secuelas aparentes. **Resultados.** La evolución fue favorable clínica y radiológicamente, con retirada de AKs a las 6 semanas e inmovilización a las 8 semanas con inicio de la rehabilitación. Recuperación completa de la movilidad sin secuelas aparentes. **Conclusiones.** El mecanismo de lesión de las fracturas del cuerpo del ganchoso se asocian a traumatismos directos con el puño cerrado; en ocasiones la fuerza del impacto genera lesiones asociadas como la luxación hacia dorsal y proximal de la base del 4º y 5º MTC. Su diagnóstico es dificultoso, y en el caso de observar la luxación deberemos sospechar la presencia de fractura. Las proyecciones radiológicas habituales son insuficientes para detectarlas y requiere de estudios especiales como las Rx oblicuas o el TAC. En este caso el tratamiento quirúrgico con osteosíntesis es de elección, siendo necesaria la correcta reducción y recuperación de la congruencia articular para evitar déficits en la movilidad y fuerza de prensión.

#### **P-06 REDUCCIÓN CERRADA Y OSTEOSÍNTESIS PERCUTÁNEA INMEDIATAS EN FRACTURA DEL CUERPO DEL ASTRÁGALO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

E. Payá Zaforteza, M. Sabater Catalá, S. Cubedo Capella, C. Gallego Terres.

*Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva.*

**Introducción.** Las fracturas del cuerpo del astrágalo presentan un elevado riesgo de necrosis aséptica, (cerca al 38%), lo que coloca al especialista atendiente frente a varios dilemas médico-quirúrgicos.

**Material y Métodos.** Se presenta el caso de una paciente de 15 años que sufrió una caída en un accidente deportivo sufriendo una fractura del cuerpo del astrágalo, tipo II de Hawkins, variante A de Vallier. Fue intervenida de urgencia consiguiéndose una reducción cerrada inmediata y osteosíntesis con tornillos canulados. **Resultados.** A las pocas semanas de la intervención se hizo patente un signo de Hawkins +, indicativo de buena vascularización del fragmento proximal, consiguiéndose una consolidación excelente con una buena recuperación funcional a los 10 meses de la lesión, si bien no se ha conseguido todavía recuperar completamente la dorsiflexión. **Conclusiones.** El éxito en las maniobras cerradas de reducción ha permitido evitar una técnica abierta con despegamientos de partes blandas efectuando una osteosíntesis eficiente inmediata con una agresividad mínima. Creemos que esta actitud influye favorablemente en la complicación más temida en estas fracturas, que es la necrosis avascular del fragmento proximal.

#### **P-07 MORBI-MORTALIDAD EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA. ¿ESTÁ RELACIONADO CON LA CAUSA DE DEMORA QUIRÚRGICA?**

S. Correoso Castellanos, F. Lajara Marco, M.M. Diez Galan, E. Blay Domínguez P.F. Bernáldez Silvetti, M.A. Palazón Banegas, J.A. Lozano Requena.

*Hospital Vega Baja, Orihuela.*

**Introducción.** El tratamiento quirúrgico demorado en fracturas de cadera (>48h), se ha asociado con mayor frecuencia de eventos clínicos adversos. Sin embargo, no está clara la influencia de los motivos de demora en estos resultados. El objetivo de este estudio es el análisis de las causas de demora quirúrgica y su influencia en la morbi-mortalidad en pacientes con fractura de cadera con indicación de tratamiento quirúrgico.

**Material y Métodos.** Se revisaron retrospectivamente una cohorte de 376 fracturas de cadera intervenidas en nuestro centro, entre enero de 2012 y diciembre de 2016. Se excluyó a pacientes menores de 65 años y fracturas patológicas. De ellos, 279 pacientes fueron intervenidos con una demora quirúrgica de >48 hr. Las causas de la demora fueron: antiagregación (AG), anticoagulación (AC), motivos médicos (MM), test cardíacos preoperatorios (T) o motivos administrativos/ organizativos (AA). Se compararon las complicaciones de herida quirúrgica, las complicaciones generales y la mortalidad. **Resultados.** Hubo mayor proporción de complicaciones de herida quirúrgica en los AC (p=0.05). Los pacientes de los grupos AG, AC, y MM se asociaron a mayores tasas de complicaciones generales (p<0.05). El 8.51% de los pacientes incluidos falleció al año de cirugía. La tasa de mortalidad al año fue mayor en el grupo MM (p<0.02). **Conclusiones.** La tasa de mortalidad fue estadísticamente significativa mayor en el grupo MM. Al comparar resultados los pacientes de los grupos AG, AC y MM presentaron mayores tasas de complicaciones generales.

#### **P-08 DEMORAR LOS PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA LOS FINES DE SEMANAS. ¿AUMENTA LA MORBI-MORTALIDAD?**

S. Correoso Castellanos, F. Lajara Marco, M.M. Diez Galan, E. Blay Domínguez, P.F. Bernáldez Silvetti, M.A. Palazón Banegas, J.A. Lozano Requena.

*Hospital Vega Baja, Orihuela.*

**Introducción.** El tratamiento quirúrgico es de elección en la mayoría de pacientes, si bien los beneficios de la cirugía temprana (<48hr) son objeto de controversia con estudios que muestran resultados contradictorios en cuanto a morbi-mortalidad y estancia hospitalaria. El objetivo de este estudio es analizar si la demora quirúrgica por motivos asistenciales tiene influencia en la morbi-mortalidad y en la estancia hospitalaria de los pacientes con fractura de cadera. **Material y Métodos.** Se revisaron retrospectivamente una cohorte de 376 fracturas de cadera intervenidas en nuestro centro,

entre enero de 2012 y diciembre de 2016. Se excluyó a pacientes menores de 65 años, fracturas patológicas, antiagregados, anticoagulados y demorados por motivos médicos o test cardíacos preoperatorios y fracturas patológicas. De ellos, 96 fueron intervenidos dentro de las primeras 48h (Grupo ND), y 73 con una demora quirúrgica >48 hr (Grupo A). Se registraron los datos demográficos y comorbilidades. Se compararon las complicaciones de herida quirúrgica, las complicaciones generales y la mortalidad. **Resultados.** No hubo diferencias entre ambos grupos en cuanto al sexo, edad, ASA, demencia y tipo de fractura. No hubo diferencias en cuanto a las complicaciones de herida quirúrgica y complicaciones generales ni mortalidad al año. Si hallamos diferencias en cuanto a la demora preQx siendo de 1,8 días en el grupo ND y de 4,22 días en el grupo A. También hubo diferencias en cuanto a la estancia hospitalaria, siendo de 6,6 en el grupo ND y de 9,28 en el grupo A ( $p < 0,00001$ ). **Conclusiones.** Los pacientes demorados por motivos administrativos/ organizativos (grupo A) no presentaron mayores tasas de complicaciones generales con respecto al grupo de pacientes no demorados (grupo ND). Pero sí, una mayor estancia hospitalaria injustificada.

#### **P-09 COMPORTAMIENTO DE LA HEMOGLOBINA EN LOS PACIENTES CON FRACTURAS DE PELVIS POR FRAGILIDAD ÓSEA**

M.S. Gómez Aparicio, J. Morales Rodríguez, J.R. Salazar Aguiar, J.A. Blas Dobón, J.L. Rodrigo Pérez. *Hospital Universitario Dr Peset, Valencia.*

**Introducción.** Las fracturas de pelvis por fragilidad ósea son una de las consecuencias más debilitantes de la osteoporosis. La incidencia de estas fracturas es de 25'6/100.000 habitantes/año, en comparación con la de la población general que es de 6'9/100.000/año. En este estudio se busca determinar el comportamiento de la hemoglobina en los pacientes con este tipo de fracturas. **Material y Métodos.** Se trata de un estudio observacional retrospectivo. Se realizó una búsqueda de los pacientes ingresados en el Hospital Universitario Doctor Peset entre 2014 y 2016, con fracturas de pelvis por mecanismo de baja energía y edad  $\geq 65$  años, obteniendo 144 pacientes. Se recogió la hemoglobina previa al ingreso, a las 12 horas y al alta, número de transfusiones, días de ingreso, anticoagulación y fracturas asociadas. **Resultados.** Se observó un descenso estadísticamente significativo de la hemoglobina en los pacientes con fracturas de pelvis de 0'69 g/dL, T Student:  $p < 0'01$ ; requiriendo el 14'58% de ellos una o más transfusiones sanguíneas, un descenso estadísticamente significativo de hemoglobina en pacientes anticoagulados comparado con no anticoagulados, T Student:  $p = 0'01$  y un descenso estadísticamente significativo de la hemoglobina en los pacientes con fracturas asociadas versus sin fracturas

asociadas, U de Mann-Whitney:  $p < 0'05$  con IC de 95%. De todos nuestros pacientes, 5 sufrieron complicaciones graves requiriendo tratamiento hospitalario específico y 2 de ellos fallecieron. **Conclusiones.** A pesar de que las hemorragias graves son infrecuentes en las fracturas de pelvis por fragilidad, debemos tener presente el potencial riesgo que suponen, especialmente en los pacientes anticoagulados, que tienen un riesgo de sangrado aumentado. Por ello recomendamos hospitalización y monitorización de los pacientes con fractura de pelvis por fragilidad durante al menos 24 horas.

#### **P-10 OSTEOTOMÍA DIAFISARIA DE RADIO POR DÉFICIT EN LA SUPINACIÓN TRAS FRACTURA DOBLE DE ANTEBRAZO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

C. Sánchez Losilla, F. Jara García, A. Vilatela Gomez, I. Cabanes Ferrer, M. Alfonso Porcar, A. Bru Pomer.

*Consorcio Hospital General Universitario de Valencia*

**Introducción.** Las fracturas diafisarias de cúbito y radio, comúnmente conocidas como fracturas dobles de antebrazo, constituyen la tercera fractura en frecuencia en la edad pediátrica suponiendo un 13-40% del total de fracturas de este grupo etario. El tratamiento de las mismas se realiza en base a la edad del paciente, tipo de fractura y desplazamiento de la misma. Generalmente el tratamiento conservador mediante reducción cerrada y enyesado ha asociado buenos resultados, reservando el tratamiento quirúrgico para fracturas en las que no se obtiene una reducción satisfactoria. Alteraciones angulares residuales del cúbito y/o radio pueden provocar alteraciones funcionales severas. **Material y Métodos.** Presentamos el caso clínico de un varón de 17 años de edad que presenta un déficit de pronación ( $-20^\circ$  y supinación  $0^\circ$ ) tras sufrir una fractura doble de tercio medio de antebrazo a los 12 años que fue tratada mediante férula braquial. El único hallazgo patológico en las pruebas complementarias fue una pérdida de  $25^\circ$  de la angulación de la diáfisis del radio respecto al miembro contralateral. **Resultados:** El paciente fue tratado quirúrgicamente mediante osteotomía volar en cuña de radio bajo control de escopia y posterior osteosíntesis con placa bloqueada. El tiempo de consolidación de la osteotomía fue de dos meses. El balance articular al año de seguimiento fue de  $-10^\circ$  de supinación y pronación completa sin presentar dolor en codo o muñeca. **Conclusiones.** Las deformidades angulares de cúbito y radio tras fractura de antebrazo pueden producir un aumento la tensión de la membrana interósea e impingement óseo impidiendo la libre rotación del radio alrededor del eje mecánico del antebrazo. El objetivo del tratamiento de estos pacientes debe de ser la restitución de la angulación fisiológica de cúbito y radio, siendo necesarias en ocasiones la realización de osteotomías cuneiformes.

### **P-11 ROTURA CRÓNICA DE TENDÓN TIBIAL ANTERIOR. A PROPÓSITO DE UN CASO**

K. Ramón López, J. Santillana Garcia, E. Recalde Espinosa.

*Hospital de Vinaroz.*

**Introducción.** Paciente de 60 años, hace 8 meses presenta herida en región anterior de pierna derecha. Se realiza sutura de herida en urgencias y control por atención primaria. Paciente acude a consultas externas de COT, a los 6 meses de evolución por imposibilidad para realizar la flexión dorsal completa del tobillo derecho. **Material y Métodos.** Se procede a realizar EC, ECO y RMN, que junto a la clínica, confirman la rotura crónica del tendón tibial anterior, cerca de la unión miotendinosa. Se decide intervención quirúrgica, realizando sutura termino terminal con injerto autólogo de hemitendon tibial anterior (Pulvertaf y Krakow) e infiltración con PGRF. Se coloca una férula de yeso suropédica a 90° flexión de tobillo. **Resultados.** Actualmente se encuentra con la férula de yeso, a la espera de inicio de RHB. **Conclusiones.** Queríamos compartir nuestra experiencia en este caso, ya que revisando la literatura existente, hemos comprobado, que existen poca experiencia en cuanto a tratamiento diferido de roturas del tendón tibial anterior.

