

# Carteles científicos presentados al XLII Congreso SOTOCAV

Valencia, 22 y 23 de mayo de 2014.

Scientific posters presented at the XLII Congress SOTOCAV  
Valencia, May 22 and 23, 2014.

## CARTELES CIENTÍFICOS

### Aplicación de prostaglandina I2 en el tratamiento del síndrome de edema de médula ósea de la cabeza femoral.

V. Pellicer García, P. Gutiérrez Carbonell, J. Vidal Catalá.

*Hospital Virgen de los Lirios (Alcoy). Alicante.*

**Introducción.** El síndrome de edema de médula ósea (SEMO), engloba diferentes patologías caracterizadas por malperfusión, evidenciable en estudios de RMN por edema intersticial. La localización anatómica más frecuentemente afectada es la cabeza femoral. Puede ser un proceso benigno y auto limitado, o representar un estadio inicial de la osteonecrosis avascular. El diagnóstico del SEMO sólo puede realizarse de forma retrospectiva en aquellos casos que no han evolucionado a osteonecrosis. Dado que el pronóstico de ambas entidades es opuesto, parece razonable el tratamiento del SEMO en pacientes sintomáticos, para evitar su evolución a osteonecrosis. Entre las múltiples estrategias terapéuticas, se han documentado resultados prometedores con el empleo de Iloprost (un análogo de la prostaciclina). Presentamos la experiencia en nuestro centro con su uso. **Caso Clínico.** Mujer de 40 años con coxalgia atraumática aguda derecha, sin mejoría tras antiinflamatorios ni reposo, con cojera y limitación de la movilidad, en la que el estudio con RMN objetivó edema extenso en cabeza y cuello femorales. Se administró ambulatoriamente durante 5 días consecutivos durante 6 horas/día una perfusión intravenosa de Iloprost ajustada al peso. La paciente sólo experimentó náuseas el primer día de la infusión, con mejoría clínica significativa una semana tras la infusión de Iloprost. Se realizó RMN de control a las 3 semanas post-infusión con gran mejoría del edema y nuevo control a las 6 semanas post-infusión con resolución completa del mismo. **Conclusiones.** La infusión parenteral de Iloprost podría ser un tratamiento no invasivo válido en el SEMO, favoreciendo el restablecimiento de la microcirculación ósea, disminuyendo así el riesgo de progresión a osteonecrosis avascular.

### Fractura atípica en paciente en tratamiento prolongado con ranelato de estroncio: a propósito de un caso.

C. Novoa Parra, J. L. Rodrigo Pérez, M. Fernández Izquierdo.

*Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.*

**Introducción.** Las fracturas atípicas de la diáfisis femoral han sido descritas en la literatura a un ritmo creciente en los últimos años. Estas se han observado principalmente en pacientes que han estado en tratamientos prolongados con bifosfonatos, no encontrando en nuestra búsqueda ningún caso reportado con el uso de medicamentos de acción dual (osteoformadores-antiresortivos). **Caso clínico.** Se presenta el caso de una paciente de 72 años que sufrió una fractura atípica de fémur en diciembre 2013, tenía historia clínica de osteoporosis en tratamiento con ranelato de estroncio desde hacía 2 años, en los 3 meses previos a la fractura la paciente refiere dolor en diáfisis femoral derecha. Se trata de un caso con características clínico-radiológicas de fractura atípica en paciente sin ningún otro antecedente concomitante con estas que la toma de ranelato de estroncio. **Conclusiones.** Hasta donde sabemos, este es el primer caso reportado de fractura atípica con posible relación con el tratamiento prolongado con ranelato de estroncio, tomando en consideración que este medicamento tenía poco tiempo en el mercado y que sus efectos sobre la densidad ósea se mantienen hasta por 10 años, es esperable que el número de estos casos se incremente, por lo cual se debe considerar realizar estudios radiológicos en pacientes que refieran aparición de dolor agudo o insidioso en muslo que hayan estado sometidos a tratamiento prolongado con ranelato de estroncio.

### **Fracturas diafisarias de húmero en paciente con síncope repetidos de origen desconocido. ¿Qué decisión tomar?**

J. Gómez Albarracín, M. Jiménez Navarro, J. Martínez Vergara, J. M. Palomo Traver.

*Hospital General de Castellón.*

**Introducción.** De todas las fracturas, las diafisarias de húmero representan 1-3%. En la mayoría el tratamiento es conservador, aunque en algunas la cirugía está indicada. Los métodos más comunes son la fijación con placa y el clavo endomedular. Hay disparidad en la elección de tratamiento según diversos autores.

**Caso clínico.** Hombre de 49 años, con caídas repetidas por síncope de origen desconocido, acudió a urgencias por dolor en brazo izquierdo tras episodio de inconsciencia y caída. Presentaba hematoma de Hennequin, dolor y movilidad patológica en brazo con exploración neuro-vascular normal. Diagnosticado de fractura metafiso-diafisaria humeral izquierda, se trató mediante colocación de clavo endomedular 9x220mm. Dado de alta con control radiológico, aceptado a pesar de adlatus del 50%; con buena evolución postoperatoria. Meses después, volvió tras nueva caída. Diagnosticado de fractura peri-implante de húmero izquierdo, a nivel del tornillo del cerrojo distal, se trató mediante extracción de clavo y colocación de placa bloqueada, con doble abordaje moderadamente invasivo. La ausencia de placas con orificios impares obligó a colocar la de 12, que se extendió excesivamente a distal. La retracción del radial condicionó una parálisis peroperatoria. Nueve meses después, recuperó la parálisis radial, presentaba buen balance articular de hombro y codo. Radiológicamente la fractura ha consolidado. **Conclusiones.** Un meta-análisis reciente concluye que el enclavado de húmero causa más complicaciones relacionadas con la técnica que las placas, pero estas, causan más infecciones y lesiones nerviosas. Existe mayor riesgo de fracturas peri-implante en el enclavado humeral, por aumento de estrés rotacional en la punta del clavo. Creemos que decidir inicialmente tratar al paciente mediante enclavado no fue idóneo, debido a que las múltiples caídas lo sometían a fuerzas de torsión. La placa hubiera sido un mejor procedimiento de entrada. Y consideramos este caso un aporte significativo que puede servir a futuras investigaciones, ya que existe poca bibliografía documentada.

### **Artroplastia de cadera como técnica de rescate en cirugía fallida de preservación articular de quiste óseo aneurismático de cabeza femoral.**

V. Pellicer García, J. Vidal Catalá, P. Gutiérrez Carbonell.

*Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. Alicante.*

**Caso clínico.** Varón de 47 años con coxalgia izquierda mecánica progresiva, sin desencadenante conocido, en el que se evidencia en estudio radiográfico una lesión

osteolítica de patrón geográfico epifiso-metáfisaria femoral proximal izquierda. Se completa estudio mediante TC donde se evidencia lesión osteolítica extensa de 69 mm de diámetro máximo en el plano coronal, con contornos bien delimitados con interrupción de la cortical postero-medial. La RMN demostró un anillo hipointenso con realce con la administración de gadolinio, septos y niveles líquido-líquido en su interior, por presencia de sangre, altamente sugestivo de quiste óseo aneurismático. Se realizó punción biopsia con Jamshidi, confirmándose el diagnóstico. Dada la edad del paciente, pese al tamaño considerable de la lesión, se optó por cirugía de preservación articular. Se realizó un legrado y relleno del defecto mediante un abordaje anterior de cadera, utilizando una mezcla de fosfato tricálcico y hueso esponjoso de cadáver. No obstante, en el postoperatorio inmediato, pese a permanecer en descarga, el paciente presentó una fractura subcapital desplazada de la cadera intervenida, que obligó a su re-intervención, implantándose una artroplastia total de cadera par cerámica-cerámica. **Conclusiones.** Aunque las técnicas quirúrgicas de preservación articular, como el legrado y relleno de los quistes óseos, son las deseables en pacientes jóvenes, obligan a una convalecencia prolongada y asocian riesgo elevado de fractura patológica. Los autores se cuestionan si en las lesiones extensas sería recomendable la artroplastia como primera opción terapéutica.

### **Artrodesis con minifijador externo para solucionar una complicación intraoperatoria en Hallux valgus severo.**

R. Díaz Fernández

*Hospital de Manises. Valencia.*

**Introducción.** En pacientes con osteoporosis severa los métodos habituales de fijación consistentes en placas atornilladas o tornillos pueden no ser una buena opción en la cirugía del Hallux valgus. Presentamos un caso de artrodesis del Hallux resuelto de manera exitosa con un fijador externo improvisado. **Caso Clínico.** Presentamos el caso de una paciente trasplantada renal en 1995 a tratamiento con prednisona que desarrolló una osteoporosis severa. La paciente presentaba un hallux valgus severo con metatarsalgia que fue intervenida realizándose una realineación de Lelièvre y una artrodesis del hallux. Tras fallo de los implantes habituales (placa atornillada) durante la cirugía, fue necesario optar por métodos de fijación alternativos mediante agujas de Kirschner conformando un minifijador externo puentado con cemento óseo. Se consigue una artrodesis satisfactoria con una excelente corrección de la deformidad. Actualmente con 1 año de seguimiento la paciente se halla asintomática, con marcha normal y una alienación correcta del hallux que se refleja en una puntuación AOFAS postoperatoria de 100. **Conclusiones.** La osteoporosis severa puede complicar procedimientos quirúrgicos habituales en la cirugía del

hallux valgus al no lograr una adecuada fijación de las osteotomías o artrodesis. Presentamos este caso como posible solución en caso de darse la complicación arriba reseñada pudiendo solventar el problema con éxito.

### **Fractura-luxación compleja de codo.**

J. M. Pérez Alba, L. D. Sánchez Navas, M. Agudo Quilez, B. Parra Ruiz, J. F. Vargas Prieto.

*Hospital San Juan de Alicante.*

**Introducción.** Presentamos una luxación compleja rara del codo que implica una luxación posterior olecrano-trocLEAR asociada a fractura diafisaria de cúbito, fractura conminuta de la cabeza radial y luxación posterior del eje radial que, tras una búsqueda bibliográfica exhaustiva, aún nos resulta compleja de clasificar. La hemos considerado como variante dentro de las Fracturas de Mason tipo IV en combinación con una fractura luxación conjunta de ambos huesos del antebrazo (Biga y Thomine) y Lesión de Monteggia tipo II, que son un tipo de fractura-luxación de codo muy infrecuentes en la literatura y más aún en forma conjunta. **Caso clínico.** Varón de 38 años que acude a urgencias por dolor, deformidad e impotencia funcional en codo derecho tras caída de altura sobre ambos MMSS. Presenta dolor, crepitación y deformidad del codo derecho. En la exploración radiológica apreciamos fractura-luxación compleja de codo. Tras evaluación y discusión sobre las posibilidades terapéuticas se procede a la intervención quirúrgica realizándose artroplastia de cabeza radial re inserción del complejo del ligamento colateral radial y osteosíntesis mediante placa de olecranon con fijación mediante suturas del fragmento medial que incluye al tubérculo sublimis, inserción de la banda anterior del ligamento colateral medial. Se evalúa al paciente a los 6 meses de la intervención, presentado un resultado funcional muy satisfactorio valorado con la “*Mayo Elbow Performance Score* y la *Oxford Elbow Score*”. El paciente retornó a su trabajo habitual. **Conclusiones.** Nos hemos encontrado con una lesión que combina una Fractura de cabeza radial Masson IV conminuta en combinación con una fractura luxación conjunta de ambos huesos del antebrazo (Biga y Thomine) y Lesión de Monteggia tipo II. Debido a la potencial inestabilidad y tendencia a luxación de la lesión se precisó de una adecuada osteosíntesis del cúbito y estabilización con prótesis de cabeza radial para comenzar con una movilidad precoz y un amplio rango de movilidad estable. Gracias a todo ello se obtuvieron unos buenos resultados funcionales en esta fractura-luxación de elevada complejidad.

### **Tratamiento de sarcomas de partes blandas de extremidades de alto grado con márgenes afectos mediante “2nd look” y braquiterapia.**

A. M. Blasco González, M. A. Angulo Sánchez.

*Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.*

**Introducción.** La escisión local amplia con márgenes

libres seguida de radioterapia se considera como el tratamiento de elección para los sarcomas de partes blandas de extremidades (E-STs) de alto grado. Existe evidencia de nivel 1 que respalda tanto la radioterapia externa como la braquiterapia para aumentar el control local en los E-STs. La ventaja principal de la braquiterapia es que es muy precisa, lo que reduce el número de complicaciones. Describimos nuestra experiencia en el tratamiento de E-STs de alto grado con bordes afectos con ampliación quirúrgica de márgenes, seguida de braquiterapia adyuvante. **Material y métodos.** Describimos 4 casos de E-STs de alto grado tratados previamente con escisión local y con márgenes afectos tras análisis anatomopatológico. En todos ellos practicamos ampliación quirúrgica de ampliación de márgenes seguida de braquiterapia. **Resultados.** Con un seguimiento medio de un año todos ellos se mantienen clínicamente asintomáticos y tienen confirmación por anatomía patológica y resonancia magnética de márgenes libres. **Conclusiones.** La braquiterapia adyuvante es una herramienta útil para aumentar el control local en los E-STs de alto grado abordados inicialmente sin criterios oncológicos.

### **Indicaciones de la prótesis “resurfacing” de hombro.**

C. Martínez Pérez, P. Rey Vidal, M. Fuertes Lanzuela, D. Montaner Alonso.

*Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.*

**Introducción.** Las prótesis de hombro tipo resurfacing, a pesar de llevar en el mercado más de 50 años, siguen sin ser una de las primeras opciones que nos vienen a la mente al hablar de patología artrósica del hombro. Aun así en la actualidad y tras haber pasado por diferentes momentos de popularidad, se ha llegado a un punto en que se ha establecido un cierto consenso a propósito de sus indicaciones así como de las ventajas e inconvenientes que plantea respecto a los artroplastias de hombro totales o inversas. En el siguiente trabajo presentamos nuestra experiencia en el manejo de la hemiartroplastia de hombro no cementada tipo resurfacing, así como los resultados en los diferentes pacientes según su patología de base. **Material y métodos.** Se presentan 5 casos de pacientes intervenidos de hemiartroplastia tipo resurfacing no cementada, desde el 2012 hasta la fecha, con diferentes diagnósticos que abarcan una amplia muestra de las posibles indicaciones. Los resultados se analizaron según el estado de satisfacción del paciente en función de su patología de base y las expectativas previas. **Resultados.** La mayoría se mostraron satisfechos con la cirugía, presentado una importante mejora en el control del dolor, y con unos resultados funcionales que variaron en función del diagnóstico pre-quirúrgico. **Conclusiones.** Las hemiartroplastias tipo resurfacing, a pesar de no ser tan conocidas, son una buena opción de tratamiento que permite un buen control del dolor, y una ganancia funcional en aquellos pacientes que bien por la edad o

por sus condiciones clínicas no son subsidiarios de un artroplastia con vástago convencional o de una artroplastia invertida.

### **Tratamiento de muñón infectado con desbridamiento y terapia de presión negativa. A propósito de un caso.**

F. Navío Fernández, J. V. Amaya Valero, M. Angulo Sánchez.

*Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.*

**Introducción.** La terapia de curación de heridas con presión negativa (del inglés NPWT) mediante un sistema de cierre asistido por vacío (del inglés VAC) ha sido utilizada de forma satisfactoria en el tratamiento de heridas complicadas en tronco y extremidades. **Caso clínico.** Presentamos un caso de un paciente de 71 años con infección de prótesis total de rodilla que tras una evolución tórpida, requirió de amputación supracondílea con posterior infección de muñón de amputación y defecto de cobertura. Paciente recibió terapia de curación de heridas con presión negativa mediante un sistema de cierre asistido por vacío, resultando en una extremidad residual curada, que tras 18 meses de evolución, continua libre de infección. **Conclusiones.** La terapia de curación de heridas con presión negativa mediante un sistema de cierre asistido por vacío debería ser considerada como una terapia válida para el cierre de muñones de amputación en miembros inferiores con mala evolución o dificultad de cierre.

