



sogacot 2004

XXI Congreso

de la Sociedad Gallega
de Cirugía Ortopédica
y Traumatología

*Organizado por el Servicio de COT
del C. H. A. Marcide-Novoa Santos*

Libro de
Comunicaciones





sogacot 2004
XXI Congreso
de la Sociedad Gallega
de Cirugía Ortopédica
y Traumatología

*Organizado por el Servicio de COT
del C. H. A. Marcide-Novoa Santos*

Ferrol, viernes 21 de mayo de 2004

El Congreso de la SOGACOT supone el principal acontecimiento de nuestra Sociedad, y es el momento de participar con nuestras aportaciones personales a través de las comunicaciones, pósters coloquios, etc, y también de aprovechar para enriquecer y actualizar nuestros conocimientos y disfrutar con el excelente programa científico y social realizado con el mejor esfuerzo e interés por el Comité organizador que preside el Dr. Laureano Otero Soengas.

También es la ocasión de aprovechar para reforzar nuestro trato y conocimiento personal y profesional.

Deseo muy sinceramente que este Congreso de Ferrol 2004 marque un hito importante en la evolución de nuestra Sociedad, por el excelente aprovechamiento y el grato recuerdo que sin duda nos va a proporcionar, y que sirva para reforzar el interés y el aprecio que los traumatólogos de Galicia tenemos hacia la SOGACOT.

Con mis mejores deseos y saludos para todos

José Troncoso Durán
Presidente SOGACOT





sogacot 2004
XXI Congreso
de la Sociedad Gallega
de Cirugía Ortopédica
y Traumatología

*Organizado por el Servicio de COT
del C. H. A. Marcide-Novoa Santos*

Ferrol, viernes 21 de mayo de 2004

Queridos compañeros:

En este año tan especial para Galicia, por ser año santo, todo los miembros de la Junta Directiva de la Sociedad Gallega de Cirugía Ortopédica y Traumatología y, en especial, el equipo del Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide- Novoa Santos, hemos hecho un esfuerzo especial para organizar y desarrollar el Congreso SOGACOT'2004 gracias al que hoy nos encontramos aquí reunidos .

Como presidente del Comité Organizador y, en este marco incomparable de las Rias Altas Gallegas, como es la comarca de Ferrolterra, esperamos haceros sentir como en vuestra casa durante estas dos jornadas de trabajo y convivencia.

Contamos con un grupo de ponentes que representan un peso específico dentro del mundo de la traumatología y cirugía ortopédica, no sólo en Galicia, sino también en España y en la Europa del siglo XXI.

No puedo dejar de agradecer su presencia pero también, la de todos vosotros que nos acompañáis en estos días, recompensando así, todo nuestro esfuerzo para que este Congreso se convierta en un referente en nuestro país.

Todo el Comité Organizador esperamos que SOGACOT'2004 responda e incluso supere vuestras expectativas profesionales y también, como no, personales.

Laureano Otero Soengas
Presidente Comité Organizador SOGACOT'2004



Comité Organizador

Presidente:	Dr. Otero Soengas
Vicepresidente:	Dr. Aracil Rodríguez
Secretario:	Dr. González González
Tesorero:	Dr. Mira Rodríguez
Vocales:	Dr. Algara Lamaignere Dr. Álvarez Cienfuegos Dr. Álvarez Martín Dra. Briones Cabanas Dr. Carreño Rodríguez Dr. Durán Neila Dr. Garea Loureiro Dr. González Formoso Dr. Núñez Blanco Dr. Salgueiro Blanco Dr. Sotelo Flores Dr. Souto Rey Dr. Toribio García

Colaboran médicos internos residentes:

Dra. Ameneiro Romero
Dr. Baña Sandá
Dra. Louzao Mosquera
Dr. Miranda Blanco
Dr. Varela Vázquez

Comité Científico

Dr. Álvarez Martín
Dr. Concheiro Barreiro
Dr. Fernández Gilino
Dr. Quevedo García
Dr. Mira Rodríguez
Dr. Molina Pulido
Dr. Souto Rey

Junta Directiva

Presidente:	Dr. Troncoso Durán
Vicepresidente:	Dr. Otero Soengas
Secretario:	Dr. Pintado García
Vicesecretario:	Dr. Gabriel Celester
Tesorero:	Dr. Álvarez Montero
Vocales:	Dr. Tilve Calvo Dr. González Carreró Barreiro Dr. Souto Rey Dr. Miranda Piñón Dr. Caeiro Rey Dr. González Osorio Dr. Casal Moro

Programa científico

Viernes, 21 de mayo

- 08.30** Entrega de documentación
- 09.00** Comunicaciones libres, mañana
Presidente: Dr. Souto Rey
Moderador: Dr. Álvarez Martín
- 10.30** Inauguración oficial del Congreso SOGACOT 2004
- 11.15** Coffee Break
- 11.45** Primera mesa redonda
Presidente: Dr. Aracil Rodríguez
Moderador: Dr. Concheiro Barreiro

Tema: "Patología del tobillo y retropié"

Dr. A. Carranza Bencano:

Fracturas del pilón tibial tratadas con placa de bajo perfil

Dr. J. Couceiro Follente: Lesiones osteocondrales del tobillo

Dr. M. Núñez Samper: Inestabilidad crónica del complejo periastragalino

Dra. G. Dereymaeker: Triple Arthrodesis. ¿Cómo mejorar nuestra técnica?

Dr. R. Viladot Pericé: Arthrodesis de tobillo versus prótesis de tobillo

Dra. G. Dereymaeker:

Qué expectativas podemos tener en la artroplastia de tobillo

- 13.15** Discusión
- 14.00** Almuerzo de trabajo
- 16.00** Comunicaciones libres, tarde
Presidente: Dr. Mira Rodríguez
Moderador: Dr. Molina Pulido
- 17.00** Coffee Break
- 17.15** Segunda mesa redonda
Presidente: Dr. López Pérez
Moderador: Dr. Troncoso Durán

Tema: "Patología del antepié"

Dr. E. Maceira: Biomecánica clínica del apoyo metatarsal

Dr. G. Concheiro: Cirugía percutánea de los metatarsianos centrales

Dr. E. Maceira: Osteotomías múltiples instrumentadas en el antepié

Dr. Eric Tulec: Osteotomías del hallux

Dr. A. Carranza: Antepié reumático

- 18.55** Discusión
- 19.30** Asamblea de la SOGACOT
- 22.00** Cena de Gala

Sábado, 22 de mayo

- 09.30** Comunicaciones libres, mañana
Presidente: Dr. Sotelo Flores
Moderador: Dr. Quevedo García
- 10.30** Coffee Break
- 11.00** Tercera mesa redonda
Presidente: Dr. Pino Minguéz
Moderador: Dr. Couceiro Follente

Tema "Complicaciones y secuelas de la cirugía del tobillo y pie"

Dr. P. González Herránz: Deformidades del tobillo en ortopedia infantil

Dr. Eric Tulec: Complicaciones y secuelas de la cirugía del tobillo

Dr. T. Epeldegui: Complicaciones y secuelas del pie zambo

Dr. R. Viladot Pericé:

Complicaciones y secuelas de la cirugía del hallux valgus

Dr. G. Concheiro: Complicaciones de la cirugía percutánea del pie

Dr. M. Núñez Samper: Tratamiento de las secuelas traumáticas del pie

- 13.00** Discusión
- 14.00** Almuerzo de clausura

Programa paralelo para acompañantes

Día 21: Visita comarca de Ortigueira, entorno de Cariño y Santuario de San Andrés de Teixido.

Almuerzo en Cedeira

Cena de gala con asistentes a la SOGACOT

Día 22: Almuerzo de clausura.