### **P-12 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS FRACTURAS-EPIFIOLISIS PROXIMALES DE RADIO**

S. Escribano Zacarés, M. Gracia Ochoa, I. Capó Soliveres, V. Hurtado Oliver, S. Orenge Montoliu, E. Palomares Talens.

*Hospital Francesc de Borja, Gandía.*

**Introducción.** La incidencia de epifisiolisis del extremo proximal de radio se encuentra entre el 5-10% de las fracturas que afectan el codo infantil. Puede presentarse de forma aislada o asociadas a otras lesiones. Las epifisiolisis con un grado de angulación superior a 60° y desplazamientos mayores de 3 mm (>50%) desarrollan muchas complicaciones si no se consigue una correcta reducción, debido a la complejidad anatómica y la vascularización de la zona. En las situaciones en las que no es posible la reducción cerrada e inmovilización, debido al desplazamiento e inestabilidad de la fractura, las técnicas de reducción percutánea combinadas son de elección. **Objetivo.** Presentar nuestra experiencia en la aplicación de técnicas de reducción percutánea combinadas en fracturas-epifisiolisis proximales de radio. **Material y Métodos.** Paciente varón de 9 años que acude por dolor e impotencia funcional en codo izquierdo tras caída casual con brazo en extensión y valgo forzado. Tras exploración clínica y realización de pruebas radiológicas se confirma fractura-epifisiolisis proximal de radio izquierdo Tipo III, según clasificación de Steel-Graham (angulación >60° y desplazamiento

>50%). Se realiza reducción percutánea y fijación con agujas Kirschner de la fractura, combinando la técnica de Böhler para estabilización temporal y la técnica de Metaizeau para conseguir reducción completa.

**Resultados.** Se observó consolidación completa a las 6 semanas de post-operatoio. Con flexo-extensión y prono-supinación completa. **Conclusiones.** El tratamiento de las fracturas-epifisiolisis proximales de radio debe ser lo más conservador posible. En los casos en los que no podemos conseguir una reducción aceptable, como son las fracturas de gran angulación y muy desplazadas, las técnicas percutáneas combinadas permiten una reducción anatómica y estable. De este modo evitamos la pérdida de reducción secundaria y retrasos en la ganancia de movilidad.

### **P-13 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD DE MULLER-WEISS. LA EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.**

J.I. Ortego Sanz, F. Cabanes Soriano, M. López Vega.

*Hospital de Lliria.*

**Introducción.** La enfermedad de Muller-Weiss es una deformidad compleja de mediopie y retropie, caracterizada de una deformidad en varo y displasia del escafoides tarsiano. En la mayoría de los casos es bien tolerada y responde a tratamiento conservador. En casos que precisan tratamiento quirúrgico existen en la literatura diversas opciones terapéuticas publicadas, sin que exista unanimidad sobre la más adecuada. **Material y Métodos.** Revisamos de forma retrospectiva a los paciente intervenidos en nuestro centro, analizando la intervención realizada y la evolución clínica, radiológica, así como resultado funcional medido con la escala AOFAS y Machester-Oxford (MOxFQ). **Resultados.** Se consiguen recoger 6 casos (4 mujeres, 2 hombres) con edad media en el momento de la intervención de 53'67 años. A 5 de ellos se les realizó artrodesis astrágalo escafoidea, uno de esos 5 pacientes con osteotomía valguizante de calcaneo asociada y al sexto una triple artrodesis. La media del puntuación en escala AOFAS es de 60 puntos y del MOxFQ es de 66, 72 y 74 (apartados, bipedestación/deambulacion, dolor y función social). Dos pacientes han precisado reintervenciones. **Conclusiones.** La enfermedad de Muller-Weiss sigue siendo todavía bastante desconocida en su etiología y patogenia. Aunque habitualmente es bien tolerada en ocasiones los síntomas hacen necesario tratamiento quirúrgico. La cirugía proporciona mejoría sintomática a largo plazo en pacientes severamente incapacitado, pero con periodos largos de recuperación y descarga, así como de importante tasa de complicaciones postoperatorias.

### **P-14 CONVERSIÓN DE HEMIARTROPLASTIA ANATÓMICA DE HOMBRO A ARTROPLASTIA TOTAL INVERTIDA EN EL PACIENTE JOVEN. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

E. Tortosa Sipán, L. Vélez Toledano, F. García De Lucas.

*Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.*

**Introducción.** El patrón oro del tratamiento de las fracturas conminutas de EPH en pacientes jóvenes con alta demanda funcional es la reconstrucción anatómica con placa LCP, en ocasiones esto no es posible y se debe recurrir a la hemiartroplastia. Cuando una hemiartroplastia falla y el manguito rotador es incompetente, se plantea la necesidad de reconversión a prótesis total invertida. **Material y Métodos.** Mujer de 26 años que tras accidente de motocicleta en febrero de 2016 presenta TCE severo con fracturas craneofaciales múltiples, hematoma epidural y subdural parietotemporal derecho que condicionó daño cerebral por lesión talámica axonal, fractura de C1, C4 a C7, neumotorax y fractura de 5º arco costal izquierdos y fractura conminuta de cabeza humeral izquierda. La paciente permaneció en estado de coma durante 6 semanas, periodo en el cual se le realizó la hemiartroplastia. Un año tras la intervención presenta dolor constante e imposibilidad de movilizar hombro. La clínica y las exploraciones por imagen muestran signos de fracaso de la prótesis y del manguito rotador por ausencia de consolidación de las tuberosidades. Presentaba un deltoides y circunflejos competentes, decidiéndose conversión a artroplastia total inversa. **Resultados.** Dos meses tras la intervención el BAA es: abducción 45º (previo 30º), flexión 60º (previa 30º). BAP: abducción 70º (previo 50º), flexión 85º (previo 40º). EVA dolor 2 (previa 9). No precisando analgesia y pudiendo desenvolverse en sus actividades habituales. **Conclusiones.** La artroplastia total inversa en pacientes jóvenes es muy infrecuente, no obstante puede ser una buena solución funcional en fracaso de hemiartroplastia previa ayudándoles a mantener su autonomía y adecuada calidad de vida.

### **P-15 PANARTRODESIS DE TOBILLO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO**

E. Bascuñana Mas, M. Esteve Durá, J.M. Valiente Valero, D. Gómez González.

*Hospital General Universitario de Alicante*

**Introducción.** La artrosis de las articulaciones tibioastragalina y subastragalina es una patología que puede llegar a ser incapacitante. En casos muy evolucionados puede ser necesaria la cirugía, siendo la artrodesis uno de los procedimientos más ampliamente aceptados. **Material y Métodos.** Presentamos el caso de una mujer de 44 años, con una artrodesis subastragalina previa y una degeneración tibioastragalina secundaria, que había sido tratada mediante una panartrodesis de tobillo con clavo retrógrado preformado en valgo, con malos resultados.

La entrada medial del clavo, unida al valgo del propio clavo condiciona una hipercorrección, con importante deformidad del eje del tobillo e impotencia funcional para la marcha y el apoyo normal. Remitido el caso a nuestro hospital, se decide reintervenir, realizando EMO seguida de una osteotomía a nivel de metafisis distal de la tibia, en forma de cuí±a de apertura lateral, con injerto óseo tricortical autólogo de cresta iliaca, relleno de canal con hidroxiapatita y fijación con placa lateral. **Resultados.** Tras un año de evolución se observa consolidación, una mejoría en el eje de carga, así como una buena respuesta funcional. **Conclusiones.** La panartrodesis con clavo retrógrado es una buena opción quirúrgica, siendo importante, como en cualquier caso, conocer las características del material que se utiliza, minimizando las posibilidades de error técnico. El uso de placa lateral para artrodesis de tobillo tiene unos resultados funcionales similares y permite un mejor abordaje del foco, por lo que constituye una buena opción en caso de rescate tras malos resultados.

### **P-16 ARTRODESIS TIBIOCALCÁNEA EN UN CASO DE ARTROPATÍA DIABÉTICA. A PROPOSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA**

P.V. Fuentes Escobar, J.J. Talavera Gosalbez, L. Moril Peñalver, M.A. Vasallo Prieto, F. López Prats.

*Hospital General Universitario de Elche.*

**Introducción.** A causa de la diabetes mellitus, la artropatía neuropática en el tobillo y el pie, es un problema cada vez más frecuente. Los intentos de reconstrucción del tobillo abarcan las artrodesis astragalinas y tibioastragalocalcáneas que exigen un astrágalo intacto, una vascularización adecuada y ninguna infección. En ocasiones el astrágalo está necrosado y en estos casos, la artrodesis tibiocalcánea con diferentes sistemas de fijación puede ser una opción de tratamiento que proporcione una buena alineación, evitando las amputaciones a este nivel. **Material y Métodos.** Presentamos el caso de un paciente varón de 42 años, diabético tipo 1 de 25 años de evolución, en seguimiento por Medicina Interna, Nefrología, Urología, Oftalmología y Cirugía Vascular por un cuadro típico de afectación vascular de pequeño vaso, que afecta a múltiples órganos y sistemas. Objetivamos una necrosis de astrágalo con fractura de estrés del maléolo medial de la tibia y deformidad en varo muy marcada. Se plantea tratamiento quirúrgico, explicando claramente riesgos y beneficios de la cirugía y la posibilidad real de una amputación diferida. Se realizó una artrodesis tibiocalcánea con tornillos canulados AO de 7.3 mm y la adición de injerto de cresta iliaca. **Resultados.** El paciente actualmente presenta un seguimiento de 18 meses. La consolidación de la artrodesis se objetivó a los 6 meses de la cirugía. La alineación del tobillo pie es correcta con un acortamiento del miembro intervenido de 5 centímetros objetivada con telemetría

miembros inferiores. El paciente camina con un alza externa en el calzado. **Conclusiones.** Las técnicas quirúrgicas de artrodesis con placas anguladas, tornillos, clavos intramedulares o fijadores externos de Ilizarov han mejorado sustancialmente el pronóstico de la artropatía neuropática en el tobillo pie, evitando en algunas ocasiones amputaciones muy amplias del miembro inferior.

### **P-17 ESTUDIO COMPARATIVO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA SERI CON 2 SISTEMAS DE FIJACIÓN EN CIRUGÍA DE HALLUX VALGUS**

A. Ortin, J.J. Talavera, A. Vasallo, L. Moril, F. López Prats.

*Hospital General Universitario de Elche*

**Introducción.** El Hallux Valgus es una deformidad del antepié caracterizada por una subluxación lateral progresiva de la falange proximal del primer dedo sobre la cabeza del primer metatarsiano. Es una de las patologías que más frecuentemente se valoran en las consultas de nuestra especialidad. Existen en la bibliografía actual múltiples técnicas quirúrgicas para el tratamiento de esta patología. Sin embargo, a pesar de que muchas de ellas presentan grados de satisfacción altos, no existe actualmente una técnica que prevalezca claramente sobre el resto. La técnica SERI (acrónimo en inglés de “*sencilla, eficaz, rápida y económica*”) fue introducida en nuestro Servicio hace 8 años. **Material y Métodos.** Presentamos un estudio prospectivo de 60 casos diagnosticados de hallux valgus tratados mediante técnica SERI, mostrando resultados clínicos y radiológicos de la técnica fijados con 2 sistemas diferentes. Grupo I: La osteotomía fijada con 2 agujas de Kirschner. Grupo II: La osteotomía fijada con sistema Endolog. **Resultados.** Los resultados clínicos y la satisfacción de los pacientes son buenos. A corto plazo se observan diferencias estadísticamente significativas en los parámetros clínicos y radiológicos medidos. Las complicaciones más frecuentes son: leve pérdida de la corrección y rigidez leve de articulación metatarsofalángica. En esta serie hemos tenido un caso de pseudoartrosis y ningún caso de infección profunda. Hemos tenido 2 casos de metatarsalgia de transferencia que se han resuelto con plantillas ortopédicas. **Conclusiones.** La técnica SERI es una técnica para corregir el hallux valgus moderado con resultados que son comparables a otras técnicas descritas en la bibliografía. Puede ser una técnica alternativa, con menor disección de partes blandas. El sistema de fijación de osteotomía no supone una diferencia determinante en la evolución de la calidad de vida en el tiempo de seguimiento de este estudio.