### **Tumor de células gigantes del radio distal: resección total y aloinjerto estabilizado mediante osteosíntesis y reconstrucción de ligamentos radio-cúbito-carpianos.**

M. Masiá Massoni, M. Angulo Sanchez, E. Baixauli Perello, J. V. Amaya Valero, F. Baixauli García.

*Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.*

**Introducción.** El tumor de células gigantes representa alrededor del 5% de los tumores óseos primarios y del 20% de los tumores óseos benignos. A pesar de tratarse de una entidad benigna, tiene un comportamiento localmente agresivo y hasta un 5% puede dar metástasis pulmonares. Las localizaciones más frecuentes son el fémur distal y la tibia proximal que suponen el 50% de los casos, un 10% se ubica en la extremidad distal del radio. La clasificación de Campanacci contempla tres estadios en los que se basa la decisión de tratar el tumor mediante resección intralesional con o sin adyuvantes, o mediante resección amplia y reconstrucción. Existen numerosas técnicas descritas en la literatura para llevar a cabo esta reconstrucción. **Caso Clínico.** Paciente de 48 años con un tumor de células gigantes en estadio III de Campanacci, cuyo tratamiento fue inicialmente conservador mediante resección intralesional con fresa de alta velocidad, fenolización y relleno con matriz ósea desmineralizada. Tras recidiva local de la enfermedad se decidió resección amplia y sustitu-

ción por aloinjerto estabilizado gracias a la reinserción de ligamentos radio-cúbito-carpianos mediante túneles transóseos, placa y agujas. En la revisión a los 14 meses después de la intervención la paciente se encuentra asintomática, con buena movilidad de la muñeca, el aloinjerto consolidado, y sin evidencia de recidiva.

**Conclusiones.** La resección amplia es el tratamiento de elección para tumores de células gigantes en estadio III. Entre las opciones terapéuticas para la reconstrucción posterior se encuentra el aloinjerto, técnica que cuenta actualmente con buenos resultados en la literatura. La reconstrucción de los ligamentos radio-cúbito-carpianos mediante túneles transóseos permite evitar la artrodesis de la muñeca mejorando la estabilidad y la función de la mano, a pesar de mantener las limitaciones del aloinjerto.

### **Deformidad en pie en jugador de fútbol.**

R.A. Pérez Giner, A. Calatayud Revert, F.E. Mora Pascual, L. García Martínez, M. Soler Peiró.

*Hospital Universitario La Ribera.*

**Introducción.** Las lesiones deportivas en los miembros inferiores son frecuentes, siendo importante realizar un correcto diagnóstico para aplicar el tratamiento adecuado. Entre los posibles diagnósticos, los más frecuentes son las fracturas-luxaciones de tobillo; otras entidades menos habituales son luxaciones astragaloescafoidea, calcaneocuboidea (articulación de Chopart), fracturas-luxaciones tarsometatarsianas (Lisfranc) y luxaciones subastragalinas. **Caso Clínico.** Paciente de 24 años que es remitido desde otro centro hospitalario tras accidente deportivo mientras jugaba al fútbol, refiriendo un mecanismo de inversión del pie. A la llegada a nuestro centro, se comprueba una correcta exploración vasculonerviosa y se realizan radiografías diagnosticando una luxación periastragalina medial. Se realiza reducción cerrada bajo anestesia general, con la rodilla flexionada se aplica tracción manual longitudinal del pie sujetándolo por el calcáneo, seguido de eversión y presión digital sobre cabeza de astrágalo. Se consigue reducción al primer intento comprobada bajo escopia. Sin embargo, dada la inestabilidad potencial de la lesión se decide fijar con agujas Kirschner (escafo-astragalina, cubo-astragalina y calcáneo-astragalina) e inmovilización con férula posterior. Se mantiene durante 4 semanas.

**Conclusiones.** Las luxaciones subastragalinas (o debidamente llamadas periastragalinas) implican las luxaciones astragaloescafoidea y astragalocalcanea. Se trata de entidades de poca frecuencia. El mecanismo de lesión se basa en que el ligamento calcaneoescafoideo resiste el trastorno y las fuerzas de inversión/ eversión actúan sobre los ligamentos astragaloescafoideo y calcaneoastragalino. En el caso de las luxaciones periastragalinas mediales (las más frecuentes siendo del 80%) se producen por un mecanismo de inversión del pie. Son conocidas como "pie del jugador de baloncesto". Pueden asociar fracturas en maléolos,

base 5º metatarsiano, etc. Las radiografías simples van a mostrar la anatomía conservada del tobillo y alteraciones en el mediopié. La reducción se realiza bajo anestesia general y se inmoviliza durante 3-4 semanas para iniciar el protocolo de rehabilitación.

### **Planificación preoperatoria para artroplastia total de rodilla en paciente con deformidad postraumática en varo de fémur distal.**

B. Parra Ruiz, C. Morales Berenguer, J. Sanz Reig.  
*Hospital Universitario San Juan de Alicante.*

**Introducción.** La planificación preoperatoria en artroplastia protésica de rodilla (ATR) es fundamental para garantizar la eficacia de la misma. **Caso Clínico.** Varón de 63 años sin alergias conocidas con gonartrosis izquierda secuela de accidente de tráfico hace 34 años con resultado de fractura supracondílea extraarticular de fémur tratada quirúrgicamente con consolidación de la fractura con deformidad en varo. Se indica corrección quirúrgica de la deformidad mediante ATR sin osteotomía asociada. Al planificar preoperatoriamente la artroplastia total de rodilla (ATR) observamos una angulación en varo de 8,4º. Al utilizar el instrumental de alineación intramedular con valgo máximo de 7º, no conseguiríamos un corte perpendicular al eje mecánico, si no que tendríamos una angulación de 74º entre el corte distal y el eje mecánico. Para conseguir un corte perpendicular al eje mecánico deberíamos hacer una perforación para la alineación intramedular muy externa. Inicialmente calculamos el ángulo de corte necesario para obtener perpendicularidad con el eje mecánico del fémur y obtenemos la diferencia con el que nos ofrece la alineación intramedular a 7º de valgo. Introducimos la varilla con dicha angulación y retrasamos el pin externo de la plantilla de corte distal una determinada cantidad de milímetros. Dicha distancia se puede obtener mediante planificación digital o trigonométrica. **Conclusiones.** Una correcta planificación antes de la cirugía nos permite identificar las dificultades técnicas de la cirugía, evitar errores, acortar el tiempo quirúrgico y mejora el resultado del procedimiento quirúrgico.

### **Quiste óseo aneurismático. Nuestra experiencia ante caso de difícil diagnóstico.**

E. Saura Sánchez, P. Fuentes Escobar, A. Sevilla Monllor, L. Moril Peñalver.  
*Hospital General Universitario de Elche.*

**Introducción.** El quiste óseo aneurismático (QOA) en una lesión benigna que se localiza generalmente en metafisis de huesos largos. Suele darse en la segunda década de vida y en mujeres. Las recidivas de este tipo de tumor son frecuentes. El diagnóstico diferencial histológico plantea a veces un difícil problema, por ejemplo con el tumor de células gigantes, con el cual se le identificó durante mucho tiempo (tumor de células gigantes hemangiomaso). **Caso Clínico.** Se presenta el caso de una mujer de 51 años que presenta dolor en

rodilla derecha de 18 meses de evolución. El dolor no cede con reposo ni con tratamiento con AINES. El dolor va empeorando progresivamente. Radiológicamente se aprecia una lesión lítica excéntrica, loculada, en metafisis tibial. Se biopsió la lesión con diagnóstico de tumor de células gigantes, con estudios de extensión negativos, por lo que se realizó curetaje + injerto de la lesión. Tras 5 meses de remisión vuelve el dolor. Se realiza nueva RMN, donde se aprecia recidiva y aumento de tamaño, por lo que se decide realizar una resección en bloque de la lesión e injerto homólogo de cadáver con placa de soporte. La anatomía patológica de la muestra diagnóstica de quiste óseo aneurismático. La paciente actualmente se encuentra sin dolor, con rango de movilidad completo y en radiología de control, se aprecia consolidación del injerto homólogo, sin aparente recidiva de la lesión. **Conclusiones.** Ante una lesión tumoral ósea es necesario descartar malignidad. Es imprescindible un diagnóstico certero para realizar un adecuado tratamiento. En este caso, debido al diagnóstico de tumor de células gigantes y la recidiva de la lesión se decidió un tratamiento más agresivo (una resección en bloque de la lesión), es una técnica poco tradicional que consideramos que era la mejor para la paciente. La paciente se encuentra asintomática y con resultado satisfactorio.

### **Síndrome compartimental agudo tras fractura diafisaria de radio y cúbito en niño de 4 años.**

M. A. Jiménez Navarro, X. Margarit Martí, L. Roncero Vilanova, J. M. Gómez Albarracín.  
*Hospital Universitario General de Castellón.*

**Introducción.** El síndrome compartimental de la extremidad superior en niños como consecuencia de una fractura diafisaria de antebrazo es una entidad que requiere una sospecha diagnóstica temprana y una rápida decisión terapéutica con el fin de evitar las nefastas complicaciones de este cuadro. **Caso Clínico.** Paciente varón de 4 años de edad que acude por dolor y deformidad en antebrazo izquierdo tras caída desde un tobogán. Presenta fractura en tallo verde de tercio medio de radio y cúbito izquierdos. Es intervenido de urgencia mediante reducción cerrada bajo control radiológico y osteosíntesis con 2 agujas de Kirschner de 1.8 mm endomedulares. Se coloca férula braquial. A las 24 horas de evolución, el paciente presenta dolor progresivo y desproporcionado, así como dolor a la extensión pasiva de los dedos y consistencia pétreo a la palpación del antebrazo. Tras fracasar las medidas conservadoras se decide realizar fasciotomía de antebrazo por vía volar y liberación del nervio mediano, comprobándose la vitalidad de los paquetes musculares y colocándose sutura de aproximación con puntos de piel sin llegar a realizarse cierre completo. A las 48 horas el paciente evoluciona satisfactoriamente, sin hallarse alteraciones neurovasculares distales, por lo que se procede al cierre definitivo de la piel. A los 7 días del ingreso, es dado

de alta con evolución favorable. **Conclusiones.** En conclusión, se recomienda una observación cuidadosa de aquellos pacientes pediátricos con fracturas desplazadas de radio y cúbito, debido al riesgo de desarrollar un síndrome compartimental. Actualmente, los signos y síntomas continúan siendo la base del diagnóstico, que se puede complementar con la medición de la presión intracompartimental. Si las medidas conservadoras fracasan, la realización de una fasciotomía es el tratamiento de elección para garantizar la supervivencia tisular del miembro.

### **Pseudoartrosis congénita de clavícula. A propósito de un caso y revisión de la bibliografía.**

N. Franco Ferrando, R. Sanjuán Cerveró, E. Pradillos García, R. Domingo Fernández.

*Hospital de Denia. Alicante.*

**Introducción.** La pseudoartrosis congénita de clavícula es una malformación congénita rara. El objetivo principal de nuestro estudio es revisar las características de esta patología, sus indicaciones quirúrgicas, así como la técnica más adecuada para su tratamiento. **Caso Clínico.** Presentamos el caso de una niña de 12 años que consulta por deformidad y asimetría en el hombro derecho, acompañado de molestias a la palpación de tercio medio clavicular. No refiere antecedente traumático. En la exploración se evidencia una discontinuidad de la clavícula, con movilidad anómala dolorosa entre los segmentos. No existe limitación funcional. Se indicó el tratamiento quirúrgico por la alteración estética generada por la asimetría de hombros y la presencia de molestias. Se realizó la escisión de la zona afectada, utilización de injerto de cresta iliaca y fijación interna con placa de reconstrucción. Tras una revisión bibliográfica de los casos quirúrgicos publicados, se analizó la edad a la intervención, el motivo de su indicación, la técnica empleada, la evolución, y la presencia de complicaciones. La paciente se encuentra muy satisfecha con el tratamiento. Se ha corregido la asimetría clavicular, no presenta dolor ni alteración funcional. Se confirmó la consolidación a las 12 semanas de la cirugía. **Conclusiones.** El tratamiento quirúrgico de esta patología se reserva casos en que exista limitación funcional, compresión vasculonerviosa o un defecto estético tan importante que compense correr el riesgo de complicaciones como infección, lesión vascular, cicatrices y posibilidad de reintervención por no unión. Según la bibliografía esta cirugía se recomienda a partir de los 4-6 años y la técnica de elección es la resección de la zona, utilización de injerto óseo y la fijación con placas de reconstrucción. Previo a la cirugía debemos medir el defecto óseo y durante la misma es necesario proteger el paquete subclavio.

### **Utilización de tendón delgado plantar con fragmento óseo como injerto tendinoso en el segundo tiempo de reconstrucción de tendón flexor de la mano.**

N. Franco Ferrando, R. Sanjuán Cerveró, R. Domingo Fernández, E. Pradillos García.

*Hospital de Denia. Alicante.*

**Introducción.** En el segundo tiempo de reconstrucción de la rotura de un tendón flexor de la mano precisamos de la extracción de un injerto tendinoso libre. Habitualmente se utiliza el palmaris longus, sin embargo en aquellos casos en los que está ausente o su longitud es insuficiente podemos utilizar el delgado plantar. Ha sido publicada una técnica quirúrgica que utiliza el tendón delgado plantar con fragmento óseo como injerto. El objetivo de nuestro estudio es describir la técnica quirúrgica y presentar los resultados obtenidos con su utilización en nuestro centro. **Caso Clínico.** Presentamos el caso de una paciente de 33 años con sección crónica de ambos tendones flexores de 2º dedo en zona II de más de 10 años de evolución. En el primer tiempo se procedió a la reconstrucción de las poleas y la inserción de la varilla de silicona. A los 3 meses se realizó el segundo tiempo de reconstrucción, mediante la extracción del tendón delgado plantar con fragmento óseo y su fijación con un tornillo de minifragmentos a la falange distal. Describimos detalladamente la técnica y protocolo de rehabilitación precoz, así como posibles trucos para facilitar el procedimiento. La paciente se encuentra muy satisfecha. A los 3 meses de la última cirugía era capaz de flexionar activamente la IFP 90º y la IFD 30º, representando el 68% de la movilidad respecto al lado contralateral. Han sido publicados los resultados de 13 casos intervenidos mediante esta técnica quirúrgica. A los 3 meses, el grado de recuperación de movilidad respecto al dedo contralateral fue del 74%. No se registraron complicaciones ni rupturas. **Conclusiones.** La utilización del tendón delgado plantar con fragmento óseo en el segundo tiempo de reconstrucción del tendón flexor de la mano es una técnica segura que permite un protocolo de movilización precoz.

### **Disociación escafolunar. A propósito de un caso.**

P. Rey Vidal, D. Montaner Alonso, C. Martínez Pérez.

*Hospital Universitario Dr Peset. Valencia.*

**Introducción.** Las inestabilidades carpianas son una causa común de dolor e incapacidad laboral hoy en día; entre ellas, la más frecuente es la inestabilidad escafolunar. En el abordaje terapéutico de la misma, va a ser importante valorar: 1) Integridad del ligamento escafolunar dorsal; 2) La potencial reparación de las estructuras dañadas; 3) Estado de los estabilizadores secundarios del escafoides; 4) Reductibilidad de la desalineación carpiana; 5) Estado del cartílago articular. **Caso Clínico.** Se presenta el caso de un paciente varón

de 42 años que acude por dolor en muñeca derecha de varios meses de evolución tras caída casual. A la exploración, presenta derrame articular, dolor en fosa escavoidea y signo Watson positivo. En las radiografías, se aprecia diástasis escafolunar de 3.5mm estática y ángulo radioescafoideo mayor de 45°. Se solicita RNM que confirma desestructuración y pérdida de morfología normal de ligamento interóseo. Se diagnostica de disociación escafolunar estadio 4 y se trata mediante reconstrucción tendinosa con técnica 3LT. En la misma, se utiliza el tendón FCR como estabilizador primario de la articulación. Para ello, se traslada una porción del mismo a dorsal a través de un túnel transóseo en escafoides. Seguidamente, se pasa a través de un ojal en el ligamento radiopiramidial dorsal, obteniendo así la tensión deseada, y finalmente se ancla en la cara dorsal del semilunar con un arpón. Posteriormente, se neutralizan las articulaciones escafolunar y escafogrande con sendas agujas de Kirschner y se inmoviliza la muñeca durante 8 semanas. **Conclusiones.** Debemos sospechar una inestabilidad escafolunar ante todo paciente con dolor subagudo en muñeca y pérdida de fuerza de presión tras traumatismo con mano muñeca en extensión. La reconstrucción tendinosa 3LT es una buena opción en inestabilidades con lesión completa de ligamento interóseo no reparable, subluxación rotatoria reductible del escafoides y cartílago articular indemne.