Precio: 120 € (incluido alojamiento con acompañante)

Laboratorios y Casas comerciales

5 ACUÑA Y FOMBONA	1 HOSPITAL SERVICE
18 ALMIRALLPRODER FARMA	3 I.Q.L.
2 ALTER	20 LACER
7 ASTRA ZENECA	24 LILLY
4 AVENTIS PHARMA	6 M.S.D.
9 AXIS TECNOLOGÍA MÉDICA	14 PFIZER
23 AYUNTAMIENTO DE FERROL	16 PHARMA LEPORI
19 CLÍNICA Y CONTROL	21 REMECO
17 C.M.M.	12 STRATEC MEDICAL
15 COMERCIAL AOMEDIC, S.A.	10 STRYKER
8 DEPUY	11 TEDEC MEJJI
22 D&A MEDICAL	13 VITA, S.A.

Horario de autobuses

Viernes, 21 de mayo

Hotel Hesperia 08.05

Hotel Almirante 08.10

Parador de Turismo 08.20 (Parada única para asistentes alojados en Hotel Suizo y otros alojamientos)

Recogida recinto ferial 20.00 (Paradas en Parador de Turismo, Hotel Almirante y Hotel Hesperia)

Cena Gala Pazo Libunca

Recogida 21.10 (Parada en Hotel Hesperia)

21.20 (Paradas en Parador Turismo y Hotel Almirante)

Sábado, 22 de mayo

Hotel Hesperia 09.05

Hotel Almirante 09.10

Parador de Turismo 09.20 (Parada única para asistentes alojados en Hotel Suizo y otros alojamientos)

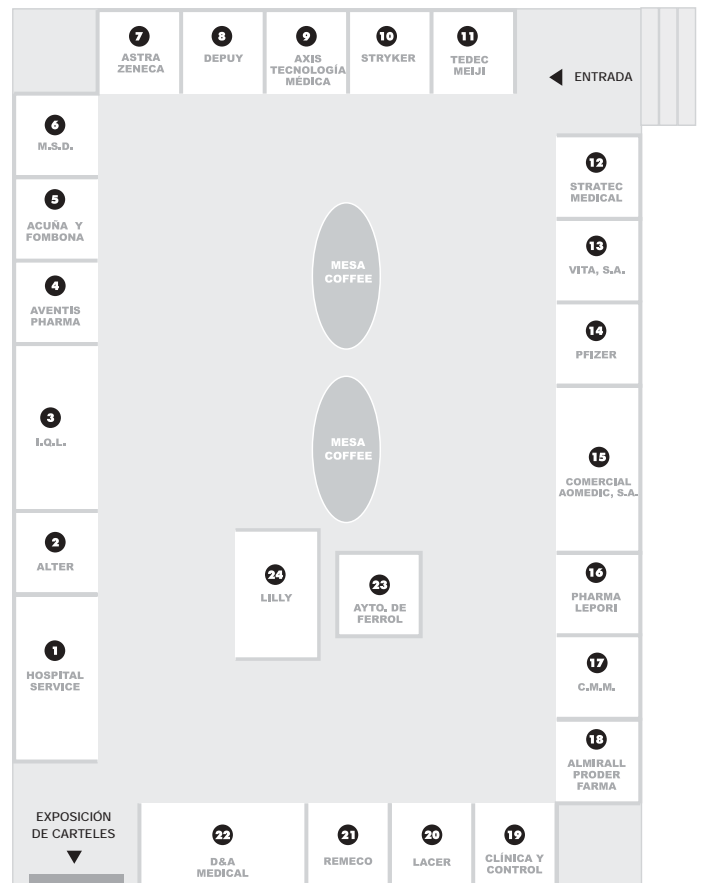
Hotel Hesperia 10.05

Hotel Almirante 10.10

Parador de Turismo 10.20 (Parada única para asistentes alojados en Hotel Suizo y otros alojamientos)

Salida de autobuses 13.30 (Desde recinto ferial hasta lugar de celebración de almuerzo de clausura)

Salida Almuerzo 13.45 (Desde A Malata)



Ponencias



Indice Ponencias

Viernes 21

11:45 - 13:15	Fracturas del pilón tibial tratadas con placa de bajo perfil	14
	<i>Dr. A. Carranza Bencano</i>	
	Lesiones osteocondrales del tobillo	15
	<i>Dr. Couceiro Follente</i>	
	Inestabilidad crónica del complejo periastragalino	17
	<i>Dr. M. Núñez Samper</i>	
	Triple Artrodesis. ¿Cómo mejorar nuestra técnica?	18
	<i>Dra. G. Dereymaeker</i>	
	Artrodesis de tobillo versus prótesis de tobillo	20
	<i>Dr. R. Viladot Pericé</i>	
	Qué expectativas podemos tener en la artroplastia de tobillo	21
	<i>Dra. G. Dereymaeker</i>	
	Biomecánica clínica del apoyo metatarsal	23
	<i>Dr. E. Maceira</i>	
	Cirugía percutánea de los metatarsianos centrales	24
	<i>Dr. G. Concheiro</i>	
	Osteotomías múltiples instrumentadas en el antepié	26
	<i>Dr. E. Maceira</i>	
	Osteotomías del hallux	27
	<i>Dr. Eric Toullec</i>	
	Antepié reumático	28
	<i>Dr. A. Carranza Bencano</i>	

Sábado 22

11:00 - 13:00	Deformidades del tobillo en ortopedia infantil	29
	<i>Dr. P. González Herránz</i>	
	Complicaciones y secuelas en la cirugía del tobillo	30
	<i>Dr. Eric Toullec</i>	
	Complicaciones y secuelas del pie zambo	31
	<i>Dr. T. Epeldegui</i>	
	Complicaciones y secuelas de la cirugía del hallux valgus	32
	<i>Dr. R. Viladot Pericé</i>	
	Complicaciones de la cirugía percutánea del pie	33
	<i>Dr. G. Concheiro</i>	
	Tratamiento de las secuelas traumáticas del pie	34
	<i>Dr. M. Núñez Samper</i>	

FRACTURAS DEL PILÓN TIBIAL TRATADAS CON PLACA DE BAJO PEFIL

Dr. A. CARRANZA BENCANO

Las fracturas del extremo inferior de la tibia afectan a la superficie articular distal de la tibia y a la metáfisis adyacente, constituyendo el 7% aproximadamente de todas las fracturas de la tibia. Generalmente son fracturas complejas que afectan al tercio distal del peroné y al maleolo interno.

Se producen en caídas de altura por un mecanismo de compresión vertical, con sobrecarga axial del astrágalo contra el extremo distal de la tibia.

La reconstrucción de este tipo de fracturas suele precisar reducción abierta y fijación interna, porque implican conminución articular y lesiones de partes blandas. Se han descrito numerosas dificultades durante este proceso de reconstrucción con complicaciones de hasta el 54%. La mayoría de estas complicaciones, como infección y dehiscencia de las heridas están relacionadas con el material de osteosíntesis.

La respuesta a esta incidencia elevada de complicaciones es la fijación externa combinada con reducción abierta de la articulación y osteosíntesis mínima.

Aunque la fijación externa evita problemas graves de partes blandas presenta indudables inconvenientes en relación a infección del trayecto de los clavos y deformidad residual o pérdida de alineación.

En este sentido presentamos nuestros resultados mediante reducción abierta y osteosíntesis con placa de bajo perfil conformada a la anatomía de la región con una importante reducción de las complicaciones.

LESIONES OSTEOCONDRALES DEL TOBILLO

Dr. J. COUCEIRO FOLLENTE

DEFINICIÓN:

En las lesiones osteocondrales del astrágalo se produce la separación de un segmento del cartilago articular asociado a un espesor variable de hueso subcondral, del resto del tejido óseo.