### **P-18 EL DEFECTO ÓSEO EN CIRUGÍA DE INFECCIONES TRATADO CON SISTEMA COMPRESS**

J. Alguacil Pinel N Correa González J. Baeza Oliete.

*Hospital Universitari i Politecnic La Fe*

**Introducción.** El implante tipo Compress se fija a la cortical ósea mediante un pequeño segmento intramedular con pines cruzados. El punto de fijación proporciona anclaje para asegurar una interfaz hueso-prótesis usando fuerzas elevadas de compresión. El sistema de compresión induce hipertrofia ósea local viable y minimiza la pérdida ósea en ajustes de revisión y utiliza principios fundamentales de oosintegración para proporcionar una alternativa innovadora a los tallos intramedulares tradicionales o no cementados en reemplazo con endoprótesis. **Material y Métodos.** El objetivo es mostrar a través un estudio descriptivo de una serie de casos, nuestra experiencia en el uso del sistema Compress en patología séptica y con defecto óseo. Se revisaron retrospectivamente los datos de 9 pacientes que se sometieron a reconstrucción distal o proximal del fémur con el sistema de compresión en la patología séptica. Hubo 5 fémures proximales y 4 reconstrucciones distales del fémur. Se evaluaron los resultados clínicos y la erradicación de la infección y la pérdida de tejido óseo tratados con prótesis tumorales con el sistema Compress. Se registraron datos sobre microbiología, tratamiento antibiótico, parámetros de laboratorio y osteointegración de la prótesis, así como complicaciones precoces y tardías. Todos los pacientes fueron estudiados y seguidos por la unidad de enfermedades infecciosas musculoesqueléticas, tanto durante la hospitalización como en el postoperatorio tardío. **Resultados.** La edad media fue de 65,1 años (38-81) con una media de seguimiento de 26 meses (24-36). Se ha observado la erradicación de la infección y la estandarización de los parámetros analíticos en 7 de los 9 casos. En los restantes pacientes los estudios radiográficos muestran osteointegración de la prótesis. **Conclusiones.** El sistema compress es una alternativa de tratamiento en pacientes con patología séptica con defectos óseos avanzados que proporciona en nuestra experiencia una alternativa aceptable como tratamiento.

### **P-19 POLECTOMÍA PERCUTÁNEA CON BISTURÍ 64 MIS MSP, EN EL TRATAMIENTO DEL DEDO EN RESORTE**

D. Mifsut L. Belenguer, E. Gargallo, J.R. Rodríguez-Collell, N. Saus.

*Hospital Clínico Universitario de Valencia-H. Malvarrosa. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina. Universitat de Valencia.*

**Introducción.** Existen diferentes técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la tenosinovitis estenosante de los dedos de la mano, comúnmente conocida como dedo en resorte, desde la cirugía abierta hasta la cirugía percutánea con el bisel de una aguja. El objetivo del presente trabajo fue revisar los resultados obtenidos con el tratamiento percutáneo, utilizando un bisturí 64 MIS MSP (utilizado habitualmente para la cirugía percutánea del pie). **Material y Métodos.** Se revisaron un total de 33 pacientes intervenidos en 2016

mediante esta técnica, 58 dedos en resorte. 18 hombres y 15 mujeres. Un tiempo de seguimiento mínimo de 6 meses. Se analizaron las variables demográficas, dedos afectados, tiempo quirúrgico, recuperación de la función motora, reincorporación a sus actividades y complicaciones o recidivas. **Resultados.** La mayoría fueron dedos en resorte a nivel del 4 dedo (24 casos), seguidos del pulgar (15 casos) y 3 dedo (10 casos). La cirugía se realizó con anestesia local y sin isquemia con un tiempo de duración medio de 11 minutos. No se observó ningún caso de recidiva durante el periodo estudiado. No se presentaron lesiones neurológicas. **Conclusiones.** La polectomía percutánea con Bisturí 64 MIS es una técnica segura y eficaz en el tratamiento de los dedos en resorte, con mínima agresión sobre partes blandas y una rápida recuperación.

### **P-20 OSTEOSÍNTESIS SOBRE FÉMUR PAGÉTICO**

D. Martínez Méndez, G. Mahiques López, M. Rubio Morales, F.A. Miralles Muñoz.

*Hospital General Universitario de Elda*

**Introducción.** Lake (1951) fue el primero en sugerir que las fracturas femorales en la enfermedad de Paget, pueden tener complicaciones en el proceso de consolidación ósea (retardos y pseudoartrosis). Dove (1980) en su estudio retrospectivo de 182 casos publicó una tasa de pseudoartrosis de 40 %. Las complicaciones intraoperatorias en estas fracturas están condicionadas por la fase en que se encuentre la enfermedad. Así, durante la fase remodelativa, la hipervascularización ósea puede producir un aumento del sangrado quirúrgico. Por el contrario, durante la fase destructiva, las complicaciones más frecuentes son el retardo de consolidación y la pseudoartrosis. Las deformidades óseas producidas por la enfermedad condicionan una dificultad importante a la hora de implantar materiales de osteosíntesis rígidos, tales como clavos intramedulares y placas atornilladas. **Material y Métodos.** Presentamos el caso de un paciente de 90 años, activo y con vida autónoma, con fractura de fémur sobre enfermedad de Paget monostótica, sin traumatismo desencadenante. El fémur presentaba la deformidad típica de la enfermedad, con incurvación lateral marcada y corticales con marcado engrosamiento. Fue intervenido mediante placa LCP 4.5/5.0 para fémur proximal, de SynthesR. Se pautó descarga durante 2 meses, con un programa de fisioterapia específico. **Resultados.** En los controles radiológicos se observó la progresiva formación de callo, con consolidación completa a los 6 meses. Al año, el paciente camina con ayuda de un bastón, no presentando dolor en el miembro afecto. **Conclusiones.** Las características del hueso en la enfermedad de Paget hacen que el tratamiento de las fracturas diafisarias de fémur resulte técnicamente difícil en muchos casos, siendo imprescindible una correcta planificación preoperatoria. En la literatura, el tratamiento con placa

no está considerado como de elección. Nuestro caso presentó una evolución satisfactoria, obteniendo la consolidación ósea en los plazos normales.

### **P-21 HEMARTROS AGUDO NO TRAUMÁTICO DE RODILLA**

B. González Navarro, G. Mahiques López, M. Rubio Morales, F.A. Miralles Muñoz.

*Hospital General Universitario de Elda.*

**Introducción.** Por lo general, existe una causa traumática del hemartros de rodilla, como resultado de la cual hay una ruptura de los vasos sanguíneos, por una rotura del LCA, meniscopatía periférica, luxación rotuliana o fractura. El derrame articular se genera en las primeras 24 horas, siendo diagnosticada mediante la artrocentesis. Ante un hemartros no traumático de rodilla, hay que pensar en trastornos de la coagulación, sinovitis vellonodular o tumores sinoviales. **Material y Métodos.** Presentamos el caso de un varón de 37 años que consultó por dolor y derrame articular de rodilla sin traumatismo previo, de instauración brusca. Antecedente de interés: accidente de tráfico hace 22 años con fractura doble de antebrazo y rotura muscular cuadriceps. Desde entonces, refiere cierta inestabilidad no incapacitante para las actividades cotidianas. El estudio radiológico no mostró lesiones óseas. La artrocentesis demostró hemartrosis. Su análisis descartó enfermedad por depósito de microcristales y proceso infeccioso. La analítica descartó la presencia de coagulopatía. Los derrames articulares se repitieron durante 3 meses, precisando punciones articulares en 4 ocasiones. La RM descartó la sinovitis vellonodular pigmentada y los tumores sinoviales. **Resultados.** Se realiza cirugía artroscópica con biopsia, que informó proliferación sinovial hipertrófica, sin identificar patología específica. Además se observó ausencia de LCA, observando sinovitis marcada, realizando coagulación de las múltiples bocas vasculares. A los 3 meses de evolución, el paciente se encontraba asintomático, sin recidivas al año, realizando vida activa sin limitaciones. **Conclusiones.** El hemartros fue consecuencia de la inestabilidad crónica por la insuficiencia del LCA, que generó una proliferación sinovial que desencadenó de manera espontánea, y 22 años después de lesionarse el LCA, en un hemartros agudo no traumático y repetitivo. El tratamiento artroscópico fue determinante para la solución definitiva, siendo fundamental los antecedentes, para establecer una relación causal determinante.

### **P-22 EPIFISIOLISIS SEVERA DE CABEZA FEMORAL BILATERAL. A PROPÓSITO DE UN CASO**

J.L. Martínez Vergara, C. Doménech Bendaña, M.T. Vargas San Gil, H. Yañez, W. Fernandez, R. Roca, P. Doménech Fernández, J. Knorr.

*Hospital Universitario General de Castellón.*

**Introducción.** La epifisiolisis es problema de cadera

más común en adolescentes, el paciente se presenta con sobrepeso y claudicación. La aparición de una epifisiolisis contralateral asciende hasta el 80% y ocurre usualmente durante el primer año. El tratamiento es siempre quirúrgico. **Material y Métodos.** Presentamos el caso de un paciente varón de 14 años que consulta inicialmente por antecedente previo de trauma en cadera derecha, dificultad para caminar por dolor en ingle y muslo derecho, pasó inadvertido en la primera visita y bilateral. La rotación interna era 0°, externa 30°, flexión de la cadera derecha limitado a 30° y de la izquierda a 60°. Porta Rx de pelvis AP en la que se observa epifisiolisis bilateral severa de ambas cabezas femorales con desplazamientos epifisarios de más del 50%. Ante los hallazgos clínico radiológicos se realiza intervención quirúrgica simultánea bilateral: Fijación *in situ* percutánea con tornillo canulado de cabeza femoral izquierda y osteotomía valguizante y extensora intertrocanterea de fémur derecho (Southwick). **Resultados.** Inició la carga parcial progresiva con muletas la 7 semana. Controles radiológicos a los 3, 6 meses con mejoría de movilidad y marcha sin incidencias. Actualmente pendiente de control anual. **Conclusiones.** La epifisiolisis es una patología frecuente en adolescentes, siendo bilateral en 20–80%. Las radiografías de pelvis AP y Lauenstein son generalmente suficientes para el diagnóstico de epifisiolisis. El tratamiento más aceptado es la fijación *in situ* con un tornillo simple. En la epifisiolisis severas la epífisis se desliza hacia posterior y abajo deformando la congruencia de la cadera. Las osteotomías correctoras están indicadas en las deformidades graves, para reorientar la posición de la epífisis, la cirugía es compleja debido al deslizamiento debiendo fijarse la cabeza sobre el cuello. Las principales complicaciones son la osteonecrosis y condrolisis. Las osteotomías intracapsulares (Dunn) permiten mayor corrección que las basicervicales (Cramer) y las intertrocanterea (Southwick), aunque aumentan el riesgo de osteonecrosis.

### **P-23 CASO CLÍNICO: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CIFOSIS CONGÉNITA EN PACIENTE DE 12 AÑOS**

D. Rodríguez Martínez; P. Doménech Fernández, J.L. Martínez Vergara.

Hospital Clínico Universitario de Valencia/Hospital Sant Joan de Deu.

**Introducción.** Paciente de 12 años de edad con diagnóstico de Hipercifosis toracolumbar congénita progresiva secundaria a sinostis T11-T12 con 72° de angulación (T11-L1). **Material y Métodos.** Revisión caso clínico. Recolección de historia clínica y fotografías intraoperatorias. **Resultados.** Corrección de la angulación de 72° (T11-L1) a 24° (T11-L1) que se mantiene tras 10 meses de seguimiento. Paciente con marcha autónoma, sin limitación funcional y sin déficit nervioso o vascular. **Conclusiones.** La osteotomía en

cuña y corrección con fijación posterior con tornillos pediculares por abordaje posterior único es un procedimiento eficaz para el tratamiento de las cifosis congénitas severas en pacientes pediátricos.

### **P-24 DISOCIACIÓN ESPINO-PÉLVICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO**

E.M. Vera Giménez, A. Bailén García, D.A. Gómez González, A. Madrigal Quevedo, E. Bascuñana Mas, E. Ruiz Piñana, J.M. Valiente Valero, M. Esteve Durá, S. Arlandis Villarroya, A. García López.

*Hospital General Universitario de Alicante.*

**Introducción.** La disociación espino-pélvica es una lesión infrecuente (2.9% de las fracturas de pelvis), aunque probablemente infradiagnosticada. Se define como una fractura del sacro que combina un trazo transversal con trazos sagitales en ambas alas sacras, provocando una separación mecánica entre el raquis y la pelvis. Se presenta en accidentes de alta energía y es fundamental un diagnóstico y tratamiento tempranos para un mejor pronóstico funcional. El objetivo de este trabajo es dar a conocer esta patología y su manejo, a través de un caso clínico tratado en nuestro centro. **Material y Métodos.** Se presenta el caso de una paciente de 26 años, precipitada, que llega a urgencias de nuestro centro. Al realizar las pruebas de imagen (Radiografía de pelvis y TAC) se observa una disociación espino-pélvica, junto con una fractura bifocal de rama iliopúbica y una de rama isquiopúbica izquierdas. No presenta inestabilidad hemodinámica. Se interviene a la paciente de manera programada con el objetivo de reducir, fijar las fracturas y mejorar su pronóstico neurológico y funcional. Mediante un abordaje posterior, se realizó una fijación lumbosacra (L4-L5-S1) junto con una fijación espino-pélvica mediante 2 tornillos ilíacos. A continuación, a través de un abordaje de Stoppa, se llevó a cabo una osteosíntesis anterior de la pelvis. **Resultados.** El resultado de la monitorización neurofisiológica demostró una severa afectación polirradicular sacra, previa a la cirugía, que se mantuvo sin cambios durante el procedimiento quirúrgico. **Conclusiones.** A pesar de que esta patología es infrecuente, resulta fundamental mantener la sospecha ante un traumatismo de alta energía. El tratamiento de elección, salvo excepciones, es quirúrgico. Debemos determinar la afectación neurológica prequirúrgica de estos pacientes puesto que será el principal determinante del pronóstico a largo plazo.