#### **Epifisiolisis de tibia proximal.**

L. García Martínez, R. A. Pérez Giner, J. Ribes Iborra, F. E. Mora Pascual, M. Soler Peiró.

*Hospital Universitario La Ribera. Alzira. Valencia.*

**Introducción.** Las fracturas de la tibia proximal en niños son raras, menos del 1%, siendo la mayoría varones adolescentes. Además algunas fracturas, como las que nos ocupa este caso, son difíciles de diagnosticar y no están exentas de complicaciones. **Caso Clínico.** Varón, 14 años, sin antecedentes personales previos, acude a urgencias por gonalgia tras accidente deportivo hacia 5 días. A la exploración física presenta importante tumefacción y edematización en zona anterior de la rodilla, coincidiendo con la tuberosidad anterior de la tibia. Además febrícula y leucocitosis. En la radiografía no se aprecian alteraciones. Dada la clínica y la exploración se sospecha epifisiolisis de la tuberosidad anterior de la tibia y se solicita TAC para esclarecer el diagnóstico. La TAC evidenció hallazgos compatibles con epifisiolisis Salter Harris I. Se realizó un seguimiento clínico y radiográfico en consultas siendo normal hasta el 3º mes en el que parecen verse puentes óseos en la fisis por lo que se solicita TAC que se informa como secuelas de epifisiolisis Salter y Harris tipo I con presencia de puentes óseos centrales y anteriores así como puentes óseos aislados laterales existiendo fusión ósea de la mayor parte de la fisis. **Conclusiones.** Las epifisiolisis son fracturas típicas de la infancia que afectan a la fisis del hueso. Las epifisiolisis tipo I tienen un trazo de fractura que recorre toda la estructura del cartílago

fisario provocando la separación de epífisis y metáfisis, manteniendo el periostio conservado y siendo los desplazamientos escasos por lo que el tratamiento suele ser conservador. Destacar la dificultad en el diagnóstico correcto de las epifisiolisis tipo I. El diagnóstico definitivo se suele alcanzar por pruebas de imagen. En nuestro caso el diagnóstico definitivo se esclareció mediante la realización del TAC, que también mostró a los 3 meses las secuelas de la epifisiolisis inicial.

#### **Fracturas pertrocantéreas de cadera en pacientes amputados. A propósito de 2 casos.**

V. Hurtado Oliver, S. Orega Montoliu, A. Roselló Añón.

*Hospital Francesc de Borja de Gandía. Valencia.*

**Introducción.** Las fracturas pertrocantéreas de fémur proximal en pacientes amputados son una entidad poco frecuente y que plantea dudas respecto a su tratamiento (conservador o quirúrgico) debido a las especiales características del paciente. **Casos Clínicos.** Presentamos dos casos de pacientes amputados con fractura pertrocantérea de fémur tratados conservadoramente. Revisamos la literatura existente al respecto de dichas fracturas en pacientes amputados. El primer caso es un varón de 90 años con fractura pertrocantérea A1.1 de la AO tras caída casual. El paciente presentaba dolor a la deambulacion y al colocarse la prótesis. Por la situación basal del paciente y las características de su muñón se decidió tratamiento conservador. A los 6 meses de la fractura el paciente presenta consolidación radiológica y ha reiniciado la marcha con buena adaptación a la prótesis. El segundo caso es un varón de 91 años que presentó una fractura pertrocantérea AO A2.1., tras caída casual, presentando dolor e incapacidad para la marcha. Tras la desestimación de la cirugía por el servicio de anestesia el paciente ha seguido tratamiento conservador. Tras mes y medio de evolución el paciente presenta evolución radiológica óptima. **Conclusiones.** Las fracturas pertrocantéreas de fémur proximal en pacientes amputados son una entidad poco frecuente y que plantea dudas respecto a su tratamiento (conservador o quirúrgico) debido sobretodo a las características particulares que presentan respecto al cuidado del muñón y a la readaptación de la marcha pero también sobre la técnica quirúrgica más idónea. El tratamiento conservador es una buena alternativa para estos pacientes y evita posibles complicaciones como la infección de la herida quirúrgica o la cicatriz dolorosa que podrían impedir definitivamente la marcha en pacientes amputados.

#### **Osteoporosis transitoria migratoria en MMII, a propósito de un caso.**

E. Martorell Meseguer

*Hospital Universitario La Ribera. Alzira. Valencia.*

**Introducción.** La osteoporosis transitoria es rara e idiopática. Se descubrió inicialmente en la mujer durante el embarazo y posteriormente se describió en

el adulto joven como osteoporosis transitoria de cadera. Hablamos de osteoporosis transitoria migratoria cuando hay afectación de ambos lados del organismo. Presentamos el caso de una mujer con osteoporosis transitoria migratoria del pie izquierdo y posteriormente del derecho. **Caso Clínico.** Describimos el caso de una paciente de raza blanca de 53 años de edad sin antecedentes médicos de interés, amigdalectomizada e intervenida de estrabismo, que acude a Consultas por un cuadro de dolor de largo tiempo de evolución en tobillo izquierdo. Infradiagnosticada inicialmente por su MAP, es remitida por persistencia del dolor tras tto. con AINEs, reposo y férula. Al año de inicio del cuadro doloroso en el tobillo izquierdo inicia un cuadro similar en el tobillo derecho aunque de menor intensidad. Es la RMN la que permite el diagnóstico en los dos casos y aporta entonces el adjetivo de migratoria. El paso del tiempo nos conduce hacia una mejoría progresiva y una recuperación de la funcionalidad del tobillo a través de un tratamiento sintomático y conservador. La RMN nos permite también valorar la evolución de la lesión ósea. **Conclusiones.** La osteoporosis transitoria migratoria cursa con dolor en varias articulaciones de carga. De curso autolimitado precisa de reposo más tratamiento antiinflamatorio y fisioterápico para su resolución. La RMN nos da su diagnóstico.

### **Diagnóstico diferencial de la artritis séptica de cadera infantil: miositis glútea.**

M. Martínez Calvo, A. Mesado Vives.

*Hospital Universitario General de Castellón.*

**Introducción.** Ante una coxalgia acompañada de fiebre en un niño de varios días de evolución o ante un segundo, tercer episodio debemos plantear varios diagnósticos e ir ampliando el estudio para desenmascarar la patología responsable. Entre los diagnósticos diferenciales tendremos: sinovitis, artritis séptica, osteomielitis, miositis glútea. **Caso Clínico.** Acude a urgencias un paciente varón de 3 años de edad remitido por pediatra por presentar coxalgia derecha y cojera de 5 días de evolución acompañada de fiebre, que no remiten con anti-inflamatorios. A la exploración física presenta flexión a 90 de cadera con impotencia funcional para la extensión y deformidad en rotación externa. Temperatura 37.9 a pesar de tratamiento con anti-inflamatorios. Presenta dolor a la palpación de glúteo derecho. El paciente no tiene antecedentes médicos de interés y el resto de la exploración es anodina, solo la madre refiere diarrea líquida de 24 horas de evolución. Antes de la llegada a urgencias de nuestro hospital había sido estudiado en otro centro donde se le había realizado radiografía, ecografía de caderas y analítica de sangre sin hallazgos patológicos. Se solicita resonancia magnética y se repite la analítica. En la resonancia se aprecia una imagen hiperintensa en el interior del músculo glúteo medio y la fascia interglútea relacionada con un proceso inflamatorio agudo intramuscular, que se extiende a región peritrocantérea, aparentemente sin

afectación ósea ni de la articulación coxofemoral adyacente. La descripción es compatible con el diagnóstico de MIOSITIS GLÚTEA. La analítica era normal y solo tenía alterada la PCR en 41, sin leucocitosis ni neutrofilia, ni aumento de la procalcitonina. El paciente fue tratado con cloxaciclina y cefotaxima intravenosa hasta normalización de PCR y dado de alta a los 13 días. **Conclusiones.** Ante una coxalgia infantil acompañada de fiebre hay que descartar la artritis séptica pero hay que tener en mente otros procesos inflamatorios como es la miositis, aunque por su infrecuencia es una patología fácilmente olvidada. Su tratamiento dista del de la artritis, pues es suficiente con antibiótico intravenoso para cubrir *S. aureus*, el germen que con mayor frecuencia lo produce.

### **Tratamiento de fracturas de fémur proximal tipo 31a2.2 con clavo endomedular Gamma 3 y "Lag fix". Valoración clínico funcional y radiológica.**

F. Soler Valero, E. Saura Sánchez, F. López Prats.

*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital General Universitario de Elche.*

**Introducción.** En España el índice de este tipo de fracturas es de 30.000 por año. Son la causa más frecuente de morbilidad y de mortalidad en pacientes mayores de 65 años requiriendo en España una ocupación continua de 2.100 camas, un gasto sanitario directo de 105 millones de euros y un gasto indirecto de 187 millones por año. El objetivo fue el análisis de los resultados clínico-radiológicos y funcionales en la tratamiento de fracturas tipo 31.A.2.2 con clavo Gamma3 y "Lag Fix". **Material y métodos.** De un total de 46 casos de fracturas de fémur proximal pertrocantéreas inestables, intervenidas desde octubre 2007 a Marzo 2011 en nuestro Centro, se revisan de forma retrospectiva un total de 14 pacientes tratados con clavo gamma3 y Lagfix, 15 tratados solo con gamma 3 y 16 tratados con clavo Spectrum. 33 mujeres y 13 hombres entre 71 y 87 años ( $x=78,4$ ), todas ellas con fractura tipo 31A2.2 de la clasificación AO. **Resultados.** Se aplicaron escalas de valoración funcional y grado de actividad diaria (SF-36), así como la medición del rango de movilidad articular comparativa. El estudio radiológico incluyó el "tip apex distance" (TAD) de Baumgaertner es la medida más fiable en el momento actual para valorar el cut out. **Conclusiones.** Se puede concluir que los factores que condicionan un buen resultado clínico son una correcta reducción de la fractura, evitando un TAD de más de 9,8 mm. La valoración subjetiva de los pacientes respecto al tratamiento recibido fue buena.

### **Tratamiento de las lesiones complejas de los dedos la mano con lámina de regeneración dérmica íntegra.**

E. Mackenney, M. Roman, A. Antón, I. Balisevic.

*Centro MAZ de Elche. Alicante.*

**Introducción.** El tratamiento de la pérdida cutánea

compleja de los dedos de la mano, con exposición tendinosa o lesión tendinosa y articular, requiere habitualmente de una cobertura con colgajos locales, regionales o libres. En determinados casos, la localización de la lesión o la afectación concomitante de dedos contiguos, dificultan la realización de los mismos. Integra es una matriz tridimensional de colágeno y glicosaminoglicanos bovinos, segura en el contexto de transmisión de priones, que estimula el crecimiento tisular e inicia la regeneración y formación de una neodermis autóloga. El propósito del estudio es analizar la aplicación de un sustituto dérmico, Integra, en casos de lesiones cutáneas complejas de los dedos, con exposición y/o afectación tendinosa y articular. **Casos Clínicos.** Se presentan dos casos clínicos, con afectación de segundo y tercer dedo de la mano derecha en un caso y en la izquierda en el otro, tratados con una lámina de regeneración dérmica Integra y posterior injerto cutáneo libre. Se describe el mecanismo de la lesión, la localización, tamaño y estructuras lesionadas y el tratamiento realizado en sus diferentes fases. Se evaluaron los resultados considerando la cobertura cutánea obtenida valorada con la escala de cicatrización de Vancouver, el dolor con la escala analógica visual y numérica, la movilidad de las articulaciones interfalángicas, la sensibilidad discriminatoria de dos puntos y la fuerza de la pinza lateral pulgar-dedos y el reintegro laboral. La aplicación de Integra y subsecuente injerto cutáneo libre permitió una cobertura cutánea durable y cosmética, sin complicaciones postoperatorias y con una recuperación funcional a los 4 meses postoperatorios. **Conclusiones.** La aplicación de una lámina de regeneración dérmica es una técnica efectiva de tratamiento de las lesiones cutáneas complejas de los dedos, con exposición de tendones y articulaciones, que debe considerarse una alternativa terapéutica; en especial cuando existen dificultades para la realización de colgajos locales o microvasculares.

### **Complicación mayor tras cirugía artroscópica de cadera.**

J. Sanz Reig, J. Más Martínez, D. Bustamante Suarez De Puga, M. Morales Santías.

*Clinica Vistahermosa. Alicante.*

**Introducción.** La cirugía artroscópica de cadera (CAC) es un procedimiento mínimamente invasivo no exento de complicaciones. Si bien la mayoría se describen como menores, se precisa cautela en considerar la CAC como un procedimiento benigno. Tras la revisión bibliográfica realizada no hemos encontrado esta complicación en la literatura. Se presenta un caso de condrolisis tras CAC por choque fémoro-acetabular (CFA). **Caso Clínico.** Mujer de 58 años de edad con diagnóstico de CFA de la cadera derecha. Se indicó CAC bajo anestesia espinal en decúbito supino con distracción estándar con soporte perineal y portales anterolateral, medio lateral y anterior-distal. Se determinó rotura del labrum y CFA mixto, procediendo a sutura del labrum

y osteoplastia acetabular y femoral. Perioperatorio con pauta estándar y sin complicaciones. Acudió a la consulta al 4º mes postoperatorio con dolor progresivo y cojera. Se solicitó estudio radiológico que mostró disminución concéntrica del espacio articular; analítica con VSG y PCR normal. Dada la situación clínica de la paciente se indicó revisión quirúrgica observando adelgazamiento y separación del cartílago de la cabeza femoral; procediendo a implantar prótesis no cementada de cadera. A los 12 meses de seguimiento la paciente está asintomática con una puntuación de 97 puntos en la escala de Harris. **Conclusiones.** La condrolisis es un proceso de degeneración del cartílago articular con disminución del espacio articular y limitación funcional severa. Se establecen como factores predisponentes tras la cirugía el aumento de temperatura intraarticular por el uso de vaporizador, agentes químicos de uso intraarticular, lesiones iatrogénicas del cartílago, resección de labrum, lesiones cartilaginosas preoperatorias o infección postquirúrgica. En nuestro caso sólo el calor generado por el vaporizador pudo actuar como factor para el desarrollo de la condrolisis. A pesar de la baja incidencia de complicaciones mayores, es necesario informar al paciente previo a la indicación quirúrgica.