Se utilizan términos similares como: Osteocondritis disecante, fractura transcondral, fractura osteocondral, defecto osteocondral.

RECUERDO HISTÓRICO:

König en 1888 practicó la extirpación de cuerpos libres de la rodilla como consecuencia de lo que él calificó de necrosis espontánea, acuñando el término de osteocondritis disecante (OCD). En 1922, Kappis hizo el diagnóstico de osteocondritis disecante del astrágalo. Berndt y Harty en 1959 demostraron la relación entre traumatismos y muchos tipos de OCD del astrágalo y en 1980, Canale y Belding confirmaron la relación de las lesiones osteocondrales laterales del astrágalo con los traumatismos, en una proporción muy superior a las lesiones mediales.

ETIOLOGÍA:

Traumática, isquémica, osificación anormal, genética-anomalia metabólica.

La traumática se caracteriza por una lesión aguda o por sobrecarga, dando lugar a una fractura subcondral con colapso o separación del fragmento. En la isquémica, se lesionan ramas vasculares terminales o marginales, dando lugar a un infarto óseo en forma de cuña con la consiguiente reabsorción del hueso necrótico asociado a la proliferación de yemas vasculares, lo que va a ser sustituido por tejido de granulación. El traumatismo puede provocar aflojamiento y despegamiento del fragmento.

Berndt y Harty en 1959 en su laboratorio, utilizaron cadáveres con el fin de reproducir las lesiones y aunque las conclusiones obtenidas se relacionaban con un número bajo de tobillos experimentales, pudieron obtener la información de que las lesiones laterales se producían por una fuerza de inversión con el pie en dorsi-flexión y la tibia en rotación interna. Las lesiones mediales se producen por una fuerza de inversión sobre un pie de lesión plantar y la tibia en rotación externa.

DEMOGRAFÍA:

En las series revisadas, un 72% de las lesiones afectan a hombres y un 28% a mujeres. La edad oscila entre los 20-30 años y el lado derecho y el izquierdo se afectan de manera similar. La localización en el astrágalo es en el ángulo antero-lateral y postero-medial.

CLÍNICA:

Historia de traumatismos: esguinces o fracturas. Dolor agudo, súbito al movimiento del tobillo en carga. Punto doloroso en ángulo medial o lateral del astrágalo. Sinovitis o efusión articular ligera. Crepitaciones o atrapamientos recidivantes y dolorosos.

ESTUDIOS POR IMAGEN:

Radiografías AP, mortaja, lateral; flexión plantar y dorsal máxima de la mortaja. 99Tc, TAC, RMN.

CLASIFICACIÓN:

Entre las distintas clasificaciones trataremos de dar una opinión de los factores a favor y en contra de cada una, sugiriendo la utilización de las que creemos más adecuadas.

Berndt y Harty, aparece en una nota al pie de una tabla de su publicación original. No está claro si se trata de una clasificación radiográfica, quirúrgica o ambas. Existe una escasa correlación con los hallazgos artroscópicos.

- TAC: Ferkel y Sgaglione clasifican las lesiones en cuatro estadios. Existe una mejor correlación con los hallazgos artroscópicos.
- RMN: Anderson et al, cuatro estadios. Modificación de Berndt y Harty. Incluye quiste subcondral (IIA).
- Artroscopia Pritsch et al: escasa correlación con radiografías.
- Cheng, Ferkel, Applegate: seis estadios.

TRATAMIENTO:

Quirúrgico sólo en casos sintomáticos.

Episodio agudo: inmovilización 3-6 semanas. Fisioterapia. Seguimiento según la sintomatología durante 3-6 meses.

CRÓNICO:

Se revisan las distintas opciones de tratamiento quirúrgico entre las que se citan: lavado y desbridamiento articular, técnicas de estimulación de crecimiento de células de la médula ósea (abrasión, perforaciones, microfracturas), aloinjertos osteocondrales, aloinjertos osteocondrales, implantes de condrocitos autólogos.

Estos últimos destacan por la posibilidad de conseguir una regeneración de un tejido similar al cartilago articular.

INESTABILIDAD CRÓNICA DEL COMPLEJO PERIASTRAGALINO

Dr. M. NÚÑEZ-SAMPER

Tratamiento quirúrgico

El complejo periastragalino es una unidad anátomo-funcional visco-elástico formada por la articulaciones tibio-astragalina, subastragalina y tibio-peroneo distal o sindésmosis cuyo centro es el astrágalo, causante de aquellas lesiones ligamentarias agudas que pueden evolucionar hacia una inestabilidad crónica, de no ser convenientemente tratadas de inicio.

En función de la zona anatómica y de las estructuras ligamentosa afectadas se clasifican en:

- Inestabilidad lateral.
- Inestabilidad subastragalina.
- Inestabilidad tibio-peroneo distal.
- Inestabilidad medial.
- Inestabilidad combinada.

En función del grado: en leves y graves o complejas.

El diagnóstico en principio debe ser por la historia clínica, de dolor, esguinces de repetición, inestabilidad en la carrera y el salto, debiendo ser confirmado por imagen, mediante radiografías simples y funcionales así como por la resonancia magnética.

El tratamiento quirúrgico debe tener la finalidad de devolver al complejo periastragalino la estabilidad, dinamicidad y propiocepción que dispone.

Las técnicas quirúrgicas son diversas para cada nivel y grado: retensado ligamentoso, plastia ligamentosa autóloga, plastia homóloga y artrodesis subastragalina en algunos casos. Los procedimientos pues, son diferentes para cada tipo de inestabilidad y región afectada.

En las inestabilidades laterales leves utilizamos el retensado ligamentoso tipo Karlson, en las graves o complejas plastias autólogas tipo Castaing II con modificaciones personales y plastia tendinosa con aloinjerto tendinoso criopreservado siguiendo el diseño de Castaing.

En la inestabilidad subastragalinas es útil la tenoplastia de Miralles utilizando el peroneo lateral corto a modo de "pivote" y en algunos casos graves hay indicación de hacer una artrodesis subastragalina.

En la inestabilidad tibio-peronea distal, aunque poco frecuente, tiene indicación la plastia de Castaing I con el peroneo lateral corto y en la medial, poco frecuente también, realizamos una reconstrucción minuciosa del ligamento lateral interno y un avance de la inserción (a modo de refuerzo) con el tendón tibial posterior, tipo Miller.

También existen inestabilidades combinadas que requieren actuar sobre las dos cámaras articulares: la tibio-astragalina y la subastragalina, en estos casos es útil utilizar hueso criopreservado para hacer una artrodesis subastragalina (Grice) y una plastia tendinosa criopreservada como anteriormente se ha referido.

Como resumen, exponemos que las inestabilidades crónicas requieren:

- Estudio específico del nivel afectado y grado.
- Diagnóstico clínico y de imagen específicos.
- Si se requiere una plastia tendinosa, autóloga u homóloga, ésta debe ser sencilla siguiendo la "estructura" anatómica que respete la movilidad articular sin bloquearla.
- En algunas ocasiones es útil la artrodesis subastragalina.
- La finalidad debe ser recuperar la estabilidad, dinamicidad y propiocepción del complejo subastragalino.

LA ARTRODESIS TRIPLE: CÓMO MEJORAR NUESTRA TÉCNICA

Dra. GRETA DEREYMAEKER

¿Cómo mejorar la estabilidad del pie deformado?

Entre 1878 en que Albert describió la fusión calcáneo-peroné para el pie equino paralítico y 1927 con Lambrinudi con su Triple artrodesis con resección de la parte inferior del apéndice y cuello del astrágalo para corregir el equino, han sido descritos numerosas intervenciones para mejorar la estabilidad y corregir el pie deformado.