### **P-25 DESEQUILIBRIO SAGITAL DE COLUMNA VERTEBRAL Y SÍNDROME DE ESPALDA FALLIDA. ¿VALE LA PENA EL RIESGO QUIRÚRGICO?**

J. Angulo Urbina, J.M. Antequera Cano, J.C. López Ortiz-Tallo, M. Gracia Ochoa, G. Mahiques Segura.

*Complejo Hospitalario Torrecárdenas.*

**Introducción.** El síndrome de espalda fallida

consecuencia de un desequilibrio sagital de la columna es una importante fuente de discapacidad que afecta la postura y la marcha produciendo dolor severo. A pesar de las significativas complicaciones del manejo quirúrgico, se puede mejorar la calidad de vida; pero la inadecuada instrumentación y la incorrecta selección de pacientes nos pueden condicionar múltiples inconvenientes. **Material y Métodos.** Describir un caso clínico de restauración del desequilibrio sagital en mujer obesa mórbida previamente intervenida por escoliosis dorsolumbar, posteriormente por aflojamiento de material; y las diversas complicaciones existentes. **Resultados.** Mujer de 70 años, derivada por la Unidad del dolor por no mejoría de los síntomas, desequilibrio sagital y claudicación de la marcha. En febrero 2016 se interviene por Síndrome de espalda fallida, En marzo 2016 extracción de material por infección por MRSA requiriendo lavados quirúrgicos y antibioterapia. En 2017 fusión definitiva de T2 a S2 e ilíacos. Durante su estancia hospitalaria presenta complicaciones médicas como infección de orina recidivante, Anemia Ferropénica, Hipoproteinemia, Insuficiencia prerrenal así como portadora asintomática de *S. aureus*. Actualmente, dehiscencia de herida en terapia con VAC; Adecuada marcha y valores espino-pélvicos aceptables (PreQx-PostQx: Eje vertical sagital: 15 cm a 2 cm lordosis lumbar 20° a 40°, incidencia pélvica 60° a 50°, inclinación pélvica 35° a 20°, inclinación sacra: 30° a 30°). **Conclusiones.** Ante un desequilibrio sagital se producen mecanismos compensadores, inicialmente hipolordosis lumbar y/o hipercifosis torácica. Si fatiga de musculatura paraespinal, hay aumento de la retroversión pélvica, extensión de cadera y flexión de rodillas. Por último, la degeneración discal, facetaria y retrolistesis conlleva a empeoramiento de los síntomas. La selección adecuada de pacientes, planificación quirúrgica exhaustiva y una apropiada instrumentación son fundamentales para la restauración de la congruencia de parámetros espino-pélvicos y permitir una marcha fisiológica con el menor gasto energético posible.

#### **P-26 OSTEOMIELITIS VERTEBRAL (L5) POR CONTIGÜIDAD EN PACIENTE CON ENDOPRÓTESIS VASCULAR AORTO-BIILÍACA INFECTADA: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

J. Angulo Urbina, J.M. Antequera Cano, J.C. López Ortiz-Tallo, M. Gracia Ochoa, G. Mahiques Segura.  
*Complejo Hospitalario Torrecárdenas.*

**Introducción.** La osteomielitis vertebral (OV) supone un 2%-7% de todas las infecciones vertebrales; se describe 3 mecanismos de invasión diseminación hematogena; Inoculación directa; Extensión desde un foco contiguo; siendo esta última muy rara. La incidencia de OV va en aumento, debido a la población más longeva, mayor inmunocompromiso y mejores métodos diagnósticos. **Material y Métodos.** Hombre

de 80 años intervenido hace un año de Endoprótesis Aorto-Biilíaca tipo Nellix por hallazgo casual de Aneurisma ilíaca primitiva derecha de 66x67mm y en ilíaca primitiva izquierda de 32x63mm con evolución satisfactoria. Pasados 8 meses comienza con fiebre (39°C) y escalofríos asociados a lumbalgia intensa. En RMN absceso perianeurismático con cambios erosivos destructivos de L5; debido a cultivo negativo de muestra tomada por punción guiada por TAC, se mantiene con antibioterapia empírico de amplio espectro, evolucionando satisfactoriamente. Ingresa nuevamente en enero 2017 por dolor invalidante abdominal con irradiación lumbar y miembros inferiores por lo que se decide junto a Vascular limpieza quirúrgica. **Resultados.** Mediante lumbotomía modificada y extendida a línea media, se procedió por vía retroperitoneal a resección de aneurisma ilíaco izquierdo con retirada parcial de endoprótesis ilíaco + limpieza de osteomielitis de L5 y relleno con injerto de hidroxiapatita impregnado con gentamicina. Actualmente paciente continua con antibioterapia intravenosa y evolucionando satisfactoriamente en seguimiento conjunto con Vascular e infecciosas **Conclusiones.** La espondilodiscitis es una infección poco frecuente siendo el mecanismo de extensión por foco contiguo más raro aún; Debe sospecharse en todo paciente con dolor de columna y elevación de reactantes de fase aguda. La RMN y TAC son las técnicas de imagen de mayor sensibilidad. Su diagnóstico etiológico debe confirmarse siempre mediante hemocultivos o biopsia vertebral. El tratamiento antimicrobiano prolongado y la cirugía son esenciales para controlar la infección y prevenir la aparición de secuelas.

#### **P-27 DESALINEACIÓN SEVERA DE MMII EN PACIENTE CON RAQUITISMO HIPOFOSFATÉMICO. TRATAMIENTO SECUENCIAL CON OSTEOTOMÍAS HASTA LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLAS**

M. Soler Peiro, E. Fernández García, J. Sevil De La Torre, V. Cortes Tronch.

*Hospital de La Ribera.*

**Introducción.** La artroplastia total de rodilla es el tratamiento de elección en pacientes con gonartrosis. Dicha intervención, no sólo reemplaza las superficies articulares dañadas, sino que además, puede corregir desalineaciones de los ejes del fémur y tibia. Sin embargo, existen situaciones en las que las desalineaciones son tan severas, y además, afectan no sólo a las epífisis, sino a todo el fémur y/o tibia, que requieren cirugías correctoras de dichas desalineaciones. Las osteotomías de realineación tienen como fundamento conseguir un normo-eje mecánico que evite el fracaso de la artroplastia. **Material y Métodos.** Paciente de 46 años diagnosticada de raquitismo hipofosfatémico con talla baja y tratada con osteotomías de fémur y epifisiodesis tibiales en la infancia. Acude a consulta externa de Traumatología por genu varo artrósico,

grave desaxiación articular y dolor incapacitante. Se realiza estudio preoperatorio mediante RX simple de rodilla y telemetría de MMII. **Resultados.** Se realizan, secuencialmente, osteotomías valguizantes en fémures distales con placas de Lyss bloqueadas y osteotomías bifocales en tibias con enclavados endomedulares, consiguiéndose la corrección del eje mecánico. Tras la consolidación de dichas osteotomías, se realiza extracción del material de osteosíntesis y colocación de artroplastia total de rodillas Valdemar-Link con vástagos no cementados y aditamentos metálicos tibiales. La paciente al año de la artroplastia izquierda y 2 años de la artroplastia derecha presenta corrección del eje mecánico de ambos miembros inferiores, extensión completa y flexión de 110°, EVA de 2 y Knee Society Score de 90. **Conclusiones.** Las osteotomías de realineación de los miembros inferiores son una opción quirúrgica a valorar en pacientes con grandes desalineaciones, previamente a la artroplastia de sustitución, con resultados satisfactorios clínicos y radiológicos. Es necesario un seguimiento a medio y corto plazo para una evaluación completa.

#### **P-28 RECONSTRUCCIÓN DE LCA EN PACIENTES MAYORES DE 40 AÑOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA.**

J. Diranzo García, L. Castillo Ruiperez, F. Espi Escrivá, C. Juandó Amores, D. Crespo González, P. Renovell Ferrer, A. Bru Pomer.

*Consortio Hospital General de Valencia.*

**Introducción.** La reconstrucción del LCA es uno de los procedimientos más frecuentemente realizados en la cirugía ortopédica, con excelentes resultados en pacientes jóvenes. Actualmente, son cada vez más los pacientes adultos de más de 40 años que realizan actividad física demandante, aumentando por tanto la incidencia de reconstrucción de LCA en este rango de edad. **Material y Métodos.** Realizamos una revisión sistemática de los estudios disponibles en pacientes mayores de 40 años con rotura sintomática de LCA y posterior reconstrucción, publicados en los últimos 12 años (2005-2016). Efectuamos una búsqueda bibliográfica, usando la base de datos Pubmed/MEDLINE, incluyendo series de casos y estudios de casos y controles. Fueron registrados los resultados clínicos y funcionales, test de estabilidad articular, tipo de injerto utilizado, lesiones condrales y meniscales y complicaciones. **Resultados.** Identificamos un total de 1.049 artículos de los cuales 15 cumplían nuestros criterios de inclusión, con 2.446 pacientes con un seguimiento de entre 2 y 9,5 años. Todos los estudios mostraron una mejoría en los test de Lysholm, Tegner IKDC score y estabilidad articular. El injerto más frecuentemente usado fue de isquiotibiales. Ningún artículo demostró una diferencia significativa en cuanto al tipo de injerto utilizado, resultados funcionales y a complicaciones. La incidencia de lesiones meniscales y condrales mostradas en la población mayor de 40

años parece ser mayor en todos los artículos que la mostrada en pacientes más jóvenes. **Conclusión.** La reconstrucción de LCA en mayores de 40 años alcanza resultados satisfactorios, similares a los obtenidos en pacientes más jóvenes. Dados los resultados, la toma de decisiones debe ser tomada en función de las demandas funcionales, siendo más importante en este tipo de pacientes el nivel de actividad que la edad cronológica. Son necesarios más estudios aleatorizados y comparativos para establecer un correcto algoritmo terapéutico en pacientes con rotura de LCA sintomática de edad avanzada.

#### **P-29 ANÁLISIS DE LA RESOLUCIÓN DEL CUADRO TRAS CIRUGÍA DE LAVADO Y RETENCIÓN PROTÉSICA EN INFECCIONES SOBRE ARTROPLASTIA PRIMARIA**

E. Blay Domínguez, F. Lajara Marco, B. Muela Pérez, M.A. Palazón Banegas, M.M. Díez Galán, J.A. Lozano Requena.

*Hospital Vega Baja.*

**Introducción.** Las infecciones quirúrgicas son un importante problema en COT, obteniendo una incidencia que alcanza hasta un 1.5% en artroplastias. En las infecciones sobre artroplastia se intenta cirugía de salvamento para evitar el remplazo protésico. El objetivo de este trabajo es analizar los resultados tras cirugía de lavado y retención de prótesis, tratando de determinar los factores asociados a su resolución en infecciones sobre artroplastia primaria. **Material y Métodos.** Se revisaron retrospectivamente las infecciones sobre artroplastia primaria en las que se llevó a cabo una cirugía de lavado y retención de prótesis (DAIR) entre los años 2002 y 2015. Se recogieron 71 pacientes (media de edad de 73,5 años), llevándose a cabo en 34 pacientes cirugía de salvamento de la prótesis mediante lavado, desbridamiento y recambio de componentes móviles. Se analizaron los pacientes en los que fue efectivo el intento de salvamento y se recogieron los factores asociados a la resolución del cuadro relacionados con la cirugía, con el paciente, y con la infección. **Resultados.** De los 34 casos en los que se realizó intento de DAIR, en 20 pacientes (58,8%) hubo resolución del cuadro. En cuanto a factores demográficos (edad, sexo) no hubo diferencias significativas, tampoco en los factores asociados con el paciente (DM, linfopenia, albúmina, y otros factores de riesgo asociados). Hubo más casos de resolución en infecciones agudas (60%) y se encontraron más infecciones causadas por BGN en los casos resueltos tras DAIR (63.6%). Se encontró un mayor número (58.8%) de infecciones causadas por CGP entre las infecciones no resueltas tras DAIR. Se observó una mayor resolución en pacientes que portaban antibioterapia empírica (65.5%) y en aquellos en el que el microorganismo era sensible a dicha pauta (61.9%). (p=n.s.). **Conclusiones.** En nuestro centro existe un 58.8% de resolución de casos de infección tras cirugía

de salvamento protésico. Los factores asociados a esta resolución son la infección aguda, infección causada por BGN, el uso de antibioterapia empírica y la sensibilidad a esta antibioterapia.