### **Estudio de microscopía electrónica de barrido del ligamento transversal del carpo.**

E. Mackenney, Andrada Me, F. Sánchez Del Campo.

*Centro MAZ de Elche. Alicante.*

**Introducción.** Los estudios de microscopía óptica del ligamento transversal del carpo demuestran la existencia de un gran número de fibras de colágeno orientadas transversalmente y con una distribución paralela entre ellas. El objetivo del estudio es el estudio ultraestructural del ligamento transversal del carpo, con microscopía electrónica de barrido, y determinar si existe una correlación con las descripciones histológicas de microscopía óptica. **Material y métodos.** Se estudiaron muestras de túnel del carpo y del ligamento transversal del carpo de diez fetos, fijadas en glutaraldehído 3% y postfijación con tetróxido 1% y recubiertas de oro con el metalizador BIO-RAD. Las muestras fueron examinadas con un Microscopio Electrónico de Barrido JEOL JSM-6100 y fotografiadas con una cámara JEOL HR, con un estudio de imagen con un Hardware system IMCO 10 Kontrom y Software MIP-Micron Image. **Resultados.** El estudio de microscopía electrónica de barrido permite describir la morfología del ligamento transversal del carpo como una estructura compleja, en la que la diferente organización y orientación del tejido conjuntivo denso que lo constituye hace que deba diferenciarse en capas con zonas de estructuración especializada. Se describe cada una de las capas del ligamento; así como, las características de su sofisticado sistema de inserción. **Conclusiones.** El ligamento transversal del carpo que en microscopía óptica se observa homogéneo, uniforme, sin diferenciaciones en

su zona media; presenta en el estudio de microscopía electrónica de barrido, una morfología en estratos diferenciados, con una estructuración del tejido conjuntivo característico según la capa o nivel de localización en el ligamento. Ello permite definir el ligamento transversal del carpo como una estructura compleja, con características diferentes de las descritas en ligamentos de otras localizaciones anatómicas.

### **Abordaje anterolateral y placa de soporte posteromedial en tratamiento de las fracturas bituberositarias de meseta tibial.**

B. Muela Pérez, F.J. Ricón Recarey, F. Lajara Marco, A. Boix Ballester, M.A. Palazón Banegas, A.J. Serrano Munuera, J.A. Lozano Requena.

*Hospital Vega Baja. Alicante.*

**Introducción.** Las fracturas bituberositarias de meseta tibial se producen tras traumatismos de alta energía, y asocian gran conminución e importante lesión de tejidos blandos, su manejo resulta complejo y ha evolucionado a lo largo de los años. Actualmente la osteosíntesis con placa anterolateral y posteromedial a través de dos incisiones es biomecánicamente superior a otras técnicas, asociando menos complicaciones cutáneas. El objetivo de este trabajo es evaluar los resultados y complicaciones del tratamiento quirúrgico de las fracturas bituberositarias tras la osteosíntesis con placa anterolateral y placa de soporte posteromedial. **Material y métodos.** Se revisaron retrospectivamente las fracturas articulares de tibia proximal tratadas en nuestro Servicio entre los años 2007 y 2012. Una vez excluidas las unituberositarias y bituberositarias tratadas mediante una sola placa, se estudiaron 6 fracturas bituberositarias de meseta tibial con fragmento posteromedial grande en los que fue necesaria la colocación de una placa de soporte posteromedial para lograr una reducción congruente y estable. De los 6 pacientes, 5 fueron hombres y la edad media fue de 49,2 años. Todas las fracturas fueron evaluadas preoperatoriamente mediante TAC y clasificadas según la clasificación de la OTA, siendo 3 de ellas del tipo 41-C3.1 y otras 3 del tipo 41-C3.3. Los resultados funcionales al final del seguimiento se valoraron mediante la escala WOMAC y el balance articular. En cuanto a los resultados radiológicos, se analizó la reducción postquirúrgica y a final de seguimiento. También se registraron las complicaciones y lesiones asociadas. **Resultados.** El tiempo medio de seguimiento fue de 28 meses (rango 12-52). La puntuación media en la escala WOMAC fue de 30 (rango 13-58). El balance articular medio conseguido fue de 123°, con extensión completa en todos los casos. Radiológicamente todos los casos habían consolidado al final del seguimiento, y no se evidenciaron calcificaciones, fallos de osteosíntesis ni signos de artrosis precoz. **Conclusiones.** Los osteosíntesis con estabilización del fragmento posteromedial es fundamental para el pronóstico y la estabilidad articular en este tipo de fracturas. Permite la fijación estable y la movili-

zación precoz de estas fracturas y asocia menor número de complicaciones.

### **Carpo Giboso. A propósito de un caso**

S. Orensa Montoliu, V. Hurtado Oliver, M.I. Moreno García.

*Hospital Francesc de Borja. Valencia.*

**Introducción.** El carpo giboso es una entidad poco frecuente, también conocida como hueso estiloideo, carpe bossu, carpal boss, carpal bossing. Se trata de una protuberancia ósea localizada en el dorso de la mano y que ocurre en la articulación carpo-metacarpiana del 2º y 3er metacarpianos hueso grande y trapecioide, habitualmente asintomática. La mayor parte de los casos son de origen congénito, siendo un tercio de los casos secundarios a otras patologías (periostitis postraumática, rotura del ligamento dorsal, pseudoartrosis de la base del tercer metacarpiano u osteofitosis degenerativa). **Caso Clínico.** Paciente varón de 23 años, profesor de gimnasia, remitido desde su Centro de Salud para valoración de una tumoración de consistencia indurada en el dorso de mano derecha. Presenta un dolor progresivo de 4 semanas de evolución y aumento de tamaño del mismo. A la exploración, se aprecia tumoración fija a nivel de articulación CMC, dolorosa a la palpación, en contacto directo con los tendones extensores del 2º dedo. Test de estrés positivo. En el estudio radiográfico se aprecia una tumoración ósea entre las bases de 2º y 3er MTC. En la RMN mano derecha, vemos una imagen de hueso supernumerario del dorso de la mano, situado entre el hueso grande y la base de los metacarpianos segundo y tercero. La imagen corresponde a un hueso estiloideo, que produce una pequeña protuberancia en el dorso de la mano de 13x7mm. El paciente es intervenido, procediéndose a periostotomía y regularización de la protuberancia, con desaparición de la deformidad y mejoría sintomática del enfermo.

**Conclusiones.** El carpo giboso se trata de una patología debida a un defecto de fusión de un centro de osificación secundario en la articulación CMC. Se trata de una entidad infrecuente, asintomática, que solo en aquellos casos en los que se vuelve sintomática es necesario el tratamiento quirúrgico.

### **Tratamiento en dos tiempos de osteomielitis crónica secuela de fractura de húmero con espaciador conformado y prótesis tumoral.**

J. Monfort Arroyo, J. Baeza Oliete, M. Angulo Sánchez, J. V. Amaya Valero, F. Baixauli García, T. Mut Oltra.

*Hospital Universitario Politécnico La Fe. Valencia.*

**Introducción.** Las complicaciones más comunes en las fracturas diafisarias de húmero son la rigidez, la necrosis avascular y la pseudoartrosis. La evolución a osteomielitis crónica es rara y se caracteriza por la existencia de fistulas con secreción crónica. El agente causal más frecuente es el *S. aureus* y la base del tratamiento lo constituyen los antibióticos y el desbridamiento quirúrgico. **Caso Clínico.** Mujer de 61 años con

antecedentes de diabetes mellitus, HTA, dislipemia, obesidad, insuficiencia respiratoria crónica y tromboflebitis que tras fractura de húmero proximal derecho tratada con osteosíntesis con placa desarrolla una osteomielitis crónica humeral por *Staphylococcus aureus* meticilin resistente (SAMR). Manejada durante años con antibioterapia y múltiples intervenciones, persiste infección, gran pérdida ósea humeral y parálisis radial en dicho miembro. Se opta por una actuación en dos tiempos: desbridamiento amplio y reconstrucción provisional con un espaciador conformado (espaciador de prótesis de cadera a nivel proximal unido a espaciador de cemento con vancomicina y gentamicina moldeado a mano a nivel de húmero distal); y tras antibioterapia prolongada, finalmente, reconstrucción humeral total definitiva con prótesis tumoral modular con codo articulado. Evolución favorable por el momento con movilidad satisfactoria acorde a las expectativas de la paciente y controles infecciosos negativos, siendo citada en un año debido a su buen estado clínico. **Conclusiones.** Al consultar las guías actuales, la opción quirúrgica aceptada para la paciente con un defecto óseo grande, sumado a una parálisis nerviosa en dicho miembro hubiese sido la amputación. Sin embargo, consideramos que el tratamiento quirúrgico en dos tiempos junto con antibioterapia específica y prolongada es un buen método para curación de la infección y conseguir salvar el miembro.

### **Diagnóstico diferencial de artritis séptica del tobillo.**

Abba Mohamed-Salem Brahim, A. Mesado Vives, L. Roncero Vilanova, J. Ortego Sanz.  
*Hospital General de Castellón.*

**Introducción.** En el diagnóstico diferencial de la artritis séptica incluyen varias enfermedades tanto inflamatorias como tumorales, más difícil aún si hay afectación osteocondral. El lipoma arborescente es una rara lesión proliferativa benigna que contiene grasa sinovial. Generalmente afecta la articulación de rodilla, es infrecuente en otras articulaciones. El lipoma Arborescente puede ser un proceso reactivo a otros trastornos, y su presentación clínica, analítica y radiológica puede hacer sospechar cualquier lesión tumoral o infecciosa articular. **Caso Clínico.** Varón de 54 años de edad que consulta por tumefacción y dolor progresivo en el tobillo derecho de 5 meses de evolución sin antecedentes de traumatismo. No refiere antecedentes personales. La exploración física: afebril, buen estado general. Tumefacción, eritema y dolor peri-articular más intenso en la cara anterior de la articulación. El balance articular limitado por la tumefacción. Reflejos ósteotendinosos y pulsos presentes y simétricos. Se realiza estudio analítico sanguíneo (hemograma, bioquímica y coagulación) con resultados normales. Estudio de imagen en radiografía convencional y resonancia informan de posible artritis con componente proliferativo sinovial de carácter reactivo y extensa osteítis. Se

realiza intervención quirúrgica diagnóstica y terapéutica donde se observa hiperplasia e hipervascularización, con extensa proliferación del tejido sinovial, que rodea tibia, peroné, sindesmosis y astrágalo. Se recogen varias muestras para Anatomía Patológica y Microbiología de varias localizaciones. Microbiología con resultados normales y anatomía patológica: lipoma con componente inflamatorio. El paciente al mes de la intervención se encuentra asintomático, con balance articular completo y sin dolor. La valoración subjetiva por parte del paciente ha sido de excelente. **Conclusiones.** El lipoma arborescente es una proliferación lipomatosa infrecuente de la sinovial articular, que se localiza más frecuentemente en la rodilla. Es excepcional la afectación de la articulación tobillo. Considerado como un proceso reactivo más frecuente en varones, secundario a traumatismo y sinovitis crónica se presenta con más frecuencia en pacientes con tuberculosis o artritis reumática. Todos los tumores lipomatosos presentan clínica similar, por lo que deben conocerse las características macro y microscópica de cada uno para establecer el diagnóstico diferencial. En la anatomía patológica se observa un reemplazamiento del tejido sinovial por tejido adiposo maduro y proliferativo. En la RMN aparece derrame articular con sinovial engrosada. En la bibliografía revisada se ha encontrado solo 3 casos de tumores de este tipo que afectan el tobillo. A pesar de su infrecuencia, debe ser un diagnóstico a tener en cuenta ante una artritis de tobillo.

### **Mortalidad y resultados funcionales durante el primer año de las fracturas intracapsulares de fémur tratadas mediante prótesis parcial.**

M. Fuertes Lanzuela, R. E. López Trabucco, A. Pérez Blasco, J. L. Rodrigo Pérez.  
*Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.*

**Introducción.** La fractura de cadera es una patología cada vez más común en nuestro medio, y está asociada a una alta tasa de morbimortalidad. El objetivo de este estudio es determinar la mortalidad y el resultado funcional de estos pacientes y su posible relación con distintas variables. **Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de 79 fracturas de cadera intervenidas a lo largo del año 2012 mediante prótesis parcial modelo Novation de Exactech. Se relacionó la mortalidad al año y el resultado funcional (Harris Hip Score) con la edad, el sexo, comorbilidad y demora quirúrgica de los pacientes. La mortalidad al año fue del 31.6%. Con un 78.5% de mujeres y un 21.5% de hombres, la edad media fue de 85.3 años. La demora quirúrgica media fue de 3.17 días, con un rango de 1 a 11 días. Harris Hip Score presentó una media de 70 (resultando "Tolerable" dentro de su escala de valoración). La edad avanzada, el sexo masculino y una mayor comorbilidad se asociaron a una mayor mortalidad. La demora quirúrgica no influyó en el pronóstico vital. De hecho, los pacientes intervenidos en las primeras

72 horas presentaron mayor mortalidad. No se apreció relación estadística significativa entre el resultado funcional y el resto de variables. **Conclusiones.** No se encuentra relación estadísticamente significativa entre el tiempo de demora quirúrgica y el índice de mortalidad. Existe un peor pronóstico vital en el paciente de edad avanzada, varón y mayor comorbilidad.

### **Factores determinantes en el colapso de las fracturas pertrocantéreas de fémur tratadas con clavos intramedulares.**

M. López Vega, R. López Trabucco, P. Gómez Barbero, J. L. Rodrigo Pérez.

*Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.*

**Introducción.** El uso de dispositivos con tornillos deslizantes en el tratamiento quirúrgico de las fracturas pertrocantéreas de fémur, como los tornillo-placa o los clavos intramedulares, permiten una compresión del foco de fractura cuando el paciente inicia el apoyo en carga. Sin embargo, un colapso excesivo de la fractura puede derivar en complicaciones como efectos “cut-out” o “cut-through” o prominencias excesivas del tornillo cefálico en la cortical externa del fémur.

**Material y métodos.** Presentamos nuestra casuística sobre 115 fracturas pertrocantéreas de fémur (31-A1 y 31-A2 de la AO) intervenidas mediante clavo Gamma 3 (Stryker), estudiando las variables que puedan influir en el grado de colapso de la fractura. A todos los pacientes se les permite carga precoz. **Resultados.** El colapso medio en el foco de fractura fue de 4,53 mm. Las fracturas más complejas (31-A2 de la AO) tuvieron un colapso superior a las fracturas con integridad de la cortical posteromedial (31-A1 de la AO), así como aquellas intervenidas mediante clavos bloqueados distalmente con respecto a los no bloqueados, encontrando en ambos diferencias estadísticamente significativas. No se encontró asociación estadística con el grado de osteoporosis según el índice de Singh, ni con la presencia de antecedentes de fractura ni con la localización del tornillo cefálico en los cuadrantes de Cleveland y su profundidad en el hueso subcondral. **Conclusiones.** Los factores determinantes en el colapso de las fracturas pertrocantéreas de fémur tratadas mediante clavo intramedular son la complejidad de la fractura y el uso o no del bloqueo distal. Según la bibliografía, se ha establecido que el colapso superior a 20-27 mm en el foco de fractura puede derivar en complicaciones mecánicas asociadas a la osteosíntesis.

### **¿Son todos los tumores de partes blandas lipomas? A propósito de un caso.**

P. Gómez Barbero, J. M. Pelayo De Tomas, R. Salanova Paris, R. López Trabucco.

*Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.*

**Introducción.** El lipoma es el tumor de tejido conjuntivo más frecuente que existe, pero su frecuencia no debe hacernos caer en el error de supradiagnosticarlo. Nuestro objetivo es subrayar la importancia de realizar una

correcta historia clínica, exploración física y pruebas complementarias, para planificar su tratamiento. **Caso Clínico.** Varón de 71 años remitido desde MAP por tumoración pretibial izquierda de 2 años de evolución, no dolorosa, de consistencia blanda, móvil, bordes lisos y delimitados. Se diagnostica de lipoma decidiéndose intervenir por especialista en Cirugía General. Macroscópicamente se aprecia una lesión compatible con tejido muscular. Conjuntamente con Servicio Traumatología se decide realizar estudio preoperatorio completo. Solicitamos AS y ecografía, informando de lesión sólida de aspecto muscular. Dados los resultados, pedimos marcadores tumorales y RMN diagnosticando tumoración de 8cm x 5cm hipervascularizada en compartimento anteroexterno de pierna izquierda, infiltra musculatura adyacente y contacta con membrana interósea y paquete vasculonervioso tibial. Presenta zona central necrótica y en periferia múltiples aferencias arteriales con fistulas arteriovenosas intratumorales. La angio-RM confirma el diagnóstico de tumor hipervascular agresivo, y el estudio de Extensión con Tc-99 no localiza otros focos de hipercaptación. Ante estos hallazgos realizamos biopsia escisional de la lesión. El estudio anatomopatológico confirma diagnóstico de leiomiomasarcoma. **Discusión.** El leiomiomasarcoma es un tumor agresivo a nivel local que metastatiza precozmente, dependiendo el tratamiento del grado histológico y su localización anatómica. Según la clasificación AJCC corresponde a un tumor IIIB y requerirá una amputación radical. Contactamos con Oncología para valorar RT preoperatoria y posteriormente planificar cirugía de amputación supracondílea. El paciente rechaza la cirugía, quedando en seguimiento en CCEE. **Conclusiones.** Cualquier lesión tumoral precisa un abordaje multidisciplinar, realizando las pruebas complementarias necesarias para un correcto diagnóstico diferencial. Planificaremos siempre cualquier intervención quirúrgica.