Funcionalmente el complejo subastragalino y la articulación de Chopart actúan COMO UNA UNIDAD.

Las indicaciones de artrodesis triple: el retropie doloroso. Deformidad severa o inestabilidad del retropie. Cambio Postraumáticos después de las fracturas del calcáneo.

Toma de decisiones y objetivo de la cirugía: El alivio del dolor. La corrección de la deformidad del pie. Proporcionar un pie estable. Mejoría de la función.

El procedimiento quirúrgico es difícil PERO Proporciona grandes posibles correcciones y Buen alivio del dolor bueno y el retropie estable.

El método de fijación preferido ahora: el TORNILLO de ICOS.

Influencia de la artrodesis del retropie en la articulación del tibiaastragalina (Heus y Marti, JBJS, 1997): Ninguna diferencia estadísticamente en la función a lo largo del seguimiento. Ninguna diferencia en los cambios degenerativos a nivel tibiaastragalino o mediotarsiana.

La artrodesis triple dará buen resultado a largo plazo si la posición del pie es correcta: por consiguiente realizar un correcto examen preoperatorio.

Señalar: la importante corrección axial que tiene que ser hecho. La importancia de las deformidades a corregir. La deformidad en equino, deformidad varo/valgo. Disbalance muscular. El examen físico del pie activo y pasivo.

Ninguna disección del Subcutáneo: Busque una buena hemostasia. Busque el nervio peroneo superficial. Abra el Seno del tarso. Desinserte el músculo extensor en su origen. Defina las diferentes articulaciones. Sea suave con los tejidos blandos y use un separador de lámina.

Riesgos en la articulación subastragalina: No cortar el tendón de Flexor largo propio del primer dedo.

Riesgos en la reducción: Pie perpendicular a la pierna en el plano coronal y frontal. Pie neutral a la pierna en el plano sagital.

Posicionamiento del pie. Primero reducir la articulación subastragalina llevando el calcáneo debajo del astrágalo y mantenimiento en posición neutra varo-valgo y con el pie en posición neutra dorsiplantar y addabducción, luego reducir la articulación de Chopart por rotación interna para corregir la supinación y por rotación externa para corregir la pronación.

Fijación con tornillo ICOS

Manejo postoperatorio. Inmovilización 4 semanas. 4 a 6 semanas deambulacion con yeso. Rehabilitación hecha por el paciente durante por lo menos 6 semanas. Edema del pie y tobillo puede persistir hasta los 6 meses.

Estudio de seguimiento de 25 años de cirugía de pie. 750 pacientes. 1992 Dr. Muller Liesbeth. 1994 Dr. Fortems Yves. 2000 Dr. El Ene de Mievys y Sarah Nuyts.

Artrodesis triple. Indicaciones: Degenerativa 48%, Postraumática 14%, Sinostosis Tarsiana 5%, Necrosis Avascular / Idiomatica 3%, Enfermedades Musculoesqueléticas 20%.

Aspectos Generales de la población: 263 artrodesis triple entre 1983 y 1991. 126 hombres (48%), 137 mujeres (52%). 28 pacientes, artrodesis triple bilateral.

Edad media de operados: 36 años 2 meses. Periodo de seguimiento: 3 años a 14 años. Seguimiento medio: 7 años 6 meses.

Evaluación objetiva: (según Halgrimson y Mckenzie). Ideal: 13% Bueno 54% Regular 10% y pobre 23%.

Evaluación subjetiva (Kitaoka anotan): Excelente: 18% (n=45) Muy bueno: 28% (n=72) Bueno: 39% (n=107) Pobre: 15% (n=39). Satisfecho: 85% Insatisfecho: 15%

La fijación por el TORNILLO de ICOS

Estudio prospectivo de 50 pacientes.

Tornillo ICOS subastragalina contra tornillo clásico o agujas de Steinmann

A las 6 semanas: consolidación radiológica en 29% contra 14,5%

A los 3 meses: consolidación radiológica en 71% contra 62%

Conclusiones:

Tiempo de consolidación: Promedio: 3,5 meses contra 5 meses; Máximo: 12 meses contra 24,5 meses.

Ventajas de tornillos ICOS: A las 6 semanas y a los 3 meses más artrodesis consolidaron con los tornillos ICOS y el tiempo de consolidación 1,5 más corto con el tornillo ICOS.

Desventajas de tornillos ICOS: tiempo quirúrgico 15 minutos más largo y el precio 3 veces más caro.

ARTRODESIS DE TOBILLO VERSUS PROTESIS DE TOBILLO

DR. RAMON VILADOT PERICÉ

Las prótesis de tobillo no han alcanzado la popularidad de las prótesis de cadera y rodilla, en parte debido a que la artrosis primaria del tobillo es poco frecuente y por lo general se acepta que las artrodesis de tobillo dan un resultado fiable y duradero.

Sin embargo es evidente que la artrosis post traumáticas es poco frecuente. Por otra parte la tendencia natural de la artrodesis de tobillo es a desviarse en varo y a medio-largo plazo hay una afectación de las articulaciones vecinas en la mayoría de casos.

Debe también tenerse en cuenta que el diseño de las prótesis de tobillo ha mejorado en estos últimos años y que existen numerosos trabajos de revisión en que hay una supervivencia de la prótesis superior a los 10 años de su colocación.

Hay unas contraindicaciones formales y otras relativas para el implante de una prótesis de tobillo. Los pies paralíticos, neuropáticos, la necrosis del astrágalo, infecciones latentes, una mala alineación de la articulación, etc., son factores que desaconsejan la colocación de una prótesis de tobillo.

En nuestra postura actual la prótesis de tobillo tiene su indicación bien como técnica definitiva, o bien como cirugía a realizar en pacientes jóvenes, a la espera de una solución final, para evitar la aparición de la artrosis de las articulaciones vecinas.

Sin embargo las artrodesis siguen teniendo sus indicaciones, y en esta comunicación se muestra el tipo de artrodesis que habitualmente utilizamos y las indicaciones de cada una de ellas, desde la artrodesis por técnica artroscópica hasta la artrodesis tibio-astrágalo-calcanea utilizando un clavo intramedular.

¿QUÉ EXPECTATIVAS PODEMOS TENER EN LA ARTROPLASTIA DE TOBILLO?

Dra. GRETA DEREYMAEKER

Durante la última década está aumentando rápidamente el acuerdo general de las ventajas de una prótesis total de tobillo sobre una artrodesis en el tratamiento de una articulación del tobillo severamente dañada.

En la literatura es aceptada que la artrodesis de tobillo, cuando se realiza apropiadamente, tiene un buen resultado funcional cuando solo está afectada la articulación tibio-astragalina. Pero es también conocida que a largo plazo el estrés aumentará sobre las otras articulaciones más distales.

La artrodesis es un procedimiento último y, cuando sólo la articulación del tobillo está afectada, en esta fase del desarrollo de la prótesis de tobillo debe ser todavía preferido en los pacientes jóvenes muy activos, jornaleros obligados a trabajos pesados, en casos de infección y en pacientes diabéticos. Sin embargo la tasa de complicaciones en la artrodesis alcanza entre el 10 al 30% en los casos severamente mal alineados e infectados.

Aunque la proporción de fracasos de la primera generación de prótesis de tobillo promediaron el 50% después de 10 años, la mejoría en el diseño de la segunda generación de prótesis en la última década, son más prometedores.

¿Qué salió mal en la primera generación de prótesis de tobillo? Las cinemáticas del tobillo normal no eran suficientemente bien entendidos y la mayoría de los tipos de prótesis eran constreñidas o semiconstreñidas.

Debido al uso del cemento para la fijación del implante los problemas de rescate encontrados fueron enormes cuando ocurrieron los aflojamientos.