### **P-30 OSTEOMIELITIS CRÓNICA CON MALA EVOLUCIÓN ¿QUÉ OPCIONES HAY?**

E. Bascuñana Mas, A. García López, A. Ley Rojo, A. Madrigal Quevedo.

*Hospital General Universitario de Alicante.*

**Introducción.** La osteomielitis crónica es una patología en recesión, aunque no por ello infrecuente. Tiene un difícil manejo al largo plazo, con elevadas tasas de recidiva, y se necesita experiencia para una adecuada secuencia en la toma de decisiones. **Material y Métodos.** Presentamos el caso de una niña de 10 años, diagnosticada anatomopatológicamente de osteomielitis a nivel de radio distal, con cultivos negativos. Tras dos cirugías de curetaje y antibioterapia empírica de larga evolución, continuó con una nueva reactivación y progreso del foco. Dada la evolución y la ausencia de cultivos positivos, se decidió realizar una cirugía de resección tumoral de 1/3 distal de radio con conservación de epífisis y reconstrucción mediante injerto autólogo de peroné vascularizado junto a una osteosíntesis con placa. **Resultados.** Se pudo aislar el germen de la pieza resecada, *Lactobacillus Iners*, y se realizó un tratamiento con antibioterapia dirigida. El resultado tanto radiográfico como funcional fue satisfactorio, con una buena evolución tras 3 años de seguimiento. **Conclusiones.** La osteomielitis crónica es una patología de difícil manejo, precisa de un equipo multidisciplinar, de un preciso diagnóstico diferencial y un estrecho control evolutivo. En algunos casos puede ser necesaria la resección de grandes segmentos óseos, en cuyo caso, el autoinjerto de peroné vascularizado es una buena opción, ya que permite reconstrucción tanto anatómica como funcional, con una consecuencias para la zona donante con pocas repercusiones clínicas para el paciente.

### **P-31 ¿ES EL CEMENTO CON ANTIBIÓTICOS ÚTIL EN LA PROFILAXIS DE INFECCIÓN EN LA HEMIARTROPLASTIA DE CADERA POSTERIOR A FRACTURA DE CUELLO FEMORAL?**

J. Hurtado Cerezo, C.D. Novoa Parra, J.L. Rodrigo Pérez, J.M. Pelayo De Tomas, J.A. Blas Dobon.

*Hospital Universitario Dr Peset de Valencia.*

**Introducción.** La infección profunda después de una hemiartroplastia de cadera es una complicación catastrófica. En la práctica clínica, es común el uso de cemento cargado con antibióticos para la fijación de las hemiartroplastias, sin embargo todavía existe controversia acerca del efecto profiláctico del cemento óseo cargado con antibióticos en los distintos tipos de artroplastias. **Material y Métodos.** Se registraron de forma retrospectiva los pacientes ingresados en

nuestro hospital, entre febrero de 2015 y febrero 2016 que ingresaron con el diagnóstico de fractura del cuello femoral y que se les implantó una hemiartroplastia de cadera fijada con cemento cargado o no con antibióticos, y que completaron un seguimiento mínimo de 1 año. Se registraron, demografía, factores de riesgo potenciales y tipo de cemento utilizado. **Resultados.** Se registraron 80 casos que cumplieron el periodo de seguimiento, en 50 (62.5%) se utilizó cemento con antibióticos y en 30 (37.51%) cemento sin antibióticos. No se encontraron diferencias estadísticas en cuanto a la demografía y factores de riesgo para infección del sitio quirúrgico entre ambos grupos. Se presentaron 2 casos de infección periprotésica en el grupo de cemento con antibióticos, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas, comparado con el grupo de cemento sin antibióticos (p: 0.267). **Conclusiones.** El estudio mostro que el cemento cargado con antibióticos no tuvo ningún efecto sobre la prevención de infección profunda después de la hemiartroplastia de cadera en el paciente anciano.

### **P-32 BURSITIS TROCANTÉREA. A PROPÓSITO DE UN CASO**

M. Gracia Ochoa, S. Escribano Zacarés, J.C. Martínez Algarra, V. Hurtado Oliver, B.R. Picazo Gabaldón.

*Hospital Francesc de Borja, Gandía.*

**Introducción.** Las manifestaciones musculoesqueléticas de la tuberculosis ocurren en aproximadamente el 1-5,2% de los casos. La bursitis trocantérea tuberculosa es una afección rara que representa el 1% de los casos de tuberculosis musculoesquelética. Las manifestaciones clínicas suelen aparecer de forma progresiva, con ausencia de fiebre o síntomas generales, por lo que el diagnóstico de la misma suele producirse en estadios avanzados mediante abscesos o fístulas. **Material y Métodos.** Presentamos el caso de una mujer de 45 años, sin antecedentes de inmunodepresión ni de otro tipo, que acude remitida por dolor de cadera derecha de larga evolución, que en ocasiones le despierta por la noche. En la exploración física encontramos abolición de la rotación interna y dolor a la palpación del trocánter mayor. En la RX de pelvis encontramos como único hallazgo una rarefacción a nivel de trocánter mayor. Se realizan infiltraciones con anestésico local junto a corticoide en dos ocasiones y se solicita una RMN que confirma la existencia de una colección líquida junto a remodelación ósea del trocánter mayor, dando como diagnóstico bursitis pertrocantérea. Dada la no mejoría tras las infiltraciones y la terapia rehabilitadora, junto a la aparición de una masa en cara lateral del muslo, se decide realizar una punción por parte del servicio de Radiología y estudio posterior por parte de Anatomía Patológica y Microbiología. **Resultados.** Finalmente se obtiene cultivo positivo para la muestra con crecimiento de *Mycobacterium tuberculosis*. Tras varios meses de tratamiento antituberculoso la

paciente está asintomática y en la RMN de control se objetiva una completa resolución de la bursitis. **Conclusiones.** Este caso muestra cómo la bursitis trocánterica tuberculosa la podemos encontrar en pacientes inmunocompetentes, y como manifestación aislada, sin otros síntomas musculoesqueléticos ni sistémicos. Por tanto, la deberíamos de tener en cuenta a la hora de realizar el diagnóstico diferencial de las trocanteritis.

### **P-34 ASOCIACIÓN DEL NIVEL DE LACTATO SÉRICO AL INGRESO CON LA MORBI-MORTALIDAD EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA**

M.M. Díez Galán, S. Correoso Castellanos, F. Lajara Marco, E. Blay Domínguez, P.F. Bernáldez Silvetti, J.E. Salinas Gilabert, J.A. Lozano Requena.

*Hospital Vega Baja*

**Introducción.** El lactato se ha propuesto como factor pronóstico de complicaciones y aumento de mortalidad en pacientes con fractura de cadera. El objetivo de este trabajo es valorar la influencia sobre la morbi-mortalidad de los niveles de lactato al ingreso en pacientes con fractura de cadera. **Material y Métodos.** Se revisa retrospectivamente una cohorte de 94 pacientes, > 65 años intervenidos por fractura de cadera en nuestro centro entre noviembre de 2015 y noviembre de 2016 en los que se registra el nivel de lactato sérico al ingreso. Dividimos los pacientes en dos grupos según la aparición de eventos adversos (complicación o éxitus), comparamos las posibles variables predictoras de dicho evento: cuantitativas (edad, Barthel, lactato) y cualitativas (sexo, tipo fractura, ASA, linfopenia, paso por UCI y transfusiones). Comparamos si existía correlación entre los valores de ASA y valores de lactato al ingreso. Finalmente para valorar la capacidad de discriminación de los valores de lactato al ingreso se midió el área bajo la curva ROC, para las complicaciones locales, generales y éxitus. **Resultados.** Encontramos que las complicaciones locales y generales se relacionaron con el paso por UCI y la transfusión previa ( $p < 0,05$ ). Que las complicaciones generales además también se relacionaron con la linfopenia, un Barthel menor y los ASA 4 ( $p < 0,05$ ). La mortalidad fue mayor en varones ( $p < 0,05$ ). No hubo diferencias en cuanto al valor de lactato según el ASA. El área bajo la curva fue de 0,54 para complicaciones locales, 0,597 para complicaciones generales y 0,475 para éxitus. **Conclusiones.** Encontramos que es un valor algo más útil para la predicción de complicaciones que de mortalidad, pero en cualquier caso, sus valores del área bajo la curva ROC no se aproximan a 0,7 que se considera aceptable. Por tanto, consideramos que no es un valor que tenga una capacidad de discriminación aceptable en los pacientes con fractura de cadera en nuestro entorno.

### **P-35 TEST INTRAOPERATORIO PARA VALORAR ROTURA DE LA SINDESMOSIS**

J.C. Aguilar González, I. Copete González, A. Balfagon Ferrer, M. Barres Carsí.

*Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.*

**Introducción.** Una lesión de la sindesmosis asociada a una fractura de tobillo que no se detecta, o no se trata adecuadamente, puede provocar artrosis dolorosa. Se han descrito varias técnicas para detectar la presencia de esta lesión. El método más reconocido para verificar la reducción es la TAC bilateral de tobillo postoperatorio. Esto no sólo expone al paciente a una mayor radiación, sino que normalmente sólo se puede hacer una vez que la cirugía se ha completado y por lo que sí se necesita un ajuste, se requiere una operación adicional, que abarca otros riesgos quirúrgicos. Hemos desarrollado una evaluación simple, intraoperatoria y precisa de una lesión de la sindesmosis y también puede detectar líneas de fractura ocultas en las radiografías, sin necesidad de más investigación radiológica o intervención quirúrgica. **Objetivo.** Probar lo fácil que era realizar la prueba y aplicarla a una serie de diferentes fracturas de tobillo. **Material y Métodos.** Perioperatoriamente, se inyectaron 2-4 ml de medio de contraste en la articulación del tobillo. Si hubo una prueba “positiva” y el contraste se filtro por la sindesmosis, se realizó la fijación de la sindesmosis (según la técnica preferida del cirujano). La prueba se realizó en 10 tobillos. **Resultados.** No hubo dificultades para realizar la prueba y no hubo complicaciones. La prueba demostró claramente la lesión a la sindesmosis y la aparición de fracturas ocultas. **Discusión.** Esta es una prueba segura, barata y sencilla, que puede demostrar claramente lesiones de sindesmosis. Se puede realizar, y proporcionar información de diagnóstico, antes de realizar cualquier incisión cutánea. Son pocos casos, pero realizados por el mismo cirujano. Precisaremos de un mayor número de casos para valorar en toda su dimensión esta técnica. **Conclusiones.** Se ha demostrado ser un accesorio fácil y fiable para la cirugía de fijación de tobillo y puede tener indicaciones adicionales. - Valorar la rotura de la sindesmosis; - Valorar la calidad de la reducción de la sindesmosis; - Valorar la presencia de fracturas desapercibidas; - Valorar la presencia de lesiones osteonrales.

### **P-36 FRACTURA LUXACIÓN DE CALCÁNEO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

A. Acebrán Fabregat, M.C. Blasco Molla.

*Hospital Clínico Universitario de Valencia. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina. Universitat de Valencia.*

**Introducción.** Las fracturas luxaciones de calcáneo son una patología infrecuente y que puede pasar desapercibida en la planificación preoperatoria de una fractura de calcáneo. Se trata de luxaciones irreductibles, por lo que los resultados del tratamiento

conservador son pobres. Cuanto antes se consiga realizar la reducción de la luxación, más sencilla será esta. El tratamiento es quirúrgico, teniendo dos opciones: la reducción mediante técnicas mínimamente invasivas y fijación percutánea y la reducción abierta y osteosíntesis con placa, reparando siempre las lesiones asociadas. El objetivo del estudio es establecer el proceso a seguir: qué pruebas son necesarias para el diagnóstico, qué tipo de cirugía y en qué momento se debe realizar y cuál es el protocolo postquirúrgico, además de entender el mecanismo desencadenante.

**Material y Métodos.** Se ha realizado una revisión, teniendo en cuenta todos los casos de fractura luxación de calcáneo descritos en la bibliografía. Describimos la evolución de un caso de nuestro servicio.

**Resultados.** Basándonos en la bibliografía, podemos decir que con tratamiento quirúrgico se ha obtenido resultados similares a los de cualquier otra fractura de calcáneo quirúrgica, excepto en la necesidad de artrodesis subastragalina (ligeramente mayor). En nuestro servicio, los resultados obtenidos fueron satisfactorios a corto plazo.

**Conclusiones.** La asociación de subluxación de astrágalo y fractura de calcáneo nos deben poner en alerta ante la posibilidad de que exista una fractura luxación de calcáneo, ya que la inversión del astrágalo en la mortaja tibioperonea es un signo patognomónico para el diagnóstico de esta compleja lesión. También pueden asociar luxaciones de los tendones peroneos, fracturas de maleolo peroneo y tibial posterior, roturas del complejo ligamentoso lateral del tobillo y afectación de la articulación calcáneo-cuboidea. El TC es fundamental para confirmar el diagnóstico. Reconocer estas lesiones es muy importante para conseguir buenos resultados, ya que pueden pasar desapercibidas y no realizarse una correcta reducción de la articulación del tobillo o subastragalina.