### **Rotura cutánea amplia en la aponeurotomía enzimática de la enfermedad de Dupuytren. A propósito de 3 casos sobre 35 infiltraciones.**

J. M. Durán Peñaloza, A. Jover Carrillo, E. Rebate Nebot, N. Cardona Vives.

*Hospital General Universitario de Elche.*

**Introducción.** La rotura cutánea tras la infiltración de la enzima colagenasa del Clostridium Histolyticum en el tratamiento de la enfermedad de Dupuytren es una complicación relativamente poco frecuente, entre un 9 y 13% según autores, pero muy llamativa y desagradable para el paciente y el facultativo. El objetivo de esta presentación es mostrar nuestra experiencia con una evolución favorable en todos nuestros casos, tratados mediante cura y apósitos. **Material y métodos.** Desde Noviembre 2012 a Diciembre 2013 se han tratado 35 pacientes con infiltración de Xiapex en diferentes dedos y grados de contractura. Todos los casos han sido

documentados gráficamente de principio a fin en su evolución. En 3 casos con un grado IV de Tubiana en el 5º dedo hubo una rotura amplia con separación de bordes cutáneos de > 1 cm y exposición de partes blandas profundas en el momento de extensión del dedo (8,5 % de casos). Todos los casos se trataron con la misma pauta. Desinfección con betadine y limpieza + mallas de mepitel en la primera cura. A partir 3º día cobertura de la herida con apósito inhibidor de metaloproteasa (lío-filizado estéril de celulosa oxidada y regenerada con colágeno (Promogran) más malla de Mepitel. Cambios de la cura cada 3-4 días hasta cicatrización completa. **Resultados.** En todos los casos se consiguió una resolución favorable con cierre y cicatrización por segunda intención en un tiempo de 3-4 semanas, sin necesidad de aporte de injerto. Estado cutáneo excelente y mejora de la movilidad MF con extensión completa. Mejoría parcial de la articulación IFP. Ausencia de infección. Conservación neurovascular distal. Todos los pacientes se mostraron satisfechos con su resultado final. **Conclusiones.** La rotura cutánea amplia es una complicación en el tratamiento de la enfermedad de Dupuytren mediante infiltración con la enzima colagenasa CH, sobre todos en los casos más graves donde la piel se encuentra muy adherida a los cordones fibrosos. A diferencia de la cirugía abierta donde se utilizan injertos cutáneos para cubrir grandes defectos en los pliegues de flexión, en estos casos no ha sido necesario, consiguiéndose una cicatrización rápida sin complicaciones con el método presentado.

#### **Tratamiento pseudoartrosis de tibia con sistema TSF: nuestros resultados.**

M. Agudo Quílez, J. Alonso Hernández, A.D. Jover Mendiola.

*Hospital Universitario San Juan de Alicante.*

**Introducción.** La pseudoartrosis supone un desafío para el traumatólogo y causa de morbilidad en población pediátrica. El dispositivo Taylor Spatial Frame (TSF) se consolida como alternativa en su tratamiento, presentando la ventaja de poder corregir deformidades y discrepancias de longitud asociadas. El objetivo de este estudio es conocer el resultado clínico de los casos de pseudoartrosis de tibia tratados en el Hospital Niño Jesús de Madrid mediante TSF. **Material y métodos.** Población obtenida a través del CMBD del hospital Niño Jesús desde 1996 hasta la actualidad. Se revisó la historia clínica y pruebas de imagen. Los datos de corrección extraídos de la planificación específica del TSF. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS statistics®. **Resultados.** Estudio descriptivo de 7 casos en 6 pacientes con pseudoartrosis de tibia tratados mediante el sistema TSF en el hospital Niño Jesús de Madrid. Edad media 4.85 años al diagnóstico. 5 congénitas y 2 adquiridas. La localización intraósea más frecuente diafisaria tercio distal. Se alcanzó la consolidación en todos los casos con un tiempo medio de 81 días. La DDL mejoro en todos los casos mejorando

2.4 cm de media. El método de tratamiento más empleado fue la compresión asociada a distracción a distancia del foco. Se utilizó BMP en 3 casos. Se registraron 5 complicaciones relacionadas con una infección superficial de pines (3), eccema (1) y una fractura tras la extracción del material. Los pacientes se encuentran muy satisfechos con el tratamiento reflejando un EVA de 2 en la actualidad. **Conclusiones.** La pseudoartrosis de tibia supone un reto ortopédico exigiendo una buena planificación preoperatoria, ejecución y control de las posibles complicaciones. La BMP y otros osteoconductores pueden tener uso complementario. El TSF supone un tratamiento exitoso confirmando gran estabilidad en pseudoartrosis de tibia con consolidación definitiva y buenos resultados clínico-funcionales a corto y medio plazo.

#### **Quiste óseo aneurismático expansivo y recidivante en 4º metacarpiano de una niña. Tratamiento definitivo mediante resección en bloque e injerto estructurado de peroné.**

N. Cardona Vives, A. Jover Carrillo, R. Andreu Viladrich, E. Rebate Nebot, A. Sánchez Fernández, J.m. Durán Peñaloza, P. Fuentes Escobar.

*Hospital General Universitario de Elche.*

**Introducción.** El quiste óseo aneurismático es un tumor raro y benigno, pero agresivo localmente. Se origina en la metáfisis de huesos largos en la primera y segunda década de la vida. Menos del 5% están localizados en la mano. La tasa de recurrencia es variable (10-30%). La edad temprana y las fisas abiertas están asociadas con un mayor riesgo de recidiva local. **Caso Clínico.** Presentamos el caso de una niña de 10 años que acude a urgencias por dolor y tumefacción en mano izquierda de 24h de evolución sin antecedente traumático. En la Rx. simple se observa una lesión lítica diafisaria que insufla la cortical 20x16 mm en el 4º metacarpiano. Ingresa en nuestro servicio para estudio y tratamiento quirúrgico. En la RMN aparece lesión altamente sugestiva de quiste óseo aneurismático. Es intervenida en mayo de 2012 realizándole un legrado de la lesión, relleno con injerto óseo autólogo procedente de cóndilo femoral. En noviembre de 2012 apreciamos una recidiva de la imagen radiológica con aumento del tamaño de quiste 33x20 mm. La paciente presenta dolor nocturno. Tras consulta bibliografía y distintos especialistas en el tema se decide infiltrar con Polidocanol ya que no impide futuras actuaciones quirúrgicas. Tras dos infiltraciones con polidocanol en un periodo de 4 meses la lesión continúa expandiéndose (38x24mm). En julio de 2013 es intervenida nuevamente. Se realiza escisión-resección en bloque del tumor metacarpiano, manteniendo la cabeza y fisas distal y la epífisis proximal libres de lesión tumoral. Injerto de segmento parcial de peroné (borde posterolateral -1/3 sección de 4,5 cm) encastrado a segmentos óseos remanentes. Fijación del injerto con aguja de Kirschner. La evolución de las heridas quirúrgicas es

satisfactoria. Desaparece la clínica de dolor y tumefacción. En los posteriores controles radiológicos se observa integración y consolidación completa de los extremos del injerto (Dic-2013). Actualmente se muestra asintomática y consigue movilidad y sensibilidad completa del 4º dedo. **Conclusiones.** Los quistes óseos aneurismáticos ubicados en el esqueleto de la mano son raros y requieren una atención especial desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico. Es conveniente realizar una RMN y biopsia en todos los casos. Se suelen obtener buenos resultados con el curetaje más relleno de injerto. Un tratamiento agresivo como la resección completa y reconstrucción debe ser reservado y tenido en cuenta para casos de lesión lítica muy extensa o en caso de recurrencia tras curetaje e injerto de esponjosa.

### **Inestabilidad medial rotuliana por malalineamiento rotacional.**

Fa. Miralles-Muñoz, C. Manrique-Lipa, I. Collados-Maestre, D. Martínez-Méndez

*Hospital General de Elda. Alicante*

**Introducción.** La inestabilidad rotuliana suele deberse a alteraciones óseas, como displasia troclear o una lateralización excesiva de la tuberosidad tibial anterior, o bien por alteraciones de las partes blandas, como lesiones del ligamento patelofemoral o hipotrofias del vasto medial. En algunas ocasiones, la torsión femoral y/o tibial puede jugar un papel importante en la fisiopatología patelar. Las inestabilidades patelares mediales son menos frecuentes que las laterales y suele ser secuelas de la liberación lateral del retináculo en cirugías previas. Pero en otras ocasiones, el malalineamiento rotacional del miembro inferior, es la causa. La torsión femoral interna puede jugar un papel fundamental en la inestabilidad patelar medial. James en 1978 describió el “Síndrome de malalineamiento miserable” que combina anteversión femoral, rótulas bizcas, tibia vara y pronación compensatoria del pie. Presentamos un caso con estas características y revisamos la bibliografía. **Caso Clínico.** Mujer de 33 años que presenta dolor anterior e inestabilidad medial crónica de su rótula derecha. Se realiza estudio radiológico, mediante Rx simples, RM y TC, que evidencian la torsión femoral interna con pinzamiento de la faceta lateral patelar, así como torsión tibial externa. Se planifica la cirugía correctora mediante osteotomía derrotadora femoral distal, con el fin de horizontalizar la articulación femoropatelar. Se explica la osteotomía realizada y su planificación previa. Durante el postoperatorio, se mantiene la descarga durante 4 semanas. A los 6 meses de evolución, la sintomatología ha mejorado. No presenta luxaciones de rótula y el dolor se ha reducido notablemente, permitiendo vida normal. Los controles de TC muestran la corrección articular de la rótula, tras osteotomía derrotadora. **Conclusiones.** Pensamos que es básico identificar la alteración que genera la inestabilidad. Las luxaciones mediales no son frecuentes. La osteotomía derrotadora femoral consigue corregir el

malalineamiento rotacional, no siendo preciso en este caso actuar sobre la tibia, solventando la inestabilidad y el dolor patelar.

### **Uso de componente premoldeado de cemento en la reconstrucción de un defecto óseo tras aflojamiento séptico de una hemiartroplastia de hombro.**

C. Novoa Parra, R. López Trabucco, M. López Vega, D. Montaner Alonso.

*Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.*

**Introducción.** La incidencia de infección tras una artroplastia de hombro varía según las series entre el 0 y el 3.9%. El tratamiento es controvertido y se basa en la experiencia sobre infecciones en cirugía ortopédica de rodilla y cadera. **Caso Clínico.** Paciente mujer de 72 años, intervenida mediante hemiartroplastia de hombro izquierdo por fractura multifragmentaria de húmero proximal, diagnosticada a los 18 meses de aflojamiento séptico con pérdida de stock óseo metafiso-diafisario secundario a osteolisis. En un primer tiempo se realiza el desbridamiento y extracción de la artroplastia que se sustituye por un espaciador articular de cemento con antibiótico. El defecto cortical es sustituido por un componente premoldeado de cemento con gentamicina, capaz de estabilizar el espaciador y de permitir el relleno del canal medular con chips de hidroxiapatita con vancomicina. A los 6 meses de la intervención, después de 8 semanas de tratamiento antibiótico oral y con la normalización de la PCR y VSG, se realiza el segundo tiempo quirúrgico mediante la implantación de una artroplastia invertida de hombro, cubriendo el defecto óseo con un aloinjerto metafiso-diafisario de húmero proximal. A los 3 meses, la PCR y VSG se han normalizado, hay una integración radiológica del aloinjerto, la paciente presenta una abducción de 50°, una rotación interna hasta L5 y externa de 25°, con una puntuación en el Quick Dash y en el Constant de 70 y 35 puntos respectivamente. **Conclusiones.** Una complicación poco frecuente pero temida de las artroplastias de hombro es la infección, cuya tasa de curación más alta se consigue con el recambio en dos tiempos, usando espaciadores articulares con antibiótico durante un mínimo de tres meses. En casos de pérdida de stock óseo, el uso de componentes moldeados de cemento con antibiótico primero y la sustitución por aloinjerto estructural en el segundo tiempo aportan gran estabilidad.

### **Reconstrucción de aparato extensor con aloinjerto de Aquiles**

F.A. Miralles-Muñoz, S. González-Parreño, C. Manrique-Lipa, D. Martínez-Méndez

*Hospital General de Elda. Alicante.*

**Introducción.** La rotura crónica de tendón rotuliano es una lesión grave de rodilla que exige reconstrucción quirúrgica, con peores resultados clínicos que la reparación aguda, pero con un resultado funcional aceptable, reconstruyendo la función extensora de la rodilla.

Hay varias opciones de tratamiento (autoinjertos con isquiotibiales, aloinjerto de tendón rotuliano, injerto sintético) siendo el aloinjerto con tendón de Aquiles, el tratamiento de elección, por su versatilidad y fijación en tibia proximal. El mayor reto en este tipo de lesión es reconstruir la longitud tendinosa, con el fin de prevenir la mala alineación patelar secundaria. Una patela alta genera insuficiencia del cuádriceps, mientras una patela baja limitará la flexión. **Caso Clínico.** Presentamos el caso de un varón de 56 años con rotura crónica de tendón rotuliano, tratado inicialmente en otro Centro Hospitalario, donde pasó desapercibida la lesión aguda postraumática. Se explica la técnica quirúrgica realizada mediante el aloinjerto de tendón de Aquiles, así como la planificación para la longitud exacta del tendón rotuliano. La plastia se fija a tibia con tornillos, y se tuneliza en la rótula, con cerclaje alámbrico de descarga temporal. En el postoperatorio, se mantiene en descarga 4 semanas, retirando el cerclaje a las 8 semanas. A los 6 meses, deambula sin dolor ni ayudas externas. La extensión es completa y la flexión de 130°, con fuerza muscular de 5/5. El paciente se encuentra muy satisfecho con el resultado clínico final. **Conclusiones.** Es una lesión muy grave de rodilla. La reconstrucción con aloinjerto de Aquiles permite restaurar el aparato extensor. Es vital una correcta planificación para mantener la longitud del tendón rotuliano. Un postoperatorio correcto permite una recuperación funcional bastante aceptable.

### Osteocondroma del atlas

FA. Miralles-Muñoz\*, S. González-Parreño\*, I. Collados-Maestre\*, B. Porcar-Vilar\*\*.

\*Hospital General de Elda. Alicante. \*\*Hospital Universitario La Fe de Valencia.