El desarrollo se alcanzó desde que llegaron a utilizarse prótesis no constreñidas y no cementadas recubiertas de hidroxiapatita. El componente de apoyo móvil agrega un movimiento más anatómico del tobillo normal.

Diferentes tipos de prótesis total de tobillo como el S.T.A.R., Buechel-Pappas, Agility, Tomier, Salto e Hintegra...están ahora en el mercado.

Las ventajas de los diseños más nuevos están acreditadas por la cantidad muy pequeña de resección ósea, y la forma más anatómica de la prótesis como en la de Hintegra.

La mejora de instrumentación era y todavía es necesaria, cuando la curva de aprendizaje es muy alta para la mayoría de los cirujanos. Especialmente problemas cutáneos son la mayoría de las complicaciones encontradas y que pueden ser evitadas por la retracción cuidadosa y el uso limitado del torniquete (< 90 minutos).

La mala posición de la prótesis en los cirujanos durante la curva de aprendizaje es debido principalmente al establecer la indicación en las deformidades también difíciles.

El mal alineamiento del retropié de más de 8° de varo o valgo, equino de más de 15°, así como la severa inestabilidad ligamentosa no pueden ser corregidos por la propia prótesis y deben tenerse en cuenta para una osteotomía tibial/calcánea, artrodesis triple o subastragalina o la reparación de los ligamentos. En este momento no hay ninguna prueba científica si esto es mejor hacerlo en uno o dos procedimientos. Dependerá de la deformidad y/o cirujano.

Las indicaciones para la PTT, son el tobillo degenerativo o artrósico doloroso con suficiente stock óseo. Los resultados no difieren significativamente respecto a la etiología.

Más del 60% de nuestros pacientes fueron sometidos a cirugía previa en la región del retropié o sufrieron artrosis Subastragalina o de Chopart.

Una tasa media de satisfacción subjetiva (Kofeod y scoringsystem de Kiatoki) de 78% se obtiene con la STAR y 80% con la prótesis de Hintegra después de 2 años de seguimiento medio. Esto se quedó inalterado en la prótesis STAR durante un seguimiento de 4 años (7a - 3a).

El nivel del dolor de 92% de los pacientes estaba claramente reducido. En el preoperatorio 70% tenían dolor continuo que se redujo en el postoperatorio a 8%. Una mejora clara también fue notada en las actividades de vida diaria.

Acerca de la mejoría del rango de movimiento, también con la STAR como la Hintegra: esto alcanzó aproximadamente 30° (preop 16.4° (5-40) y postop 29.1° (10-50)).

Aunque ésta es una mejora sustancial en el movimiento normal apenas apenas puede obtenerse en todos los tobillos. La movilidad mejorará gradualmente en los primeros 6 a 9 meses. La férula postoperatoria no tiene influencia final en el último resultado de la movilidad.

Donde la movilidad preoperatorio se redujo a menos de 500m en más del 74% de los pacientes, 89% de ellos podrían caminar trayecto ilimitado o más de 500m. Donde el 88% de los pacientes apenas pudieran subir o descender las escaleras, postoperatoriamente el 95% de las prótesis Hintegra y 74% de las de STAR pudieron normalmente usar las escaleras. Este resultado apenas cambió durante los años en el segundo estudio de seguimiento.

Ninguna correlación fue encontrada entre las evaluaciones radiográficas y el resultado clínico en ambos tipos de prótesis.

Ninguna complicación mayor de la herida o infecciones fueron encontradas en estas dos series de pacientes. Una rotura de un componente de la STAR necesitó reemplazo y un error de poca importancia de colocación del componente tibial necesitó la revisión.

Aunque no puedan darse todavía resultados a largo plazo, los resultados de la PTT, anima especialmente a involucrarse sobre todo en el tratamiento del problema doloroso del tobillo artrósico. La mejor forma anatómica de la prótesis de Hintegra debe a largo plazo mejorar los ya buenos resultados obtenidos con la STAR.

BIOMECÁNICA CLÍNICA DEL APOYO METATARSAL

Dr. E. MACEIRA SUÁREZ

En esta conferencia se realiza un repaso a las principales estructuras anatómicas implicadas en la biomecánica del antepié, tanto en la bipedestación como durante la marcha normal, describiendo las fases de apoyo durante el ciclo de la marcha según la teoría de los tres "Rocker" y las implicaciones clínicas y fisiopatológicas a las que pueden dar lugar las posibles variaciones de estos parámetros biomecánicos, como el Índice Metatarsal o el balance muscular.

Por otro lado, se describe la semiología de las queratosis plantares así como los mecanismos biomecánicos implicados en algunos trastornos comunes en la patología del antepié como los dedos en garra.

OSTEOTOMÍA PERCUTANEA DE LOS METATARSIANOS CENTRALES

Dr. GONZALO CONCEIRO BARREIRO

Se define la metatarsalgia como un cuadro clínico de etiopatogenia múltiple que cursa con dolor al apoyo del antepié.

En la patología más frecuente del pie y en un porcentaje de 90% corresponde a mujeres, poniendo en relieve además la influencia genética la utilización de calzado inadecuado con tacón alto y horma estrecha en antepié.

Diversos factores pueden ser la causa de metatarsalgia:

- Procesos inflamatorios (Artritis Reumatoidea, artritis seronegativas, sinovitis)
- Procesos degenerativos: Osteocondrosis (Freiberg)
- Neurómas (Morton, interdigitales)
- Metatarsalgias Biomecánicas

La metatarsalgia por causa biomecánica es la más frecuente y aparte de la sobrecarga de todo el antepié al apoyo, como ocurre en el pie equino y pie cavo, predominan los desequilibrios al apoyo del antepié provocados por el Síndrome de Insuficiencia del primer radio, originando una sobrecarga de los metatarsianos laterales.

El acortamiento congénito del primer metatarsiano suele ir acompañado de desviación en el varo del mismo, provocando Hallux Valgus y sobrecarga de los metatarsianos centrales, sobretudo del segundo y tercero, así como alteraciones en los dedos por subluxación ó luxación MTTF (dedos en martillo, garra, etc.). También la hiperlaxitud ligamentosa y la falta de tono muscular pueden ser factores predisponentes.

En ocasiones y solo en estadios iniciales puede dar resultado el aplicar un tratamiento conservador mediante ortesis y calzado adecuado, pero en estados avanzados con subluxación ó luxación MTTF y dolor intenso al apoyo con formación de hiperqueratosis, debemos aplicar el tratamiento quirúrgico.

La Cirugía Percutanea, nos permite mediante anestesia local y a través de mínimas incisiones de (2 m.m.) sobre el dorso intermetatarsiano a nivel de las cabezas conseguir una alineación metatarsal mediante osteotomía de la metafisis distal, sin ningún tipo de osteosíntesis, permitiendo la carga inmediata para que las cabezas de los metatarsianos se sitúen en el lugar adecuado.

Técnica Quirúrgica

Bajo anestesia loco-regional: N. Tibial post./ Ramas Safeno peroneo/ Peroneo profundo y Sural (solo para borde lat.).

A través de mini-incisiones dorsales de 2 m.m. a nivel del IIº, IIIº y IVº espacios intermetatarsales y después de desepiostizar el borde lateral del cuello del metatarsiano, realizamos una osteotomía que va de plantar-proximal a dorsal-distal con una angulación de 45º con relación al plano tierra, bajo control de Fluoroscopia.

Utilizamos una fresa de corte Shannon 44 larga y al mismo tiempo que realizamos la osteotomía hacemos presión con el pulgar sobre la planta del pie desplazando la cabeza hacia dorsal.