### **P-37 REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE LA FRACTURA LUXACIÓN DE MONTEGGIA MEDIANTE ABORDAJE ÚNICO POSTERIOR Y ARTROPLASTIA DE CABEZA DE RADIO**

A. Muro Caballer, I. Cabanes Ferrer, M. Alfonso Pocar, A. Bru Pomer.

*Hospital General Universitario Valencia.*

**Introducción.** La fractura-luxación de Monteggia constituye una lesión infrecuente pero con potenciales repercusiones funcionales severas en la articulación del codo. Se clasifica generalmente mediante la clasificación de Bado, que divide esta lesión en cuatro tipos basados en la dirección de la luxación del radio.

**Material y Métodos.** Presentamos cinco casos de fractura-luxación de Monteggia asociados a fractura conminuta de cabeza de radio intervenidos mediante abordaje posterior único y artroplastia de cabeza radial. Presentamos los resultados clínicos, satisfacción del paciente, incidencia de complicaciones y tasa de

reintervención.

**Resultados.** El 60% de los pacientes fueron varones. La edad media fue de 57,3 años y el seguimiento medio de 15,3 meses. Tres fracturas fueron clasificadas como tipo II de Bado, una tipo I y una tipo III. Todos los pacientes fueron intervenidos mediante abordaje único posterior, realizándose osteosíntesis del cúbito y artroplastia de cabeza radial junto con reinserción transósea del fascículo cubital del ligamento colateral radial. El balance articular medio obtenido fue: flexión 98°, extensión -12°, pronación 70°, supinación 78°. El DASH medio fue de 31 puntos. En los cuestionarios PREE y ASES-e la puntuación media fue de 28 y 41 puntos respectivamente. Dos pacientes requirieron artroplastia y extracción de la prótesis de cabeza radial por rigidez. No hemos sufrido ninguna infección, tampoco inestabilidad de codo ni calcificaciones heterotópicas o pseudoartrosis.

**Conclusiones.** Consideramos el abordaje posterior único una alternativa viable al doble abordaje posterior y lateral en fracturas luxaciones de Monteggia asociadas a fractura conminuta de cabeza de radio. Un correcto reanclaje del fascículo cubital del ligamento colateral lateral es vital para la estabilidad articular a largo plazo. Debe evitarse el sobredimensionado de la artroplastia radial debido a la frecuente rigidez postquirúrgica.

### **P-38 LUXACIÓN SIMULTÁNEA DE METACARPOFALÁNGICA E INTERFALÁNGICA DEL PULGAR**

C. Gallego Terres, V. Chulia Carrasco, E. Paya Zaforteza, J.A. Tecles Tomas.

*Hospital Lluís Alcanyis, Xativa.*

**Introducción.** La luxación volar de la articulación metacarpofalángica del pulgar es una lesión muy rara; sólo unos pocos casos de luxación simultánea de las articulaciones metacarpofalángica e interfalángica del pulgar han sido publicados y solo uno en la literatura española.

**Material y Métodos.** Presentamos un caso de luxación combinada de las dos articulaciones del pulgar en un paciente de 61 años tras accidente de tráfico. Tras estudio radiológico y diagnóstico de la lesión se realizó bajo anestesia troncular reducción de la luxación primero MCF y después de IFD, comprobándose tras la reducción que no presentaba inestabilidad a nivel de la metacarpofalángica por lo que se inmovilizó con un yeso.

**Resultados.** Tras tres semanas de inmovilización y posterior rehabilitación el paciente consigue un resultado satisfactorio, realizando sus actividades cotidianas sin problemas.

**Conclusiones.** Este tipo de lesiones combinadas son muy poco frecuentes. El mecanismo es una lesión en cadena, primero se luxa la MCF y si sigue actuando la fuerza se luxa la IF. En ocasiones no es posible la reducción cerrada y se precisa una reducción abierta y en otros casos se ha observado inestabilidad tras la reducción de la articulación metacarpofalángica,

precisando también en estos casos cirugía abierta. En nuestro caso se redujo con facilidad y no observamos inestabilidad por lo que el tratamiento ortopédico fue la mejor opción.

### **P-39 TRATAMIENTO INTEGRAL EN PACIENTE CON FRACTURA BILATERAL DE CALCÁNEOS SANDERS TIPO IV. UN EJEMPLO PRÁCTICO**

E. Tortosa Sipán, L. Vélez Toledano, E.R. Gil Monzó.  
*Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia.*

**Introducción.** Las fracturas de calcáneo suponen aproximadamente el 2% de todas las fracturas del organismo y son las fracturas más frecuentes de todo el tarso, de las cuales el 75% son intraarticulares. Su causa principal es caída desde altura. Existen diversas clasificaciones, siendo la más extendida la de Sanders. A día de hoy, existe controversia acerca del tratamiento quirúrgico o no quirúrgico de las fracturas de calcáneo. **Material y Métodos.** Mujer de 34 años, sin antecedentes patológicos de interés que acude por dolor e impotencia funcional en ambos talones tras caída desde altura de 2 metros. Presentaba una importante tumefacción y hematoma en ambos pies, y un intenso dolor a la compresión axial de ambos calcáneos. No soluciones de continuidad en piel. Incapacidad para la deambulación. Vascularización y sensibilidad distal correcta en ambos MMII. Caderas, rodillas y raquis libres. Tanto las radiografías, como el posterior TC muestran fracturas bilaterales de calcáneos, Sanders tipo IV. **Resultados.** Dada la afectación de partes blandas, se demora la intervención 14 días. Se realiza RAFI con placa atornillada en ambas fracturas, manteniéndose en descarga 12 semanas, e iniciando posteriormente el proceso de rehabilitación. 6 meses tras la intervención la paciente deambula con un correcto esquema de marcha sin ayudas, en carga y sin dolor en la articulación subastragalina. **Conclusiones.** Pese a la controversia existente acerca del tratamiento adecuado para las fracturas de calcáneo Sanders IV, en pacientes seleccionados, el tratamiento quirúrgico permite una mejor restauración de los ángulos articulares, evita sinovitis de los peroneos, facilita el calzado y la incorporación a la actividad habitual y ayuda en caso de una artrodesis secundaria.

### **P-40 ROTURA CERRADA DE AMBOS TENDONES FLEXORES DEL 5 DEDO DE LA MANO EN ZONA III**

C. Gallego Terres, J. Sotorres Tandreu, H. Valerofabado, J.A. Tecles Tomás.

*Hospital Lluís Alcanyes, Xativa.*

**Introducción.** Las roturas de los flexores en zona III son mucho menos frecuentes que en el resto de zonas, si además le añadimos que se trata de una rotura cerrada de ambos tendones tras un traumatismo indirecto por tracción todavía se convierte en una patología realmente inusual. **Material y Métodos.**

Presentamos el caso de un paciente de 59 años de edad que acudió a urgencias porque mientras paseaba al perro tras un tirón de la correa notó dolor súbito en 5 dedo de la mano. Tras exploración inicial en urgencias se diagnostica de contusión en quinto dedo de la mano y tras inmovilización se remite a COT para su seguimiento. Después de dos semanas el paciente acude a la consulta del centro de especialidades y tras exploración se objetiva un déficit de flexión activa tanto de MCF como de la IFD y pérdida de la cascada habitual de los dedos, manteniéndose el 5 dedo en extensión. Tras la sospecha de rotura cerrada de tendones flexores 5 dedo se solicita ecografía urgente por intentar determinar el nivel de la rotura. La ecografía detecta dificultad de visualizar el tendón a nivel de la IFP por edema y también detecta líquido en la vaina flexores a nivel tercio proximal de la palma. El paciente se interviene al día siguiente encontrándose una rotura del FDS y del FDP a nivel de la palma en zona III y no encontrando cabos proximales, por lo que se realiza injerto tendinoso del palmar menor realizando sutura tipo pulvertaf tanto distal como proximal desde el cabo del TFP 5 dedo al TFP del 4 dedo. **Resultados.** Tras la cirugía en quirófano ya se objetiva la recuperación de la cascada fisiológica de los dedos de la mano. Se realiza en el postoperatorio la técnica de movilización de Duran y pauta de RHB controlada. El paciente evoluciona favorablemente quedando con una buena movilidad faltando por conseguir solo los últimos ramos de flexión de la falange distal. **Conclusiones.** Es muy importante tener presentes este tipo de lesiones que aunque son muy poco frecuentes existen, con el fin de realizar un diagnóstico precoz y no demorar el tratamiento quirúrgico, tal como ocurrió en nuestro caso. En la zona III se ha relacionado como posible causa de las roturas cerradas de los flexores, la existencia de alteraciones en la inserción de los lumbricales. Por último destacar la dificultad durante la cirugía de conseguir la tensión necesaria al utilizar una plastia para conseguir recuperar el rango de movilidad previo

### **P-41 FRACTURA ATÍPICA DEL HUESO SEMILUNAR**

D.A. Gómez González, A. Madrigal Quevedo, E. Bascuñana Más, A. Ley Rojo, E. Ruiz Piñana, O. Huerta López, S. Arlandis Villarroya, A. García López.  
*Hospital General Universitario de Alicante.*

**Introducción.** Las lesiones del hueso semilunar son infrecuentes. Las fracturas de los cuernos suelen ser debidas a arrancamientos, siendo el más comúnmente afectado el posterior. En cambio, las del cuerpo ocurren por compresión del semilunar entre el radio y el grande. Pueden existir fracturas patológicas del semilunar en fases avanzadas de la enfermedad de Kienböck. **Material y Métodos.** Se trata de un paciente de 28 años con antecedentes de traumatismo en muñeca derecha tras caída jugando al rugby.

En la exploración física presentaba dolor en carpo derecho, con tumefacción y limitación funcional. En la radiología simple se evidencia fractura del hueso semilunar. Se solicitó TAC que concluyó fractura del semilunar sobre Kienböck previo con colapso articular sin alteración en alineación del carpo (Estadio IIIA, clasificación Lichtman). Se extendió estudio con RMN que confirmó osteonecrosis del semilunar y fractura de estiloides radial asociada. Se intervino realizándose reconstrucción del semilunar con aporte de injerto de cresta iliaca y fijación con tornillo de Acutrack. En el seguimiento se evidenció movilización de la osteosíntesis con desviación volar del semilunar (VISI). Se decidió reintervenir valorando como opciones la carpectomía de hilera proximal o artrodesis parcial. **Resultados.** A nuestro paciente se le realizó una extracción del tornillo de fijación con una posterior artrodesis escafogrande. Se realizaron revisiones periódicas, evolucionando favorablemente. Tras 2 años de seguimiento el paciente se encuentra libre de dolor, realiza actividad deportiva sin grandes limitaciones y se muestra satisfecho con los resultados de la intervención, presentando una movilidad total en flexo-extensión de 60 grados. **Conclusiones.** La artrodesis parcial escafogrande puede constituir una opción terapéutica útil para reducir el dolor y conservar la movilidad de la muñeca en pacientes jóvenes con osteonecrosis del hueso semilunar.

#### **P-42 PSEUDOARTROSIS DE CLAVÍCULA TRAS FRACTURA-LUXACIÓN DE TERCIO EXTERNO**

D. Martínez Méndez, M. Rubio Morales, G. Mahiques Segura, R. Serna Berna.

*Hospital General Universitario de Elda.*

**Introducción.** Las fracturas de tercio distal de clavícula, en su mayoría, ocurren en pacientes jóvenes con traumatismos de elevada energía. Son poco frecuentes y su tratamiento supone un reto, ya que actuamos ante pacientes con buena calidad de vida previa y activos en el ámbito laboral. Existen diferentes clasificaciones, siendo la de Neer la más utilizada. Las tipo I y III son estables, y está indicado el tratamiento conservador. Las tipo II son inestables, siendo de elección el tratamiento quirúrgico. **Material y Métodos.** Se describe la evolución de un caso clínico de nuestro servicio y su revisión bibliográfica. Presentamos una paciente de 19 años, diagnosticada de una fractura de tercio distal de clavícula tipo I. El tratamiento elegido fue ortopédico, realizándose inmovilización con sling durante 6 semanas. **Resultados.** Durante su seguimiento presentó pseudoartrosis de la fractura, debido a su mala reducción por luxación posterior asociada, diagnosticada a posteriori por TAC, tras lo cual se decidió realizar una osteosíntesis, con refresco de bordes del foco, con placa de bajo perfil. En la evolución se produjo un retraso de la

consolidación, que finalmente progresó a una correcta consolidación, realizándose la extracción de material de osteosíntesis tres años después desde su inicio.