**Introducción.** El osteocondroma representa el 30-40 % de los tumores óseos, siendo el más frecuente entre los benignos, siendo excepcional en columna vertebral. Presentamos un caso de osteocondroma del atlas produciendo un cuadro de cervicalgia crónica sin focalidad neurológica, que precisó intervención quirúrgica. Además, se revisa la literatura sobre esta localización excepcional en este tipo de tumor óseo. **Caso Clínico.** Mujer de 38 años que consulta por cervicalgia de 3 meses de evolución, sin antecedente traumático. A la exploración física se percibe a nivel de columna cervical alta, tumoración paravertebral izquierda con mínima prominencia subcutánea, de consistencia dura, adherida a planos profundos, y dolorosa a la presión. En la radiología simple se observa lesión osteoblástica solitaria y excrecente sobre los elementos posteriores del atlas, bien delimitada. No presenta rotura de corticales ni reacción perióstica. La tomografía computerizada informa de formación ósea abigarrada de 29 x 24 mm en relación con la cortical de la lámina izquierda del atlas, extendiéndose hacia el espacio paravertebral izquierdo con discreta protusión hacia el espacio epidural. La resonancia magnética confirma la integridad

ósea del arco neural y su contenido. Se realiza, mediante abordaje posterior por línea media, resección tumoral. La anatomía patológica informa de tejido óseo y cartilaginoso con osificación endocondral compatible con osteocondroma. La paciente, a los 6 meses de evolución, se muestra asintomática. **Conclusiones.** El osteocondroma de atlas representa una localización poco frecuente y la cirugía está indicada en los casos sintomáticos, con una recuperación clínica favorable y un índice de recidiva muy bajo.

### Epifisiolisis abierta de radio y cúbito distal con atrapamiento de partes blandas en articulación radiocubital distal.

B. Muela Pérez, F. Lajara Marco, Ma. Palazón Banegas, A. Boix Ballester, EM. Veracruz Gálvez, AJ. Serrano Munuera, JA. Lozano Requena.

Hospital Vega Baja. Alicante.

**Introducción.** Las fracturas de radio y cúbito distal en la edad pediátrica son muy frecuentes. Sin embargo, es poco frecuente su asociación con lesiones tendinosas y neurovasculares. Presentamos un caso de epifisiolisis abierta de radio y cúbito distal, con atrapamiento de estructuras neurovasculares y tendinosas a nivel radiocubital distal. **Caso Clínico.** Paciente de 13 años que fue valorado en Urgencias por herida con exposición ósea en muñeca derecha tras caída jugando al fútbol. A la exploración se observó herida de 5 cm en cara volar de muñeca, exposición completa de metáfisis de radio y cúbito y acortamiento de más de 2 cm. Presentaba también limitación funcional de muñeca y dedos, dolor intenso, parestesias en territorio de nervio mediano y buen relleno capilar distal. Tras estudio radiográfico se diagnosticó de epifisiolisis grado I de Salter y Harris, abierta grado III-A de Gustilo y se realizó revisión de la herida y tratamiento quirúrgico urgente de la fractura. En quirófano se observó a nivel radiocubital distal: atrapamiento de nervio mediano y musculatura flexora (palmar menor y mayor, y flexores de pulgar e índice) y lesión de la arteria radial a ese nivel. Se liberaron las estructuras tendinosas y nerviosas, se realizó la reducción y fijación de la epifisiolisis con 3 agujas kirschner y se procedió a la reparación de la arteria radial. Se inmovilizó con una férula braquio-antebraquial. Las parestesias desaparecieron a las 2 semanas y se retiró la osteosíntesis e inmovilización a las 6 semanas. Tras 2 años de evolución, el rango de movilidad del paciente es casi completo, con leve limitación a la pronación. **Conclusiones.** El atrapamiento de estructuras musculares y neurovasculares a nivel radio-cubital distal en las fracturas de muñeca, constituye un hallazgo muy poco frecuente. Es importante sospechar la presencia de partes blandas interpuestas en casos de fracturas con gran desplazamiento, y en las que la reducción inicial sea insatisfactoria o resulte dificultosa, ya que se trata de lesiones muy graves que de no ser diagnosticadas a tiempo pueden ocasionar un importante déficit funcional de la extremidad.

### **Orientación de los componentes como potencial causa en la luxación de la artroplastia total de cadera.**

J. Peralta Nieto, J. M. Pelayo De Tomás, H. Valero Fabado.

*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología Hospital Dr. Peset Alexandre. Valencia*

**Introducción.** La luxación es la segunda complicación más frecuente en la prótesis total de cadera, siendo frustrante tanto para el paciente como para el cirujano. Son muchos los factores que influyen en la luxación protésica. Nuestro objetivo es analizar algunos de ellos, centrándonos principalmente en la orientación de los componentes protésicos como potencial causa de inestabilidad. La generalización de la TC para valorar la orientación de los componentes, permite realizar mediciones más fiables que las obtenidas con radiología convencional. **Material y métodos.** Entre 2006 y 2013, se realizaron 887 PTC en nuestro hospital y se atendieron 61 luxaciones (10 intervenidas en otros hospitales). Hemos analizado aquellas luxaciones primarias que tenían una TC como parte del estudio para medir la orientación de los componentes protésicos, valorando de forma secundaria otros factores (la vía de abordaje, el tamaño de los componentes o la experiencia del cirujano, entre otros). **Resultados.** En nuestro servicio observamos una tasa de luxaciones del 5,74%. Tras la medición de la orientación de los componentes por TC obtuvimos que de las 26 luxaciones primarias; 14 (53,84%) tenían una inclinación acetabular inadecuada, 15 (57,69%) una anteversión acetabular incorrecta y 19 (73,07%) una anteversión femoral fuera del rango considerado normal en la literatura. Se necesitó cirugía de revisión en 7 de ellas, bien por luxaciones recidivantes o bien por alta inestabilidad en el postoperatorio inmediato. **Conclusiones.** En la mayoría de las luxaciones atendidas, la medición de los componentes se encontraba fuera del rango descrito en la literatura como seguro, poniendo de manifiesto la importancia de la buena orientación del material. Sin embargo (y matizando que hay otros factores a tener en cuenta) nosotros consideramos que la posición óptima de los componentes es importante pero no determinante, ya que varía en función de la vía de abordaje y la experiencia del cirujano.

### **Caso clínico de tratamiento de hallux varus secundario a técnica de Brandes-Keller.**

J. Pérez Roman, E. Martínez Jiménez.

*Hospital General Universitario de Alicante.*

**Introducción.** El hallux varus es una deformidad de la articulación del primer dedo del pie que provoca su desviación medial con respecto al primer metatarsiano. La principal causa es la iatrogénica. Se revisa el resultado clínico, radiológico y complicaciones en un caso clínico que presenta dicha deformidad. **Caso Clínico.** Se revisa caso de mujer de 60 años sin antecedentes de interés que acude por primera vez a consulta el

año 2008 tras tratamiento quirúrgico de hallux valgus mediante técnica de Brandes-Keller. Se valoró el tipo y la severidad de la deformidad, la técnica quirúrgica empleada (artrodesis metatarsofalángica), los controles radiológicos postoperatorios y tras evolución y las complicaciones derivadas. Tanto el resultado clínico como los resultados radiológicos postoperatorios y evolutivos obtenidos fueron satisfactorios. **Conclusiones.** La cirugía es la principal opción en el tratamiento de este tipo de deformidad. Existen varias técnicas descritas, pero la artrodesis directa en este caso dio buenos resultados clínicos y radiológicos.

### **Fractura supracondílea de fémur en paciente con artrodesis de rodilla.**

S. Ausina Gómez, V. Climent Peris, M. D. Sanz Amaro, J. Tecles Tomás.

*Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva.*

**Introducción.** Presentamos el caso clínico de una fractura de fémur en una paciente con artrodesis de rodilla intervenida hace más de 10 años, así como el tratamiento realizado y el resultado obtenido. **Caso Clínico.** Se trata de una mujer de 68 años de edad que tras sufrir un traumatismo mínimo, a consecuencia de una caída casual, presenta dolor, impotencia funcional y deformidad en miembro inferior derecho. En informes clínicos previos, se indica intervención en el año 1998 por gonartrosis, realizando cirugía protésica. Derivada de esta intervención presentó infección precisando a los 5 meses recambio de prótesis de rodilla en 2 tiempos. Posteriormente requirió una nueva intervención por infección, que supuso la retirada de la prótesis de rodilla de revisión y la artrodesis de rodilla con el sistema de fijador externo y osteosíntesis con tornillos. En estudios radiográficos previos del año 2009, se visualiza la artrodesis de rodilla con actitud en flexión y acortamiento del miembro inferior. Tras presentar la caída casual fue ingresada con el diagnóstico de fractura de fémur a nivel de la artrodesis de rodilla. Se realizó tratamiento quirúrgico con reducción abierta con corrección de la deformidad a través del foco de la fractura y estabilización con clavo endomedular de Link cementado. Se autorizó la carga parcial con muletas a las 48 horas de la intervención quirúrgica. Analizamos el resultado a los 4 meses de evolución con consolidación de la fractura y deambulación sin ayuda. En el estudio radiográfico se observa la corrección de la deformidad previa, así como de la disimetría. **Conclusiones.** Existe poca casuística publicada de fracturas a nivel de la artrodesis de rodilla. La utilización de los clavos endomedulares, como se utilizan en la artrodesis primaria de rodilla, evidencian mejores resultados comparando con otros sistemas de fijación, como los fijadores externos. El número de complicaciones es también menor. El sistema de fijación con el clavo endomedular de Link cementado ha posibilitado la carga parcial desde el principio, favoreciendo la consolidación de la fractura.

### **Alteraciones reversibles morfológicas de columna cervical, en tortícolis congénita. Evolución postquirúrgica de un caso clínico a 5 años de seguimiento.**

F. Paulos Dos Santos, P. Gutiérrez Carbonell, B. Arribas Sanz, J. Sáez Picó.

*Hospital Virgen de los Lirios, Alcoi. Alicante.*

**Introducción.** La tortícolis es un signo y síntoma, no un diagnóstico. La mayoría de casos se deben a contractura-acortamiento del músculo Esternocleidomastoideo (ECM), pero se precisa un amplio diagnóstico diferencial. Son posibles etiologías: anomalía cóndilos occipitales, síndrome de Klippel-Feil o malformación de Arnold-Chiari, reflujo gastroesofágico (síndrome de Sandifer), subluxación rotatoria del atlas, infección orofaríngea (síndrome de Grisel) y tumores de fosa posterior como astrocitomas o gliomas (10%). Se aconseja evaluación radiográfica estándar, TAC y RM, en los casos de tortícolis en edad adolescente. **Caso Clínico.** Varón de 12 años de edad que consulta por tortícolis y deformidad facial izquierda. Tras evaluación clínica que descarta la mayoría de patologías se solicitan: radiografías, TAC con reconstrucción 3-D y RM de columna cervical y cráneo. En TAC, solo se halla una evidente deformidad del arco anterior del atlas, consistente en importante hipoplasia de su mitad derecha. La RM señala deformidad de la apófisis odontoides. Se realiza el 12/3/2009 tenotomía unipolar distal del ECM izquierdo seguida de ortesis y Rehabilitación. En su evolución a 5 años, se observa evolución satisfactoria de la clínica y una reversibilidad de las deformidades de columna cervical (C1 y C2). **Comentarios.** Se describe un caso clínico con seguimiento de 5 años, en el que son reversibles las deformidades óseas de atlas y axis. En la bibliografía, las deformidades vertebrales cervicales de los casos de adolescentes con tortícolis se normalizan en el plazo de 1-2 años o según autores son irreversibles. En nuestro paciente si ha sucedido así. **Conclusiones.** La deformidad del arco anterior del atlas y de la apófisis odontoides si ha sido reversible, tras el tratamiento quirúrgico, de un paciente adolescente con tortícolis idiopática.

### **Cifosis cervical postquirúrgica. A propósito de un caso.**

J. Part Soriano, A. Ferrando De Jorge, J. M. Gómez Alessandri, E. Pastor Fernandez.

*Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.*

**Introducción.** La inestabilidad cervical postquirúrgica es un reconocido problema con consecuencias clínicas potencialmente graves al que se enfrentan los cirujanos de columna. En la población infantil se estima que el riesgo de cifosis iatrogénica oscila entre el 14% y el 100% según series, mientras que en la población adulta el rango se reduce a un 11%-61%. Ello es debido a las características mecánicas y biológicas de la columna pediátrica, la que es asociada a una mayor viscoelasticidad de las estructuras ligamentosas, la horizontali-

zación de las facetas articulares, la falta de desarrollo de la musculatura paraespinal y la incompleta osificación de los cuerpos vertebrales. Esta deformidad lleva a peores resultados funcionales y a un incremento de la revisión quirúrgica. **Caso Clínico.** Presentamos un caso de un niño de 13 años diagnosticado de von Hippel-Lindau. Intervenido de hemangioblastomas infratentoriales mediante craneotomía occipital y resección de espinosas y ligamento interespinoso que desarrolla a los seis meses una marcada cifosis angular cervical con subluxación C2-C3 y C3-C4 y luxación atloaxoidea, con compresión medular (sin signos de mielitis ni clínica neurológica); que condicionaba una clínica de inestabilidad cervical, predominantemente en el plano sagital. Se realizó revisión quirúrgica en dos tiempos. Primeramente un abordaje anterior con colocación de dos cajas intersomáticas con injerto autólogo para recuperar la altura de los cuerpos vertebrales y corregir la deformidad; y en un segundo tiempo se realizó un abordaje posterior con artrodesis C1-C4 para aportar estabilidad y potenciar corrección de la cifosis. El paciente presenta una corrección de la cifosis, sin progresión de la misma en controles posteriores ni aparición de nueva sintomatología. **Conclusiones.** La inestabilidad cervical iatrogénica infantil es un suceso prevalente. Hay que saber reconocer los mecanismos subyacentes y los factores de riesgo para evitar su aparición, así como conocer las opciones quirúrgicas más adecuadas para su tratamiento.

### **Tratamiento de las fracturas complejas de húmero proximal con extensión diafisaria mediante placa bloqueada.**

A. Sánchez Fernández, E. Saura Sánchez, N. Cardona Vives, P. Fuentes Escobar.

*Hospital General Universitario de Elche.*

**Introducción.** Las fracturas de húmero proximal con extensión metafisodiafisaria constituyen un reto terapéutico debido a su complejidad y a la dificultad de encontrar una osteosíntesis que permita resolver los dos segmentos afectados de forma satisfactoria. La afectación articular de la cabeza humeral limita la posibilidad del uso de un clavo endomedular anterógrado, mientras que la placa se aleja de la opción ideal en las conminuciones diafisarias. La placa Philos larga permite resolver eficazmente este tipo de fracturas pudiendo, además, ser utilizada con técnica a través de abordaje deltopectoral estándar o de manera percutánea. **Material y métodos.** Se revisaron retrospectivamente los pacientes diagnosticados de fractura de humero proximal y fractura diafisaria concomitante. Se seleccionaron aquellos en los que se utilizó una placa bloqueada (Philos). Se incluyen casos tanto de cirugía abierta como técnica percutánea. Se analizaron las radiografías en busca de posibles complicaciones y se revisó clínicamente mediante el cuestionario SF-36, test de Constant y el cuestionario DASH. **Resultados.** Radiológicamente en esta muestra se consiguieron resultados excelentes ha-

biéndose conseguido mayoritariamente una reducción anatómica y la consolidación. Sin embargo, funcionalmente se aprecia como los pacientes han disminuido levemente tanto su arco de movilidad como su fuerza en el hombro lesionado, catalogando el déficit como leve y expresan gran satisfacción con el tratamiento recibido. **Conclusiones.** La placa Philos larga es un dispositivo perfecto para abordar fracturas de húmero proximal con extensión metafodiasaria, permite tanto técnicas percutáneas como abiertas y podemos llegar a conseguir excelentes resultados. A pesar de conseguir una correcta reducción y una osteosíntesis estable, los pacientes tienden a perder tanto funcionalidad y fuerza del brazo y hombro afectos.