Para prevenir posibles metatarsalgias por transferencia, hacemos osteotomía de los metatarsianos vecinos, siguiendo la siguiente pauta: sobrecarga del IIº MTT... osteotomía del IIº y IIIº ; sobrecarga del IIIº ... osteotomía del IIº, IIIº y IVº; sobrecarga del IVº... osteotomía del IIIº Y IVº.

No utilizamos ningún tipo de osteosíntesis y se permite la marcha en carga inmediata con vendaje elástico de antepié y zapato postquirúrgico, retirando los puntos de sutura a los 8 días y manteniendo una venda Coban hasta la 5ª semana.

En la mayoría de los casos existe sub. ó luxación de la MTTF originando dedos en martillo o dedos en garra.

Cuando esto ocurre, realizamos previamente tenotomías, capsulotomía y osteotomía de falanges.

Nos basamos en una experiencia de más de 1000 pies intervenidos a lo largo de más de 6 años con un porcentaje del 98% de mujeres.

Hemos realizado un estudio de la evolución de 60 casos a los 2 años de la intervención, obteniendo unos resultados, con la siguiente valoración:

desaparición del cuadro clínico... 60%; mejoría... 25%; sin mejoría y/o empeoramiento...10%; reintervenciones... 5%.

En el momento actual y basándonos en nuestra experiencia en la cirugía del antepié, consideramos que la Cirugía Percutanea es una buena técnica para resolver casi todos los problemas quirúrgicos de la metatarsalgia, tanto por los buenos resultados como por sus ventajas:

- anestesia local.
- sin isquemia.
- mini-invasiva (mínima invasión de partes blandas con mínimo riesgo de infecciones), no precisa implantes ni hospitalización y permite la marcha en carga inmediata sin dolor postoperatorio.

Esta técnica quirúrgica no está exenta de complicaciones y la mayoría con grave resultados se deben a errores de estrategia, mala asepsia, ausencia de instrumental específico y sobretudo por inexperiencia del cirujano. La C.P. del pie precisa de una curva de aprendizaje muy amplia y de gran experiencia previa en cirugía abierta.

LAS OSTEOTOMÍAS MÚLTIPLES INSTRUMENTADAS EN EL ANTEPIE PARA EL TRATAMIENTO DE LAS METATARSÁLGIAS MECÁNICAS DE PROPULSIÓN

Dr. E. MACEIRA SUÁREZ

Los objetivos mecánicos generales de la cirugía en estos pacientes son: la consecución de una fórmula digital cuadrada, con la cabeza del primer metatarsiano centrada sobre el aparato glenosesamoideo y con las articulaciones metatarso-falángicas íntegras, reducidas, estables y correctamente alineadas. Se admite así la existencia de un pie mecánicamente ideal, cuya estructura se pretende reproducir con la intervención.

Las osteotomías instrumentadas múltiples del antepié deben reservarse en general para pacientes con metatarsalgias de origen mecánico (quedan excluidas por tanto las de origen inflamatorio) que cumplan los siguientes requisitos: calidad ósea suficiente, actividad física habitual que justifique calidad funcional, estado articular merecedor de conservación o con visos de ser mejorable, pacientes sin enfermedades sistémicas que impliquen alto riesgo quirúrgico local o general, pacientes sin alteraciones mecánicas proximales desencadenantes de la metatarsalgia (equino, cavo importante...), pacientes sin indicios de alteración en el equilibrio psíquico.

LAS OSTEOTOMÍAS DEL HALLUX

Dr. E. TOULLEC

Las osteotomías del hallux se usan a menudo en la cirugía del pie. Generalmente distinguimos la localización anatómica (proximal, diafisaria y distal) y el tipo de corte (chevron, oblicua, curva, etc...). Cada osteotomía permite algunas correcciones del hueso y es necesario comprender lo que se pretende hacer: descenso /elevación, varización/valgización, rotación, acortamiento, corrección del PASA. A veces, es necesario combinar dos osteotomías para corregir toda deformidad (generalmente basal y distal).

La elección de la localización depende de la importancia de la corrección, la osteotomía basal está indicada en los casos más severos. Otra cuestión, es la estabilidad de cada osteotomía, con o sin fijación, porque es muy importante mantener la corrección durante la curación ósea y permitir una recuperación funcional precoz.

La osteotomía del primer metatarsiano está indicada en:

- Hallux valgus: crearon distal, osteotomía en scarf, osteotomía basal oblicua
- Hallux rigidus: osteotomía de weil...
- Hallux valgus: osteotomía basal de sustracción (Denis)
- Pie cavo: osteotomía BRT
- Pie plano: osteotomía basal dorsal de adición, osteotomía en scarf

Naturalmente, estas osteotomías están asociadas con procedimientos en los tejidos blandos dependiendo de la deformidad.

A veces, es necesario asociar una osteotomía de la primera falange para corregir una varización, una rotación o un exceso de longitud del primer dedo. También en este caso la localización y el tipo de corte se indica según la deformidad.

Para concluir, es necesario el conocimiento de todas las posibilidades de las diferentes osteotomías del primer metatarsiano y de la primera falange para adaptar nuestra cirugía a la patología del pie a tratar.

ANTEPIÉ REUMÁTICO

Dr. A. CARRANZA BENCANO

En las artritis reumatoides clásicamente se ha dado gran valor a las deformidades de las manos, sin restar importancia a las mismas, creemos que la afectación de los pies es muy frecuente, puede llegar a ser tremendamente invalidante y puede además constituir uno de los síntomas iniciales de la enfermedad.

La deformidad más frecuente en el antepié reumático es el hallux-valgus, cuya incidencia y severidad se incrementa con la duración de la enfermedad. En los dedos laterales, la deformidad más frecuente es el desarrollo de los dedos en garra en combinación con desviación perineal. El quinto dedo puede desarrollar diferentes deformidades como resultado del valgo y pronación del quinto metatarsiano.

Con todo ello, el proceso inflamatorio al afectar a todas las articulaciones metatarsofalángicas provoca atrofia y desplazamiento de la almohadilla grasa plantar, lo que junto a las luxaciones metatarsofalángicas determina que las cabezas metatarsales sean palpables bajo la piel plantar y determinen el desarrollo de callosidades dolorosas y bursitis submetatarsianas.

Las indicaciones de reconstrucción quirúrgica del antepié reumatoide son el dolor resistente al tratamiento conservador y la aparición de ulceraciones invalidantes. Los objetivos de la cirugía se dirigen a intentar restituir la normalidad estática y dinámica, o crear una nueva situación que perturbando lo menos posible la biodinámica, alivie los síntomas del pie enfermo, pero siempre dentro de la evolución natural de la enfermedad, porque, aunque pueden existir periodos temporales de mejoría la realidad es que nunca llega a curar, y consecuentemente los resultados de la cirugía se verán deteriorados con el paso del tiempo.

Nosotros preferimos realizar una alineación metatarsal que persigue un doble objetivo: por una parte biológico al realizar una sinovectomía y por otro biomecánico al obtener una fórmula metatarsal tipo index plus minus. sin embargo, al cabo de unos años la deformidad del antepié recidiva en un tercio de los casos de manera parcial, sin que ello vaya acompañado de dolor. Por este motivo, aconsejamos asociar la artrodesis de la primera articulación metatarsofalángica a la alineación metatarsiana. La recidiva de la deformidad se origina en el primer dedo y los demás dedos son arrastrados por éste, de tal manera que un primer dedo en posición correcta actuaría como un tutor que impediría la deformidad de los dedos vecinos.

DEFORMIDADES DEL TOBILLO EN LA INFANCIA

Dr. PEDRO GONZÁLEZ HERRANZ

La deformidad del tobillo durante la edad de crecimiento es una patología poco estudiada comparada con las desviaciones axiales a nivel de la rodilla motivada a su menor trascendencia funcional, clínica o cosmética. No obstante, merece la pena profundizar en la fisiopatología de la articulación tibio-peronea-astragalina por ser una articulación de carga y que en teoría y a largo plazo puede evolucionar hacia la aparición de fenómenos degenerativos a una edad intermedia.