**Conclusiones.** Debemos tener muy en cuenta que un correcto diagnóstico clínico-radiológico en este tipo de fracturas, va a determinar el tratamiento indicado y por ende su rápida recuperación. Actualmente en la revisión bibliográfica, no existe un *gold estándar* de la técnica quirúrgica, observándose un amplio abanico de posibilidades terapéuticas. Por ello la experiencia del cirujano va a ejercer un papel importante en la elección del mismo.

#### **P-43 CORRECCIÓN DEL TOBILLO VARO EN EL ADOLESCENTE**

O.M. Huerta López, A. García López, P.R. Gutiérrez Carbonell, F. Paulos Dos Santos, A. Rojas Machado, E. Ruiz Piñana.

*Hospital General Universitario de Alicante.*

**Introducción.** La deformidad en varo del tobillo tras una epifisiolisis de tibia distal, no es una secuela rara. Existen varias técnicas quirúrgicas para su corrección. Se presentan dos casos tratados en nuestro hospital; uno con fijación externa, otro con tornillos canulados y aporte de injerto autólogo. **Material y Métodos.** Se recogieron retrospectivamente datos clínicos y radiológicos de dos varones adolescentes con deformidad en varo del tobillo, consecuencia de una epifisiolisis de tibia distal. Se analizaron en ambos casos magnitud de la deformidad, procedimiento realizado, grado de corrección, complicaciones y resultados funcionales. **Resultados.** El primer paciente presentó 23° de varo tibioastragalino. El método de corrección fue osteotomía tibial y hemicallotaxis progresiva mediante fijador externo monolateral con cabezal basculante. El segundo varón acudió con 27° de varo. Se le practicó osteotomía de adición con interposición de injerto autólogo de cresta iliaca y síntesis con tornillos canulados. En ambos casos se asoció osteotomía del peroné. Los dos pacientes lograron una corrección angular completa. Ambos pacientes realizan con normalidad sus actividades de la vida diaria. **Conclusiones.** La elongación con fijador externo requiere mayor colaboración del paciente y familiares siendo la tensión sobre partes blandas más progresivo y permitiendo además, control sobre la angulación corregida hasta el inicio de la consolidación. En la corrección aguda con tornillos canulados e injerto, los tejidos blandos pueden sufrir más al ser sometidos a gran tensión en un solo tiempo, pero minimiza el riesgo de infección al no quedar puertas de entrada. No es necesaria tanta colaboración del paciente y parece más aceptado emocionalmente por el niño. En ambos casos los resultados tanto clínicos como radiológicos fueron satisfactorios. En conclusión, la elección de la técnica quirúrgica debe ser individualizada y consensuada con paciente y tutores para lograr los mejores resultados.

#### **P-44 ANÁLISIS DE LAS FRACTURAS POR FRAGILIDAD DE FÉMUR PROXIMAL EN NUESTRO DEPARTAMENTO Y SU ASOCIACIÓN CON FRACTURAS DE RADIO PREVIAS**

*Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.*

J. García Moreno, J. Hurtado Cerezo, B. Alastrué Giner, J.L. Rodrigo Pérez.

**Introducción.** *Características de las fracturas por fragilidad.* La fractura de perfil osteoporótico es aquella que se produce tras un traumatismo de baja energía, localizada en cualquier hueso del esqueleto, con excepción del cráneo y el macizo facial. Las más frecuentes y relevantes son las de columna vertebral, fémur proximal, antebrazo distal y húmero proximal.

*Análisis de la población de nuestro departamento.*

Nuestro departamento atiende un área que abarca la zona suroeste de Valencia Ciudad y varios de los principales municipios de la comarca de la Huerta Sur, presta asistencia sanitaria a 280.000 personas (52 % mujeres y 48 % varones), de las cuales 55.374 (19.89%) son mayores de 65 años. **Objetivos.** Relacionar las fracturas de cadera con fracturas de muñeca previas en pacientes mayores de 65 años. Describir la incidencia de fracturas de cadera en nuestro departamento entre 2010 y 2014. Determinar si las fracturas de muñeca son un factor predictor de sufrir una fractura de cadera en los 5 años posteriores. **Material y Métodos.** Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo llevado a cabo en el Servicio de COT del Hospital Dr Peset. La recogida de datos se lleva a cabo desde el Servicio de Admisión del Hospital. Se utiliza el sistema de registro de pacientes, la historia clínica informatizada Orion Clinic. La muestra se basa en un histórico de los pacientes ingresados por fractura de cadera entre el 01/01/2010 y 31/12/2014. Se revisa la muestra para encontrar cuántos pacientes habían presentado entre 1 y 5 años antes de la fractura de cadera una fractura de muñeca. **Resultados.** En nuestro departamento, en el año 2010 hubieron 367 casos de fracturas de cadera. Ninguno había presentado fractura de muñeca el año antes. (Incidencia 0%). En 2011, hubieron 344 casos de fractura de cadera, de los cuales 7 habían presentado en los 2 años anteriores una fractura de muñeca. (Incidencia 2.03%). En 2012, hubieron 375 casos de fracturas de cadera, de los cuales 10 presentaron una fractura de muñeca 3 años antes. (Incidencia 2.66%). En 2013, 356 pacientes sufrieron fractura de cadera, de los cuales 8 habían presentado 4 años antes una fractura de muñeca. (Incidencia 2.25%). En 2014, 334 pacientes sufrieron una fractura de muñeca, de los cuales 10 habían presentado en los 5 años previos una fractura de muñeca. (Incidencia 2.99%). La incidencia total de fractura de cadera en mayores de 65 años en nuestro departamento entre 2010 y 2014 es de 3.2%. El 2% de los pacientes que sufrieron una fractura de cadera habían sufrido en los 5 años previos una fractura de muñeca.

#### **P-45 REPARACIÓN DE ROTURA DISTAL DEL TENDÓN DEL TRÍCEPS**

S. Escribano Zacarés, M. Gracia Ochoa, I. Capó Soliveres, V. Hurtado Oliver, B.R. Picazo Gabaldón, E. Palomares Talens.

*Hospital Francisc de Borja, Gandía.*

**Introducción.** La rotura del tendón distal del tríceps braquial es una lesión infrecuente que se da en hombres jóvenes y se relaciona con lesiones deportivas y el uso de esteroides. Su diagnóstico y tratamiento es complicado, lo cual implica un retardo en la aplicación de un correcto tratamiento empobreciendo los resultados funcionales posteriores. El diagnóstico es clínico apoyado por las pruebas diagnósticas. El tratamiento de estas lesiones es controvertido. El tratamiento quirúrgico de las lesiones agudas presenta buenos resultados mientras que las lesiones crónicas requieren de técnicas de reconstrucción con resultados más impredecibles. **Objetivo.** Presentar nuestra experiencia en el tratamiento de una en varón joven de 20 años con diagnóstico de rotura crónica del tendón distal del tríceps braquial derecho. **Material y Métodos.** Varón de 20 años que acude a consulta, derivado desde CAP, por dolor y debilidad para la extensión de codo D de varios meses de evolución. Refiere antecedente traumático sin importancia durante la práctica deportiva como origen del episodio. Tras confirmación diagnóstica, se realiza reparación quirúrgica por abordaje posterior de codo sobre el tendón del tríceps, desbridamiento de partes blandas y curetaje de la huella, así como dos anclajes de sutura en una hilera con puntos bloqueados tipo Bunnell e inmovilización con férula braquial en 60 ° de flexión durante dos semanas, con cambio a ortesis articulada e inicio de programa de rehabilitación progresivo. **Resultados.** Tras 8 meses de seguimiento el paciente ha alcanzado una movilidad completa y una movilidad contrarresistencia del 92%, con respecto a contralateral. **Conclusiones.** El resultado funcional de las lesiones del tendón distal del tríceps depende del diagnóstico y tratamientos precoces. El diagnóstico es eminentemente clínico aunque se puede apoyar en pruebas de imagen complementarias. El manejo es controvertido y depende de las características del paciente, del grado y del tiempo transcurrido desde la lesión. El tratamiento quirúrgico se basa en la reparación anatómica en la huella de inserción; en el caso de las lesiones crónicas tienen una recuperación más lenta y unos resultados son menos predecibles.

#### **P-46 FRACTURA LONGITUDINAL DIAFISARIA DE TIBIA. UNA FRACTURA DE ESTRÉS ATÍPICA**

M. López Vega, F. Cabanes Soriano.

*Hospital Arnau de Vilanova-Lliria.*

**Introducción.** Entre los deportistas, sobre todo en aquellos que realizan deportes de impacto, el síndrome de estrés tibial supone alrededor del 50% de las lesiones en miembros inferiores. La fractura de estrés puede

ser el estadio final en casos no tratados. **Material y Métodos.** Presentamos el caso clínico de un varón de 42 años de edad, corredor habitual como aficionado, que presenta una herida contusa en la rodilla derecha tras traumatismo directo, posteriormente sobreinfectada. Inicia un cuadro de dolor pretibial y en pantorrilla a los 15 días, tratado como una tromboflebitis sin mejoría clínica. Un estudio de RM sugiere un posible foco de osteomielitis tibial por lo cual inicia terapia empírica con antibióticos, pero sin resolución del cuadro. **Resultados.** A los 3 meses se realiza un TC que pone de manifiesto un trazo de fractura longitudinal en tercio distal de tibia, en fase de consolidación. Se pauta una ortesis de descarga tipo polaina termoplástica, permitiendo el apoyo en carga parcial. A los 6 meses del inicio de los síntomas el paciente se encuentra asintomático. **Conclusiones.** Entre los diagnósticos diferenciales de la fractura de estrés tibial se encuentran los procesos infecciosos y tumorales o la tromboflebitis y la TVP, además de otras causas de dolor anterior de la pierna como el síndrome compartimental crónico. Dentro de estas fracturas, las de trazo longitudinal se consideran atípicas y representan solo el 10%. Ocurren, sobre todo, en el tercio distal de la tibia y aunque se asocian a corredores, los antecedentes traumáticos relevantes no son tan importantes como en las fracturas típicas transversales. Las radiografías iniciales suelen ser normales y la sospecha diagnóstica se establece con la clínica y la gammagrafía, mientras que el TC se usa para la confirmación. El tratamiento se basa en la fisioterapia y el reposo deportivo.

#### **P-47 LIPOMA INTRAÓSEO EN TIBIA. A PROPÓSITO DE UN CASO**

S. Pérez Ortiz, J. Peralta Nieto, J.M. Pelayo De Tomás, J.A. Blas Dobón.

*Hospital Universitario Doctor Peset*

**Introducción.** Los lipomas intraóseos son tumores benignos raros y de etiología poco clara. La mayoría cursan de manera asintomática, diagnosticándose de manera accidental en pruebas de imagen realizadas por otros motivos y, los sintomáticos presentan una clínica inespecífica. Radiográficamente pueden confundirse con otras entidades como fibromas simples o quistes. **Material y Métodos.** Se presenta el caso de una paciente de 39 años que acude a nuestro centro con una tumoración en tercio proximal de tibia derecha sin signos inflamatorios y de crecimiento progresivo. En la radiografía simple se observa una lesión lítica intraósea bien definida en tibia derecha, visualizándose como una lesión expansiva sin interrupción cortical con predominio de señal de tejido lipomatoso en TC y RM, siendo compatible con lipoma intraóseo. La paciente es intervenida mediante la exéresis de la tumoración, confirmándose el diagnóstico de lipoma intraóseo tras su estudio anatomopatológico. **Resultados.** En el postoperatorio disminuye la tumefacción y dolor y, al 6º mes, la paciente se encuentra asintomática y sin

signos radiográficos de recurrencia. **Conclusiones.** Los lipomas intraóseos son lesiones que pueden pasar desapercibidas fácilmente siendo difícil su diagnóstico en radiografías simples de manera aislada, por lo que son necesarias otras pruebas de imagen, como la TC y RMN, para su diagnóstico y el estudio histopatológico para su confirmación. El tratamiento es conservador en los casos asintomáticos y quirúrgico en los sintomáticos, siendo rara la recurrencia y la malignización.