### Quiste óseo aneurismático a nivel de radio distal.

L. Castillo Ruiperez, J. Diranzo García, G. Giubi Marrelli, V. Zarzuela Sánchez, A. Bru Pomer. *Hospital General Universitario de Valencia.*

**Introducción.** Los quistes óseos aneurismáticos son tumores poco frecuentes del esqueleto, con mayor prevalencia en la primera y segunda década de la vida, más frecuentemente en la rodilla. Otras localizaciones son tibia, peroné, humero, cráneo y elementos posteriores del raquis. Su patogenia, hoy en día es controvertida. Parece tener una causa multifactorial, donde intervienen factores vasculares, traumáticos o genéticos. Los principales síntomas de este tumor son dolor, inflamación de la extremidad y crecimiento expansivo de la masa. A la exploración radiológica, se verá como una lesión dilatada radiolúcida a nivel de la metafisis, que en RMN mostrará niveles hidroaéreos. Al final, la anatomía patológica será la que nos de el diagnóstico, muy importante sobretudo para la diferenciación con el osteosarcoma telangiectásico con el cual comparte edad de aparición, localización y radiología. **Caso Clínico.** Presentamos un caso de un niño de 9 años que acude a urgencias por dolor en radio distal derecho tras caída, objetivándose una fractura de radio distal sobre una imagen compatible con un quiste óseo. Esta fractura se inmoviliza y es controlada en consultas externas con curación de la misma. Dos meses más tarde el paciente refiere otro antecedente traumático tras el cual recidivó la lesión. Se realiza estudio anatomopatológico de la lesión, mediante biopsia incisional, dando el resultado de quiste óseo aneurismático, y realizándosele tratamiento mediante curetaje, fresado de alta velocidad y relleno con autoinjerto de cresta ilíaca junto con aloinjerto de cadáver. Posteriormente se fija con dos tornillos canulados. **Conclusiones.** Los quistes óseos aneurismáticos son lesiones benignas y raramente malignizan, pero aun así, su tratamiento es quirúrgico, con el objetivo de su extirpación completa para prevenir su recurrencia. Actualmente, el curetaje junto con terapia adyuvante y posterior relleno con injerto óseo es la técnica más aceptada para el manejo de esta patología.

### Osteogénesis imperfecta en niño con arrancamiento de tuberosidad tibial anterior bilateral.

J. Diranzo García, L. Castillo Ruiperez, B. Novoa Sierra, L. Hernández Herrando, A. Bru Pomer. *Hospital General Universitario de Valencia.*

**Introducción.** La osteogénesis imperfecta es una enfermedad hereditaria asociada a un defecto en el colágeno de tipo I, que se manifiesta con huesos extremadamente frágiles, escleras azules, pérdida de audición y escoliosis. Su diagnóstico puede ser prenatal, a través de estudios bioquímicos genéticos (buscan los genes COL1A1 y COL1A2, los cuales se encargan de la síntesis y estructura del colágeno); o basado en criterios clínicos y radiológicos una vez ha nacido el individuo. También son posibles en estos pacientes los estudios genéticos anteriormente citados. **Caso Clínico.** Mostramos el caso de un niño de 14 años, que desde los 3 años ha presentado múltiples fracturas tras traumatismos banales, destacándose entre ellas el arrancamiento bilateral de la tuberosidad tibial anterior. El paciente, no presenta antecedentes familiares de osteogénesis imperfecta. Debido a dolores generalizados a nivel de todo el raquis, se realiza una RMN del mismo, objetivándose múltiples aplastamientos vertebrales, por lo que se decide realizar una densitometría ósea, que muestra marcado descenso de la T-Score para la edad del paciente. Basándonos en los criterios clínicos y a falta de un diagnóstico genético, se diagnostica al paciente de osteogénesis imperfecta tipo I. **Conclusiones.** La osteogénesis imperfecta supone un reto para el equipo médico por varios aspectos como son su diagnóstico, su pronóstico (ya que no tiene posibilidad de curación en la actualidad) y su tratamiento. El avance terapéutico mas importante ha sido la introducción de los bifosfonatos en las formas moderadas y severas, aunque actualmente las consecuencias de su utilización a largo plazo ni su posología son conocidas. Se recomienda complementar el tratamiento médico con fisioterapia, rehabilitación y tratamiento ortopédico.

### Absceso en brazo izquierdo por *Serratia Marcescens* en el contexto de un tatuaje.

J. Diranzo García, L. Castillo Ruiperez, J. Villodre Jimenez, V. Estrems Diaz, A. Bru Pomer. *Hospital General Universitario de Valencia.*

**Introducción.** *Serratia Marcescens* es un bacilo anaerobio facultativo gram negativo, perteneciente a la familia Enterobacteriaceae. Las infecciones cutáneas agudas debidas a este microorganismo son extremadamente infrecuentes en pacientes no inmunodeprimidos. **Caso Clínico.** Presentamos un caso de un paciente de 32 años, sin antecedentes patológicos de interés, salvo una fractura en el codo izquierdo hace 15 años, que tras realizarse un tatuaje en el brazo izquierdo cuatro semanas antes, acude a urgencias con clínica de dolor en fosa cubital izquierda, acompañada de rubor y calor con limitación funcional en la articulación del codo y

febrícula. En urgencias se realiza una ecografía y TAC que no son concluyentes. Dada la clínica del paciente, se decide ingreso para estudio. Se realizó una RM donde se identifica un absceso de 51x23 cm en la región supratroclear de humero. En la analítica objetivamos únicamente aumento de reactantes de fase aguda. Se decide tratamiento quirúrgico: se drena el absceso y se obtiene muestra para cultivo, siendo este positivo para *S. Marcescens*. Tratado posteriormente con antibioterapia específica según antibiograma, el paciente se encuentra actualmente libre de enfermedad y sin alteraciones funcionales a nivel del miembro. **Conclusiones.** *S. Marcescens* es un bacilo gram negativo con gran capacidad de supervivencia en ambientes hostiles. La incidencia de infecciones por *S. Marcescens* es baja y cuando aparece, suele hacerlo en pacientes con algún tipo de inmunosupresión. Son excepcionales los casos en pacientes inmunocompetentes, como era nuestro caso. Se han descrito casos en los que traumatismos previos actúan como puerta de entrada (agujas, mordeduras de animales). Es importante el cultivo del exudado de la lesión para hacer un diagnóstico y tratamiento correcto, ya que este germen es resistente a la antibioterapia convencional y suele precisar tratamiento farmacológico prolongado y seguimiento a fin de detectar cualquier estado de inmunosupresión subyacente.

### **Fracturas de alta energía de tibia proximal: importancia de las lesiones asociadas. A propósito de un caso.**

F. Navío Fernández, I. Escribá Urios, M. Masiá Massoni, J. Monfort Arroyo, A. Blasco González.

*Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.*

**Introducción.** Las fracturas de alta energía de meseta tibial, además de la importante afectación ósea, llevan asociadas lesiones graves tanto de partes blandas como de estructuras intraarticulares, que en muchos casos pasan desapercibidas, y dan como resultado complicaciones a medio y largo plazo. **Caso Clínico.** Presentamos el caso de una paciente con fractura Schatzker tipo VI (AO 41-C2) que asociaba rotura del ligamento cruzado anterior, del menisco externo y del ligamento colateral medial. Inicialmente tratada con fijador externo hasta control de partes blandas, con posterior reducción abierta y fijación interna con placa y tornillos. Posteriormente presentaba una inestabilidad en valgo de la rodilla con cojera que requirió de tiempos quirúrgicos asociados (plastia del ligamento cruzado, osteotomía femoral varizante y retensado ligamento colateral medial). Tras dos años de evolución la paciente presenta rodilla en normoeje, alineada, estable y con recorrido articular correcto, sin dolor, con deambulación autónoma y segura, y con un SF 36 de 93 sobre 100. **Conclusiones.** En las fracturas de alta energía de tibia proximal, además de tener en cuenta las lesiones óseas, es primordial la atención a las lesiones de partes blandas tanto intraarticulares como extraarticulares, ya que pueden condicionar tanto el tratamiento como

el pronóstico final de la lesión. Es por lo que este tipo de fracturas, deben considerarse como una lesión de partes blandas asociada a fractura ósea, ya que la estrategia terapéutica y los tiempos quirúrgicos están determinadas por el estado de las mismas.

### **Complicaciones de la instrumentación raquídea en pacientes con enfermedad de Parkinson.**

H. Valero Fabado, A. M. Morales Codina, J. A. Martín Benlloch.

*Hospital Universitario Dr Peset. Valencia.*

**Introducción.** El aumento de la supervivencia en la población supone un aumento en la prevalencia de enfermedades neurodegenerativas y degenerativas del raquis. Presentamos una revisión bibliográfica de las complicaciones de la instrumentación raquídea en pacientes con enfermedad de Parkinson a propósito de un caso. **Caso Clínico.** Mujer de 63 años con enfermedad de Parkinson de 13 años de evolución, caracterizada por una importante hiperquinesia, acude a la consulta por lumbalgia crónica. Tras la exploración clínica y radiológica se diagnostica una estenosis cervical, discopatía L4-L5, espondilolistesis L5-S1 por espondilólisis bilateral de L5 y estenosis lumbar. Tras tratamiento en neurocirugía de su problema hiperquinético, se le interviene mediante artrodesis posterolateral L3-L4 y circunferencial L4-S1 instrumentada, con una evolución inicial muy satisfactoria. Durante el seguimiento presentó una reagudización de su enfermedad. Dos años después reaparece el dolor y en las radiografías se observa una retrolistesis L2-L3 por fractura del muro posterior de L3, ocupación de canal en un modelo de fractura atípico. Se revisó la listesis L2-L3 y se practicó una artrodesis posterolateral L1-L2, circunferencial L2-L3 y osteotomía de dicho segmento. **Conclusiones.** La enfermedad de Parkinson es una enfermedad neurológica degenerativa caracterizada por temblor, rigidez, acinesia y pérdida de reflejos posturales. También asocian problemas musculoesqueléticos, déficit de vitamina D y menor densidad de masa ósea, predisponiéndolos a un mayor riesgo de fracturas y una mayor incidencia de deformidades raquídeas como cifoescoliosis, camptocormia o flexión lateral del tronco. Según la literatura la cirugía raquídea en estos pacientes presenta una alta tasa de complicaciones, principalmente por fallo de la instrumentación e inestabilidad en el mismo nivel o nivel adyacente. Por ello, su tratamiento quirúrgico sigue siendo un reto haciéndose necesaria una exhaustiva valoración y planificación.

### **Osteomielitis femoral por *Cándida Albicans*.**

Jl. Rodríguez Martínez, JM. Morales Valencia, J. Baeza Oliete.

*Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.*

**Introducción.** La Osteomielitis causada por *Cándida Albicans* es una patología poco frecuente. Sin embargo a medida que aumentan factores predisponentes a su

frir candidemia hemos visto un aumento en la frecuencia de esta patología, principalmente en paciente inmunosuprimidos. El tratamiento de esta entidad suele ser complejo desde el punto de vista médico y quirúrgico por lo cual requiere equipos de tratamiento multidisciplinarios. Presentamos un caso de osteomielitis femoral por *Candida Albicans*, su proceso diagnóstico y terapéutico, en una paciente sin factores de riesgo reconocidos para inmunosupresión. **Caso Clínico.** Paciente de sexo femenino de 37 años que acude remitida desde otro centro hospitalario por Piomiositis muslo derecho y TVP femoral superficial derecha y troncos femorales a tibioperoneos. Se realiza Eco-Doppler: TVP ya conocida desde tronco femorales a tibioperoneos. TAC sin CIV y se observa en metáfisis distal del fémur derecho imágenes de secuestro con gas en cavidad medular. Trayecto fistuloso en vertiente lateral derecha hacia la piel. Signos de sinovitis de rodilla. Gas en partes blandas. Cuadro compatible con sinovitis de rodilla derecha, la existencia de gas intramedular y extramedular puede ser debido a manipulación o bien a la existencia de un germen anaerobio productor de gas. Se realiza intervención quirúrgica para limpieza y diagnóstico bacteriológico Salida de abundante de pus. Ventana ósea distal de fémur saliendo pus de la cavidad medular y epifisaria. Sistema de Fresado Irrigación y Succión desde trocánter mayor de 12 mm de mm desbridando el canal medular. Abordaje en cara posteromedial de pierna extrayendo gran cantidad de pus debajo del sóleo fistulizado de cara posterior de metáfisis de fémur. Se deja redón intramedular sin vacío y redón en hueso poplíteo con vacío y dos redones subcutáneos. Se realizan cultivos en esta primera intervención los cuales resulta negativo. La paciente permanece Ingresada con tratamiento antibiótico con Meropenem y Rifampicina sin mejoría, posteriormente recibe Linezolid y Piperacilina Tazobactan durante 1 semana y a continuación Daptomicina sin mejoría, observándose picos febriles y empeoramiento del estado general, con emocultivos negativo. En vista del empeoramiento de la clínica y la ausencia de cultivo bacteriológico positivo se realiza nueva intervención quirúrgica y se aprecian colecciones purulentas a nivel de la metáfisis femoral y a nivel diafisario, el aspecto de los músculos era de necrosis en las zonas próximas a las fistulas del fémur. A nivel de la diáfisis existía una zona con múltiples fistulas al espacio muscular, por lo que reseca dicha zona con fijación externa con fijador externo de Hoffman con 3 pines proximales y 3 distales a la lesión y sellado del defecto con cemento con gentamicina y vancomicina, se toma muestras de cultivos en dicha intervención y se aísla *Candida albicans* en 8 de 10 muestras. Se inicia tratamiento antimicótico con fluconazol (600 mg dosis de carga y posteriormente 400 mg/día) y micafungina (150 mg dosis de carga y posteriormente 100 mg/d). Se suspende micafungina al mes de tratamiento y el fluconazol se mantiene durante 6 meses. Pasadas 16 semanas de la segunda intervención y del diagnósti-

co bacteriológico se realiza retiro de fijador externo y se continúa con tratamiento antifúngico y controles de VSG y PCR. Al pasar 4 semanas posteriores al retiro de fijador externo se realiza una cuarta intervención para reconstrucción de defecto óseo con peroné vascularizado ipsilateral y fijación con placa anatómica de Fémur. Buen aspecto del miembro inferior izquierdo a 3 meses postoperatorio. Buen aspecto radiológico con inicio de consolidación. No signos clínicos ni analíticos de infección. **Conclusiones.** La osteomielitis fúngica constituye un reto diagnóstico y terapéutico. El diagnóstico es complejo y los hemocultivos suelen ser negativos, se requiere usualmente biopsia de tejido óseo para su aislamiento y tratamiento antifúngico de larga duración con un manejo multidisciplinario en este tipo de pacientes.

### **Luxación Inveterada PTC.**

A. Silvestre Febrer, B.R. Picazo Gabaldon, E. Palomares Talens.

*Hospital Francesc de Borja. Gandia. Valencia*

**Introducción.** Luxación crónica se considera una complicación rara después de la artroplastia total de cadera. En este caso tiene la peculiaridad de ser un varón de 25 años con drepanocitosis. Presentamos la presencia de una característica radiológica inusual de formación de pseudoacetábulo. **Caso Clínico.** Paciente de varón 25 años afroamericano portador de una PTC desde hace 3 años con antecedentes de drepanocitosis. En la actualidad presenta un episodio de luxación de cadera inveterada debido por mal control del paciente. Intervenido quirúrgicamente: recambio de cotilo, rellenando la pseudoacetábulo mediante injerto de banco (cabeza de fémur) en cavidad superolateral, hueso liofilizado y fostato tricálcico. Postoperatorio cursa sin incidencias, con descarga parcial, recuperación de la dismetría casi completa. A los 3 meses el paciente deambula sin clínica de dolor con ligera dismetría que por el momento no precisa alza, habiendo recuperado masa muscular. **Conclusiones.** Uno de los grandes retos que se encuentra en la actualidad en la cirugía protésica de cadera en gente joven son los recambios protésicos por aflojamiento. Por ello existe cada día en el mercado cotilos más constreñidos que disminuyen el riesgo de este tipo de patología en los pacientes reintervenidos.

### **Luxación glenohumeral posterior postraumática.**

JV. Díaz Martínez, JJ, Ballester Giménez.