Los valores radiológicos normales del tobillo en un plano frontal están entre 86°-92° y en el sagital entre 78°-82°. Cifras que excedan estos valores determinarán las deformidades en varo o valgo en el plano frontal y recurvatum (pseudo-talo) o antecurvatum (pseudo equino) en el plano sagital. No obstante la interpretación radiológica, y en los niños en concreto, es difícil de realizar porque la técnica radiológica ortodoxa es de gran dificultad en esta población, y el grosor del cartilago articular radio transparente y variable con la edad puede dificultarnos en trazar las líneas para la obtención de los ángulos.

Desde el punto biomecánico la transmisión de cargas se realiza a través de la tibia en 90% y del peroné en menos del 10%. Con respecto al crecimiento de la pierna la fisis distal de la tibia contribuye con el 35-40% de la longitud tibial y el maleolo peroneo varía con la edad entre el 20-40%. Por esto la altura fisaria del peroné puede variar con respecto a la interlínea articular a lo largo del crecimiento fisiológico.

Existen además situaciones frecuentes que pueden parecer clínicamente deformidades a nivel del tobillo pero que en realidad asientan en estructuras próximas como puede ser la articulación subastragalina (pie plano calcáneo-valgo), o retracciones músculo-tendinosas (zambo, plano A-V, neurologico...) o ligamentosas (artrogriposis...) que pueden confundirnos con una deformidad del tobillo.

Las defrmidades en el plano frontal son mas frecuentes que las de plano sagital, seguramente porque estas últimas se encuentran en el plano fundamental del movimiento del tobillo (flexo-extensión) lo que supone que una discreta deformidad es compensada con una leve pérdida de movilidad. Por el contrario las deformidades en varo o en valgo al no encontrarse en el plano de movilidad quedan a expensas de los fenómenos de remodelación dependiente de la fisis distal de la tibia.

Existen múltiples causas que pueden originar una deformidad en la articulación del tobillo en la edad infantil: Congénitas, traumáticas, infecciosas, neurológicas, iatrogénicas, asociadas a displasias óseas, tumoral, etc... entre otras. Y estas deformidades pueden comportarse de diferente forma: estáticas(invariables con el tiempo) o dinámicas (que desaparecen debido a fenómenos de remodelación o las que se agravan con la edad).

El tratamiento se basa en la etiología y asiento de la deformidad, así como la edad del paciente. De esta forma se puede realizar deseipfisiodesis y epifisiodesis cuando exista crecimiento residual suficiente. Si el crecimiento está próximo a su finalización fisiológica, la realineación se tendrá que realizar mediante osteotomía. Tanto unos métodos como otros pueden realizarse con diferentes métodos de osteosíntesis (grapas, tornillos, placas, fijación externa...) y pueden ser osteotomías de acortamiento o de adición para evitar acortamiento de la extremidad. También desde el punto de vista de la estrategia quirúrgica a seguir en ocasiones la corrección requiere realizarse de forma gradual con fijación externa, con el fin de no lesionar estructuras vasculo-nerviosas o la capa germinal del cartilago de crecimiento.

Es preciso recordar que desgraciadamente un porcentaje de las deformidades angulares nada despreciable está originado de forma iatrogénica y por tanto son prevenibles. En situaciones como en el tratamiento de las fracturas fisarias del tobillo, resecciones de peroné para la toma de injertos, alargamientos de la tibia, etc... son situaciones en las que el desconocimiento de la fisiopatología y biomecánica del tobillo en edad infantil nos va a provocar una alteración o deformidad que puede requerir un ulterior tratamiento adicional o dejar secuelas permanentes.

COMPLICACIONES Y SECUELAS EN LA CIRUGIA DEL TOBILLO

Dr. ERIC TOULLEC

Los objetivos de la cirugía del tobillo, no son solo mejorar el dolor, sino también restaurar la movilidad y estabilidad para devolver al paciente a su actividad previa.

Sin embargo, a veces la cirugía falla debido a:

- Mala indicación.
- Mala técnica.
- Lesiones asociadas no diagnosticadas.
- Evolución natural de la enfermedad
- Precarias condiciones del paciente.

Si en algunos casos podemos evitar la complicación, en otros es predecible y debemos informar al paciente antes de la realización de la cirugía. El tratamiento de las complicaciones es generalmente bien codificado.

El problema es cuando no comprendemos la razón del fallo. En ese caso la exploración clínica debe ser completa, valorando la estabilidad, la movilidad y el eje de las diferentes articulaciones de miembros inferiores. El uso de técnicas de imagen es necesaria, y sobre todo la gammagrafía ósea para localizar la lesión. El uso de scanner tridimensional per-operatoriamente es necesario es de interés.

Los resultados son habitualmente pobres debido a que no se comprende la lesión, pero también debido al aspecto psicológico, la retracción cutánea y la rigidez, después de la primera cirugía.

En conclusión, las complicaciones de la cirugía del tobillo no son todas evitables, debemos informar al paciente de los límites de nuestro tratamiento.

COMPLICACIONES EN EL TRATAMIENTO DEL PIE ZAMBO

Dr. T. EPELDEGUI

A pesar de los satisfactorios resultados que se obtiene con el tratamiento conservador del pie zambo, el 25% de los casos recidivan (según autores, entre el 13% y el 50% de los casos).

La recidiva más frecuente es el aducto y la supinación dinámica del antepié. Otras secuelas son la hipercorrección la insuficiencia del tríceps y la recidiva completa.

Se han considerado como causas de las recidivas: Correcciones incompletas, Pérdida del mantenimiento de la corrección, Cicatrices anómalas con retracciones tendinosas y coaliciones tarsales que en ocasiones pasan inadvertidas o incluso que son provocadas durante el tratamiento quirúrgico.

Hay que considerar las diversas etiologías que se consideran en el origen del pie zambo y que también pueden incidir en sus evoluciones hacia la recidiva o la complicación.

Existen factores genéticos que se ponen de manifiesto por la incidencia de mayor frecuencia en familiares y especialmente en gemelos univitelinos (32,5% en monozigóticos solo 2,9% en dizigóticos).

Las anomalías vasculares descritas por Hootnick (hipoplasia o ausencia de arteria Tibial anterior) junto a los hallazgos de Muir et al. De prevalencia sustancial de ausencia de pulso en arteria dorsalis pedis en padres de niños con pies zambos.

También hay que contemplar las aportaciones de Ippolito y Sano refiriendo aumento de fibrosis y definiendo la gradación de células de fibroblastos a miofibroblastos, similar al proceso de curación.

Todos estos hallazgos ayudan a prever algunas evoluciones y a destacar junto a signos de la exploración factores de riesgo o mal pronóstico que conducirán a un seguimiento más cuidadoso y a una vigilancia más próxima.

La nomenclatura de pie zambo se aplica a todos los pies que presentan esa deformidad pero es necesario diferenciar algunos tipos de pies zambos de otros. Especialmente los pies zambos neurológicos que tiene un comportamiento diferente al resto así como los pies artrogriposos o los sindrómicos.

El tratamiento de las recidivas y/o complicaciones suele requerir procedimientos quirúrgicos.

Los defectos más comunes de apreciar en las recidivas son.

- Aducto residual
- Cavo residual
- Varo / Valgo residual
- Supinación dinámica del antepié
- Prominencia dorsal del primer dedo
- Problemas cutáneos

El tratamiento depende de las edades en que se realice así como de la presencia de una o más deformidades. Varía entre repetición de liberación de partes blandas hasta cirugía de salvamento ante la madurez esquelética.