#### **P-48 QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO GIGANTE EN TIBIAL PROXIMAL**

B. González-Navarro, G. Mahiques-Segura, M. Rubio-Morales, E. Sebastia-Forcada.

*Hospital General Universitario de Elda.*

**Introducción.** El quiste óseo aneurismático es un pseudotumor raro de etiología desconocida, constituido por espacios llenos de sangre de tamaño variable separados por septos del tejido conectivo que contienen trabéculas del hueso o tejido osteoide y células gigantes osteoclasticas. Se localizan en la metafisis de un hueso largo y su aspecto clásico radiológico es el de una lesión osteolítica excéntrica de borde escleroso periférico con trabéculas finas en su interior. Presentamos un caso de quiste óseo aneurismático gigante en tibia proximal. **Material y Métodos.** Varón de 17 años, que juega al fútbol, que consulta por dolor en rodilla derecha, no asociado a traumatismo previo, de 3 meses de evolución. A la exploración física se aprecia, rodilla estable con maniobras meniscales y ligamentosas negativas. Presenta pequeña deformidad en zona medial metafisis proximal tibia, no dolorosa a la palpación y sin alteraciones cutáneas inflamatorias. Se realizó estudio de radiología simple observándose lesión osteolítica solitaria que afecta a toda la zona epífisometafisaria proximal de tibia derecha que no presenta rotura de corticales ni reacción perióstica. Para completar estudio se realizó TAC y RMN. **Resultados.** Ante el diagnóstico de quiste óseo aneurismático se decidió tratamiento quirúrgico de la lesión dado el tamaño y la localización: curetaje y relleno de la cavidad mediante aloinjerto de cabeza femoral. La anatomía patológica informa de zonas sólidas discretas compuestas por proliferación de células fusiformes con numerosas células gigantes multinucleadas y estroma, además de espacios quísticos rellenos de hematías separados por septos fibrosos, compatible con quiste óseo aneurismático. El paciente presentó una infección superficial de la herida quirúrgica que no precisó de tratamiento quirúrgico. A los 3 meses de la cirugía el paciente permanece asintomático con una integración del injerto adecuada. Al año el paciente volvió a su práctica deportiva sin clínica dolorosa. **Conclusiones.** El curetaje y relleno de esta lesión de gran tamaño mediante aloinjerto de cabeza femoral presenta resultados clínico-radiológicos satisfactorios.

#### **P-49 SINOVITIS VELLONODULAR**

## **PIGMENTADA DE CADERA ASOCIADA A NECROSIS AVASCULAR DE CABEZA FEMORAL**

N. Pascual-Leone, A. Alonso Manjarres, M.J. Sanguesa Nebot, E. Lopez, J. Domenech.

*Hospital Arnau de Vilanova de Valencia.*

**Introducción.** La Sinovitis Vellonodular Pigmentada (SVP) es una enfermedad poco frecuente que afecta fundamentalmente la rodilla y en menos ocasiones a otras articulaciones, entre las cuales se incluye la cadera. La afectación de cadera, que representa tan solo el 15% de las SVP, tiene peculiaridades tanto en su diagnóstico como en su tratamiento. **Material y Métodos.** Presentamos el caso de una mujer de 29 años que consulta por dolor en cadera izquierda de meses de evolución. En las radiografías se observan lesiones líticas en cabeza, cotilo, y cuello femoral. La RM muestra engrandecimientos focales de la sinovial, depósitos de hemosiderina con destrucción ósea y edema en la cabeza femoral. La analítica sanguínea fue normal. El diagnóstico diferencial se establece con proceso tumoral, infección o inflamación autoinmune. Con firme sospecha clínico-radiológica de SVP, la paciente fue intervenida mediante abordaje posterior practicándose sinovectomía amplia monitorizando electromiográficamente el nervio ciático para conseguir resección muy amplia. Se comprobó intraoperatoriamente un colapso y destrucción avanzada de la cabeza femoral implantándose prótesis total de cadera. **Resultados.** El informe anatomopatológico confirmó SVP junto con necrosis avascular de la cabeza femoral. **Conclusiones.** Este caso presenta la peculiaridad de la asociación de la SVP con una necrosis avascular de cabeza femoral. Especulamos que la gran agresividad neoforativa sinovial oblitera las arterias circunflejas que irrigan la cabeza femoral o bien que el aumento de la presión intracapsular comprometió la vascularización.

## **P-50 TRATAMIENTO DE OLIGOMETÁSTASIS MEDIANTE CIRUGÍA ONCOLÓGICA CON INTENCIÓN CURATIVA**

F. Jara García, C. Sánchez Losilla, A. Amaro Bueno Sorrentino Capelo, L. Castillo Ruipérez, V. M. Zarzuela Sánchez, A. Bru Pomer.

*Consortio Hospital General de Valencia.*

**Introducción.** Se llama oligometástasis a la presencia de metástasis de un tumor primario con poca capacidad de crecimiento e invasión. Es un estadio intermedio entre enfermedad localizada y diseminada. El carcinoma de células renales es el tumor renal más frecuente. Al diagnóstico, un 30% presentan metástasis, en estos, el tratamiento estándar consiste en quimioterapia. Cuando presenta oligometástasis se pueden realizar cirugías oncológicas con intención curativa. **Material y Métodos.** Presentamos el caso de un varón de 49 años diagnosticado de carcinoma de células renales intervenido mediante nefrectomía con

intención curativa dos años antes, en seguimiento por Oncología y que es presentado en Comité de Tumores para valorar el tratamiento de metástasis en húmero proximal izquierdo. Al realizar el estudio de extensión (Rx simple, TAC y RNM) se objetivó otra metástasis en tercio medio del radio derecho. Se decide realizar cirugía con intención curativa en dos tiempos. Primero, se realizó cirugía oncológica ampliada de la lesión humeral y reconstrucción mediante prótesis tumoral METS (A2C). Previo a la cirugía, por ser un tumor muy vascularizado, Radiología Intervencionista realizó una embolización de la lesión. En un segundo tiempo, se realizó cirugía oncológica ampliada de la lesión radial y reconstrucción con autoinjerto de peroné contralateral y RAFI. **Resultados.** Al año de seguimiento, el paciente se encuentra libre de enfermedad y sin dolor (EVA 1). El hombro intervenido tiene anteversión 60° y abducción 45°. Radiológicamente no presenta aflojamiento. En el radio, presenta consolidación radiológica, dorsiflexión 20° y flexión palmar 30° y buena fuerza de prensión. **Conclusiones.** El tratamiento de tumores con oligometástasis ha cambiado. Pacientes con metástasis únicas u oligometástasis pueden ser tratados con cirugías oncológicas con intención curativa si el tumor primario se encuentra controlado, aumentando la supervivencia e incluso logrando su curación.

## **P-51 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE OSTEOMA OSTEÓIDE EN EL HUESO GRANDE**

A. Madrigal Quevedo, D.A. Gómez González, A. Rojas Machado, V.P. Davó Quiñero, A. Bailén García, E.M. Vera Giménez, S. Arlandis Villarroya, A. Iborra Lozano, A. García López.

*Hospital General Universitario de Alicante.*

**Introducción.** El osteoma osteoide es un tumor óseo benigno cuya localización más frecuente es en los huesos largos como el fémur y la tibia o en la columna vertebral, siendo infrecuente su hallazgo en los huesos del carpo. Dada su rareza en esta localización, es frecuente la demora en su diagnóstico, debiéndose plantear el diagnóstico diferencial con la osteomielitis, el encondroma y el osteoblastoma, entre otros. Se recomienda la resección quirúrgica en bloque de la lesión para su posterior estudio. **Material y Métodos.** Se presenta el caso de una paciente, mujer de 17 años, que acude a nuestra consulta por presentar dolor a nivel mediocarpiano dorsal de mano izquierda de dos años de evolución que cedía parcialmente con la administración de antiinflamatorios no esteroideos y que se intensificaba por las noches sin permitir la conciliación del sueño. En la TAC se observaba la presencia de una lesión esclerosa excéntrica, de bordes bien delimitados, con un diámetro máximo aproximado de 8 mm, que producía un ligero adelgazamiento de la cortical ósea adyacente y que poseía un foco cálcico en su interior. Ante tales hallazgos se procedió a realizar una resección en bloque de la lesión con aporte de injerto autólogo córtico-esponjoso de cresta iliaca.

El estudio anatomopatológico de la pieza reseçada evidenció una lesión con hueso periférico esclerótico y una región central con un nidus constituido por tejido fibrovascular con presencia de osteoblastos y osteoclastos, siendo el diagnóstico de osteoma osteoide. **Resultados.** Tras seis meses de seguimiento postquirúrgico no se ha constatado recidiva de la lesión, resolviéndose por completo la sintomatología, y siendo la movilidad de la mano y muñeca completas sin objetivarse complicaciones en el postoperatorio. **Conclusiones.** La resección intralesional asociado a aporte de injerto óseo es una opción eficaz y segura en el tratamiento del osteoma osteoide localizado en el hueso grande del carpo.

#### **P-52 SARCOMA DE EWING DE RADIO. RECONSTRUCCIÓN CON INJERTO DE PERONÉ VASCULARIZADO TRAS RESECCIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO**

A. Bailén García, E.m. Vera Giménez, A. Madrigal Quevedo, D.A. Gómez González, E. Ruiz Piñana, A. García López, S. Arlandis Villarroya.

*Hospital General Universitario de Alicante.*

**Introducción.** El sarcoma de Ewing es un tumor de alto grado, cuya incidencia se sitúa en torno a 0.6-3 casos/millón de habitantes/año. Se da con mayor prevalencia en varones en las etapas de infancia y adolescencia, siendo los huesos largos la localización más habitual, sobre todo a nivel metafiso-diafisario. El esquema terapéutico estándar se compone de quimioterapia neoadyuvante, cirugía de resección radioterapia y quimioterapia adyuvante. **Material y Métodos.** Presentamos el caso de un niño de 13 años, sin otros antecedentes, que presenta una tumoración en tercio medio de cara anterior de antebrazo derecho de mes y medio de evolución, sin otra sintomatología. Tras estudio exhaustivo, es diagnosticado de sarcoma de Ewing a nivel del radio. El tratamiento quirúrgico consistió en la resección del segmento músculo-esquelético afecto y reconstrucción del defecto óseo mediante injerto libre de peroné vascularizado. La estabilización posterior de dicho injerto se consiguió mediante osteosíntesis con placa. Durante la resección con márgenes, se sacrificó el nervio interóseo posterior, dando lugar a un déficit de extensión de los dedos trifalángicos, y de la extensión y abducción del primer dedo, que se trataron por medio de transposiciones tendinosas. **Resultados.** La consolidación ósea se objetivó a los dos meses. Seis meses tras el último ciclo de quimioterapia, el control mediante resonancia magnética era satisfactorio, no hallándose datos sugestivos de recidiva tumoral. El injerto óseo permanecía viable y se logró la recuperación funcional de la extremidad. **Conclusiones.** El sarcoma de Ewing es un tumor agresivo, cuyo control a nivel local pasa por una adecuada resección quirúrgica que asegure

unos márgenes libres de enfermedad, siendo la cirugía conservadora de extremidades de elección siempre que sea posible. Una de las complicaciones de dicha intervención es la lesión nerviosa, cuyas secuelas pueden abordarse mediante transposiciones tendinosas permitiendo la recuperación funcional y curación de la enfermedad.

#### **P-53 FIBROMATOSIS PSEUDOSARCOMATOSA EN PLEXO BRAQUIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO**

A. Rojas Machado, A. García Lopez, S. Arlandis Villarroya, A. Madrigal Quevedo, E. Ruiz Piñana, A. Bailén García, S. Campos Rodenas.

*Hospital General Universitario de Alicante.*

**Introducción.** Presentar el caso de una paciente con una lesión proliferativa miofibroblástica infrecuente, de rápido crecimiento, de causa desconocida, que se puede confundir clínica e histológicamente con lesiones sarcomatosas, por lo que es muy importante realizar un adecuado diagnóstico diferencial mediante su estudio histopatológico. **Material y Métodos.** Se presenta el caso de una mujer de 67 años que acude a nuestro Servicio refiriendo dolor nocturno en hombro y brazo derecho de 7 meses de evolución que no mejora con reposo. El estudio de RNM muestra una tumoración en región infraclavicular derecha de 10x4x6 cm. bien definida hipointensa en T1 y T2, hiperintensa en supresión grasa que respeta el tejido graso adyacente, que desplaza la arteria subclavia e infiltra el plexo braquial. Se le realizó una biopsia con aguja gruesa con la cual se objetivó proliferación fusocelular de escasa atipia nuclear, actividad mitótica sin necrosis. **Resultados.** Con el diagnóstico definitivo histopatológico de Fibromatosis Pseudosarcomatosa Extraabdominal se realizó resección completa del tumor que englobaba clavícula, coracoides, subescapular, pectoral menor, escalenos, parte de ramas escapulares del plexo braquial incluido nervio supraescapular, con márgenes de seguridad, precisando coracoidectomía, claviclectomía del segmento unido al tumor. Un año después se objetivó buena movilidad del hombro, sin dolor y ausencia de signos de recidiva local. **Conclusiones.** La fibromatosis es la lesión pseudosarcomatosa más frecuente de los tejidos blandos. Son lesiones agresivas a nivel local originadas en el tejido conectivo que rara vez metastatizan. La particularidad y dificultad de este tipo de tumores se presenta en el diagnóstico diferencial tanto clínico como histológico. Debido a su rápido crecimiento en ausencia de infección y su alta actividad mitótica pueden ser erróneamente diagnosticados como sarcomas mesenquimales, pero si queremos realizar un tratamiento curativo y sin recidivas será necesario una extirpación amplia.