*Hospital Obispo Polanco. Teruel.*

**Introducción.** La luxación glenohumeral posterior es una lesión poco común, ya que representa menos del 3% de todas las luxaciones glenohumorales, aunque esta incidencia podría ser mayor debido a que muchos casos pueden pasar desapercibidos. La mayoría son de origen traumático y frecuentemente son secundarias a episodios convulsivos. **Material y métodos.** Varón de 21 años que sufre caída con traumatismo directo sobre

su hombro izquierdo. Presenta luxación glenohumeral posterior con sucesivos episodios de subluxación. Tras realizar reducción cerrada y posterior inmovilización con cabestrillo en rotación neutra durante 3 semanas, se realiza estudio de lesiones con RNM. RMN: Edema contuso en zona anteromedial de la cabeza humeral izquierda con rotura y desinserción de labrum posterior de las 3-6. **TÉCNICA QUIRÚRGICA:** Con el paciente bajo anestesia general y en posición de decúbito lateral derecho, se realiza liberación y reinserción anatómica del labrum posterior mediante sutura con 3 anclajes bioabsorbibles. Tras la cirugía se mantiene al paciente con cabestrillo en posición neutra durante tres semanas. A los 2 meses se inicia fortalecimiento muscular del manguito y de los músculos propioceptivos. Actualmente el paciente se encuentra muy satisfecho con un rango amplio de movilidad. Flexión anterior y abducción de 90 grados, rotación externa en aducción de 45 grados y rotación interna de 45 grados. El paciente se encuentra sin dolor siendo independiente para las actividades cotidianas. **Comentarios.** El manejo de la luxación posterior del hombro debe ser planeado según las características del paciente, tomando especial atención en el tiempo evolutivo, la magnitud del defecto de la cabeza humeral y si tiene una fractura concomitante. Los errores más frecuentes en su diagnóstico son la falta de sospecha de la patología por el médico tratante en la primera consulta y la utilización de estudios complementarios inadecuados para su diagnóstico o una mala interpretación de los mismos. Es primordial resaltar la importancia de un diagnóstico temprano para un manejo más sencillo y un mejor pronóstico. **Conclusiones.** Los resultados encontrados en la bibliografía con un tratamiento quirúrgico artroscópico precoz muestran unos excelentes resultados, acordes con el caso clínico presentado.

#### **Luxación escapulohumeral bilateral.**

JJ. Ballester Giménez, JV. Díaz Martínez.

*Hospital Obispo Polanco. Teruel.*

**Introducción.** La luxación posterior glenohumeral es una lesión poco frecuente que representa entre el 1,5% y el 4,3% de estas luxaciones. La luxación glenohumeral bilateral posterior aparece en varones jóvenes tras traumatismos de elevada intensidad, contracturas musculares bruscas o secundariamente a crisis comiciales tales como las causadas por cuadros de hipoglucemia, descargas eléctricas o terapia de electroshock, así como enfermedades neuromusculares y psiquiátricas, síncope o epilepsia. Dentro de su rareza no es infrecuente la bilateralidad. **Caso Clínico.** Paciente varón de 50 años remitido al servicio de urgencias de nuestro centro, por posible crisis comicial con dolor en ambos hombros irradiado hacia extremidades superiores. Se indica episodio de pérdida de consciencia, actualmente recuperada destacando leve agitación psicomotriz. El paciente destaca estrés emocional en los últimos días debido a la presión laboral a la que está

sometido. Niega consumo de alcohol u otras sustancias estupefacientes. A la exploración física, el paciente se encuentra consciente y orientado, con ligera agitación y sudoración debido al dolor en ambos hombros que no calma con la administración de analgésicos menores. Durante la inspección el paciente presenta tumefacción e impotencia funcional en ambas extremidades superiores, encontrándose las mismas en posición de adducción y rotación interna. A la palpación del paciente pueden intuirse ambas cabezas humerales en la región posterior del hombro, lo cual orienta a hacia una posible luxación glenohumeral posterior. Se practica estudio radiológico simple con proyecciones AP y transtorácica, evidenciándose luxación glenohumeral posterior de ambos hombros. Tras varios intentos infructuosos de reducción en el servicio de urgencias se decide la reducción en quirófano bajo anestesia general, con control radiológico por escopia. Se realizan controles radiológicos. Tras la reducción, y previa comprobación de la estabilidad articular se procede a inmovilización con cabestrillo en posición de adducción y rotación interna. La evolución cursó con normalidad retirándose la inmovilización pasadas 3 semanas e iniciando los ejercicios de rehabilitación. **Conclusiones.** Ante un paciente con episodio de crisis comicial que acude a urgencias con dolor e impotencia funcional de ambas extremidades superiores encontrándose estas en posición de adducción y rotación interna, la primera patología en la que deberíamos pensar es la luxación glenohumeral posterior bilateral. Más del 50% de las luxaciones posteriores pasan desapercibidas, lo que dificulta el tratamiento y empeora el pronóstico.

#### **Nueva técnica percutánea para obtención de injerto óseo autólogo.**

E. Saura Sánchez, F. Saura Sánchez.

*Hospital General Universitario Elche.*

**Introducción.** Es conocida la alta tasa de complicaciones derivadas de la obtención de hueso autólogo como tratamiento coadyuvante en cirugías del ámbito traumatológico y Ortopédico. Es de especial interés en aquellos pacientes en los que las crestas ilíacas ya han sido utilizadas previamente como zona donante. **Casos Clínicos.** Se ha utilizado el sistema RIA (Reamer Irrigator Aspirator) en 2 pacientes, en los años 2009 y 2012. El primer caso, es una chica de 18 años con diagnóstico de tumor de células gigantes en epífisis distal tibial. Tratada inicialmente con curetaje y combinación de injerto autólogo de cresta iliaca en zona epifisaria y cemento óseo (Norian SRS) en área metafisaria. En un segundo tiempo, se extrajo el cemento óseo y se rellenó con injerto óseo autólogo obtenido de su canal femoral con el Sistema RIA. El segundo caso, se trata de un varón de 33 años que presentaba un retardo de consolidación en fémur izquierdo tratado inicialmente con clavo endomedular. Rescatado con extracción del material de osteosíntesis, decorticación, placa bloqueada e injerto obtenido del fémur contrala-

teral con el sistema RIA. En ambos casos, la técnica se realizó por una ventana femoral inferior-lateral, obteniéndose suficiente cantidad de hueso esponjoso. No se detectaron complicaciones intra/postoperatorias en la zona donante. **Conclusiones.** Este sistema permite la obtención de abundantes cantidades de injerto esponjoso autólogo obtenido del canal endomedular. Puede ser utilizado en cualquier hueso largo, siendo el fémur su principal indicación. Es un sistema percutáneo, con escasa agresión de partes blandas y gran confort postoperatorio. Tiene su principal indicación en pacientes en los que no se puede obtener hueso de la cresta ilíaca. El principal inconveniente es su alto coste y que son de uso individualizado.

### **Tratamiento de fractura cervical en pacientes con espondilitis anquilopoyética: a propósito de un caso.**

R. Salanova Paris, P. Gómez Barbero, R. Aguirre García.

*Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.*

**Introducción.** La Espondilitis Anquilopoyética es una enfermedad inflamatoria autoinmune, cuya incidencia es mayor en el sexo masculino. Suele manifestarse entre la segunda y tercera década de la vida. Es típico el dolor lumbar y sacroilíaco. Se caracteriza por rigidez articular por formación ósea y deformidad progresiva, pudiendo asociarse a iritis e uveítis. Las alteraciones óseas en estos pacientes confieren un riesgo aumentado a presentar fracturas. Nuestro objetivo es enfatizar la importancia de un tratamiento definitivo que aporte estabilidad a largo plazo en pacientes con Espondilitis Anquilopoyética y fracturas vertebrales. **Caso Clínico.** Varón de 66 años, con antecedentes de Espondilitis Anquilopoyética y miocardiopatía dilatada, quien consulta por caída casual y traumatismo cráneo-encefálico ocurrido hacía 72 horas. Al examen físico se determina un síndrome medular incompleto ASIA (American Spinal Injury Association) C con nivel en C5. Mediante estudio tomográfico computarizado se diagnostica fractura-luxación a nivel C5-C6. Se decide su intervención urgente realizando reducción y estabilización anterior con placa de C4 a C7. Al control radiográfico postoperatorio se visualiza arrancamiento de la placa y se decide reintervenir. Se realiza estabilización posterior de C2 a T5 y placa de C4 a T1. La evolución neurológica posterior a la segunda cirugía fue favorable, especialmente a partir del día 12, cuando se observa franca mejoría del nivel motor y sensitivo a predominio del hemicuerpo derecho. Control por imágenes posteriores demuestran una estabilización segura y estable de la fractura. **Conclusiones.** Las fracturas vertebrales en pacientes con Espondilitis Anquilopoyética son un reto para el cirujano ortopédico debido a las alteraciones biomecánicas como la rigidez, la deformidad y la osteoporosis. Por definición son fracturas inestables en contexto de mala calidad ósea que pueden estar acompañadas de lesión medular; estas ameritan un trata-

miento rápido, definitivo y que aporten mayor estabilidad a largo plazo.

### **Diagnóstico y tratamiento de fractura patológica en quiste óseo esencial.**

M. Soler Peiró, R. Pérez Giner, F. Mora Pascual, L. García Martínez, J. Ribes Iborra.

*Hospital Universitario de La Ribera. Valencia.*

**Introducción.** El quiste óseo esencial constituye el 3% de todas las lesiones primarias de hueso. Se trata de una lesión lítica formada por una cavidad solitaria (unicameral) limitada por una membrana de espesor variable y rellena de líquido. Considerado una lesión tumoral benigna. Es frecuente en niños y adolescentes en zona diafiso-metáfisaria de huesos largos. Suelen ser asintomáticos pero en 66% de ocasiones se llega al diagnóstico tras fractura patológica. **Caso Clínico.** Paciente de 15 años que acude a urgencias tras caída casual con mecanismo de acción de impacto directo sobre miembro superior derecho mientras jugaba a fútbol. Presenta edema y tumefacción en brazo derecho con impotencia funcional. Correcta exploración vasculo-nerviosa. A la radiografía simple se observa fractura patológica localizada en diáfisis humeral sobre quiste óseo simple de dimensiones 10X3 cm. Colocamos férula braquial posterior y realizamos radiografía de control con correcta alineación de ambos fragmentos. Prescripción de terapia antiinflamatoria. Seguimiento con radiografías seriadas al mes y a los 2 meses con cierre de la línea de fractura, formación de callo externo, foco de fractura inmóvil y desaparición del dolor. Aparición de ligera deformidad residual. Actualmente en fase de relleno de la cavidad. **Conclusiones.** Las fracturas patológicas en los niños presentan problemas frecuentemente tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. Es necesario establecer el diagnóstico diferencial de las lesiones benignas (junto con quiste óseo aneurismático, defecto fibroso cortical...) con las malignas como el osteosarcoma o sarcoma de Ewing. El aspecto radiológico característico nos permite el diagnóstico. A pesar del tratamiento convencional con legrados con o sin relleno de injertos o instilación de corticoides, el tratamiento con férula también es una opción tanto para la consolidación de la fractura como para la remodelación del tejido óseo, ya que pueden curar espontáneamente sin técnicas invasivas.

### **Artropatía neuropática de hombro y codo asociada a siringomielia. Presentación de 2 casos.**

JM. Morales Valencia, JI. Rodríguez Martínez, MA. Angulo Sánchez, JV. Amaya Valero.

*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.*

**Introducción.** La artropatía neuropática, o articulación de Charcot, es una artropatía degenerativa crónica asociada a déficit sensitivo articular. Puede encontrarse en diferentes enfermedades, como la diabetes mellitus,

siringomielia y tabes dorsal. Se desarrolla en el 25% aproximadamente de los pacientes con siringomielia comprometiendo el miembro superior en un 80% y pudiendo ser el primer signo clínico de esta condición. **Casos Clínicos.** Presentamos 2 pacientes diagnosticados de artropatía neuropática asociada a siringomielia en nuestro servicio. El caso #1 corresponde a un varón de 37 años, sin AP de interés clínico, con cuadro de un mes de evolución de dolor, tumefacción y limitación funcional del hombro derecho, sin antecedente traumático tratado en su hospital local con antibióticos y antiinflamatorios esteroideos ante la sospecha diagnóstica de osteomielitis, sin respuesta al tratamiento. El caso #2 se trata de un varón de 38 años, con AP de siringomielia secundaria a tuberculosis meníngea en 2008; que presentó cuadro de 2 meses de evolución de dolor, y limitación funcional del codo izquierdo, sin antecedente traumático. Ambos pacientes presentaron TAC y RNM reportando importante destrucción ósea con componente inflamatorio de tejidos blando y cavidades en tejidos musculares adyacentes, sugiriendo diagnóstico diferencial con patología muy agresiva tumoral o infecciosa. Se realizó punción aspiración de las lesiones encontrando análisis microbiológico negativo y anatomía patológica con signos degenerativos y remodelación ósea, sin signos de malignidad. En el primer caso se realizó RNM de SNC que reportó siringomielia. **Conclusiones.** La artropatía neuropática asociada a siringomielia es una patología rara, frecuentemente compromete a la articulación del hombro. Se debe tener un alto índice de sospecha ante pacientes sin antecedente traumático previo, que presenten tumefacción, dolor articular y limitación funcional, en quienes se encuentren imágenes radiológicas con importante desestructuración ósea; requiriendo además un diagnóstico diferencial con otras patologías de peor pronóstico como un proceso infeccioso o neoplásico.

### **Resultados del tratamiento endoscópico de la bursitis trocantérea en pacientes con patología asociada.**

B. Muela Pérez, EM. Veracruz Gálvez, FM. Navarro González, F. Lajara Marco, MA. Palazón Banegas, A. Boix Ballester, PF. Bernáldez Silvetti, JA. Lozano Requena.

*Hospital Vega Baja, Orihuela.*

**Introducción.** La bursitis trocantérea es una entesitis, por lo general autolimitada y que en la mayoría de los casos responde a medidas conservadoras, rehabilitación o infiltraciones. Sin embargo, los casos refractarios, a menudo asociados a patología lumbar y/o reumatológica concomitante, pueden requerir intervención quirúrgica. El objetivo de este trabajo es evaluar los resultados del tratamiento endoscópico de la bursitis trocantérea y liberación de la fascia lata en pacientes con patología concomitante. **Material y métodos.** Se revisaron retrospectivamente los pacientes intervenidos en nuestro hospital por bursitis de cadera

mediante técnica endoscópica asociando bursectomía y liberación de fascia lata entre junio de 2011 y octubre de 2013. Se excluyeron aquellos pacientes que fueron intervenidos mediante cirugía abierta, y aquellos en los que sólo se realizó bursectomía. De los 14 casos intervenidos (13 pacientes), todas fueron mujeres, y la edad media fue de 58,3 años (rango 38-77). Se registraron como antecedentes: las patologías asociadas, el tiempo de evolución, así como los tratamientos realizados. Se valoraron los resultados funcionales al final del seguimiento mediante la escala de Harris, y la mejoría del dolor medida mediante la escala EVA. **Resultados.** En todos los casos se realizó tratamiento no quirúrgico mediante infiltraciones (10 casos), rehabilitación (12 casos) o ambos (8 casos). Se observó que 9 pacientes presentaban patología lumbar, y 7 estaban en estudio por el Servicio de Reumatología (5 casos de poliartalgias, 1 de sacroileítis y 1 de LES). Tras un seguimiento medio de 18,35 meses (rango 6-33), 11 pacientes (78,6%) referían mejoría en el primer mes tras la cirugía, y 8 pacientes (57,1%) referían mejoría al final del seguimiento. Se observó que de las 6 pacientes que no referían ninguna mejoría, todas tenían antecedentes de patología lumbar o reumatológica. Dos pacientes precisaron reintervención quirúrgica mediante cirugía abierta por persistencia de los síntomas. **Conclusiones.** La bursectomía y liberación de fascia lata endoscópica, puede ser una alternativa eficaz a la cirugía abierta en el tratamiento de la bursitis trocantérea recalcitrante en pacientes muy seleccionados. Los antecedentes de patología lumbar o enfermedad reumatológica, parecen poder asociarse a malos resultados en el tratamiento quirúrgico endoscópico de esta patología.