COMPLICACIONES Y SECUELAS DE LA CIRUGIA DEL HALLUX VALGUS

Dr. RAMÓN VILADOT PERICÉ

Las complicaciones en cirugía del hallux valgus van a depender en gran medida de la técnica específica utilizada. Sin embargo existen unas complicaciones comunes a todas las técnicas, como son las infecciones y problemas de origen vascular. También podrían englobarse en este grupo las hipo e hipercorrecciones.

En la cirugía de hallux valgus mediante técnica de Keller-Brandes, las complicaciones más frecuentes son la rigidez de la articulación metatarsofalángica y la insuficiencia del 1º radio provocada en general por un acortamiento excesivo del 1º dedo que condiciona muchas veces una metatarsalgia central.

En las osteotomías proximales del metatarsiano se han descrito necrosis de la cabeza y pseudoartrosis.

En las osteotomías proximales la complicación más frecuente es el ascenso del 1º metatarsiano con la metatarsalgia correspondiente.

Las diferentes técnicas de osteosíntesis "per sé" pueden ser el origen de problemas como rupturas de material de osteosíntesis, etc., y a pesar de que con el acortamiento de la falange y síntesis de la falange se pretende evitar la aparición de una artrosis y conservar la articulación metatarsofalángica, ello no siempre se consigue.

La cirugía percutánea conlleva un cierto grado de inestabilidad de la osteotomía y favorece al desplazamiento de la misma, lo que da origen a diversas complicaciones y secuelas.

El tratamiento del hallux valgus con prótesis no está solucionado, mejores perspectivas tiene el empleo de las endoprótesis en el hallux rigidus. Los aflojamiento de los componentes protésicos son frecuentes en la cirugía de hallux valgus cuando se escoge esta opción.

Existen diferentes métodos para tratar las complicaciones y secuelas, algunas de ellas se realizan sobre el 1º radio y otras sobre los metatarsianos centrales.

La artroscopia puede tener su papel en determinados casos, aun cuando a veces la solución más efectiva es realizar una artrodesis.

Las osteotomías de Weil y la resección de las cabezas metatarsianas a nivel de los metatarsianos centrales son gestos quirúrgicos necesarios en muchas ocasiones.

El objetivo del tratamiento quirúrgico de las complicaciones de hallux valgus es conseguir un antepie estable e indoloro, lo más funcional posible, que proporcione una deambulación correcta, estético y que permita la colocación de un calzado normal. Sin embargo el complemento de ortesis plantares será necesario en muchas ocasiones.

COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA PERCUTÁNEA DEL PIE

Dr. GONZALO CONCEIRO BARREIRO

A pesar de que la C.P. del pie se realiza bajo anestesia local, a través de mini-incisiones y permite al paciente deambular sin dolor una vez finalizada la intervención...

Esto no quiere decir que se trate de una cirugía sencilla y exenta de complicaciones.

Debe realizarse en un quirófano convencional de un centro hospitalario que reúna las condiciones exigidas para cualquier otro tipo de cirugía abierta.

El material quirúrgico deberá ser el específico para este tipo de cirugía y siempre la intervención se realizará con control de Fluoroscopia y por cirujanos con amplia experiencia en cirugía ortopédica del pie previa a la de la C.P.

Las principales complicaciones que se pueden presentar en la C.P. del pie son:

a) *Complicaciones comunes a la cirugía abierta del pie*

- Infecciones de la herida quirúrgica
- Hemorragias y hematomas
- Cicatrices dolorosas (puntuales)
- Edema postoperatorio
- Distrofia Simpática Refleja
- Secciones tendinosas
- Limitación de la movilidad articular
- Recurrencia de la deformidad
- Persistencia del dolor

b) *Complicaciones específicas de la técnica*

- 1.- Relacionadas con el bloqueo anestésico
 - Neuritis (pasajera)...(+ n. Tibial post.)
 - Reacción alérgica local al anestésico
- 2.- Relacionadas con la propia intervención quirúrgica
 - Lesiones en la piel (abrasiones a nivel de la vía de abordaje por exceso de revoluciones en el motor.
 - Seromas (por escasa extracción de la papilla ósea)
 - Disestesias en dedos
 - Desplazamiento de las osteotomías (vendaje/cerclaje postoperatorio incorrecto).
 - Retardos de consolidación
 - Hipercorrecciones (+PASA)
 - Consolidaciones viciosas
 - Acortamiento del 1º metatarsiano (siempre)
- 3.- Relacionadas con el postoperatorio
 - Vendajes incorrectos (desplazamientos indeseados, escaras, etc.)
 - Mala colaboración del paciente

c) *Complicaciones por errores de técnica = las + frecuentes*

- Bloqueo anestésico incompleto
- Vías de abordaje inadecuadas
- Osteotomías a nivel inadecuado
- Resecciones óseas insuficientes
- Osteotomías incompletas
- Tenotomía incompleta del adductor en el HV
- Por exceso o por defecto de tenotomías
- Errores de estrategia...metatarsalgia por transferencia (+ frecuente)

d) *Complicaciones por errores de diagnóstico*

TRATAMIENTO DE LAS SECUELAS TRAUMÁTICAS DEL PIE

Dr. M. NÚÑEZ-SAMPER

Las secuelas aparecerán cuando, a raíz de un traumatismo, se produce una alteración de los ejes mecánicos, de los arcos plantares, de la fórmula metatarsal, de la fórmula digital o de la alineación frontal de las cabezas metatarsales produciendo una alteración de la biomecánica del pie.

Etiológicamente, y desde un punto de vista global, pueden aparecer como: consecuencia de la propia lesión en sí, por causa de lesiones no tratadas, por tratamientos inadecuados e insuficientes, o bien como consecuencia de lesiones producidas a distancia, con afectación funcional en el pie.

Específicamente, son el resultado de:

- Vicios de consolidación.
- Deformidad postraumática.
- Retardos de consolidación.
- Artrosis degenerativa.
- Osteomielitis crónica.
- Necrosis ósea.
- Distrofias simpático-reflejas.

El tratamiento genérico puede ser ortopédico o quirúrgico y la finalidad será suprimir el dolor, normalizar los apoyos y recuperar la forma anatómica del pie.

Para lograr esos objetivos utilizaremos diferentes procedimientos quirúrgicos como: artrodesis, osteotomías, prótesis, injertos óseos, resecciones óseas o tratamientos combinados (gran parte de las veces) con la finalidad de obtener los mejores resultados escogiendo e indicando cada tratamiento de forma individualizada y personalizada para cada caso.

Las secuelas pueden afectar al retropié, a la bóveda plantar y al apoyo metatarsal o bien afectar a todo el pie.

A nivel del retropié y mediopié, desde un punto de vista global, las más frecuentes son los vicios de consolidación de las fracturas del calcáneo, del astrágalo o las derivadas de la fractura-luxación de Lisfranc o del apoyo metatarsal, cuyos tratamientos serán expuestos.

La artrosis puede afectar al tobillo y a la articulación subastragalina más frecuentemente. Los tratamientos de elección serán sin duda específicos para cada caso: osteotomías, artrodesis o prótesis para la articulación tibio-astragalina y artrodesis para la subastragalina.

Las osteomielitis crónicas deberán ser tratadas según el lugar de asiento y la extensión, mediante resecciones óseas, artrodesis o alineación metatarsal.

A nivel del antepié las secuelas producidas por las fracturas diafisarias o de las cabezas metatarsales no tratadas de inicio, se traducen en graves metatarsalgias por desalineación frontal de las cabezas y requieren hacer osteotomías, o alineación metatarsal para su corrección y normalización del apoyo y de la fórmula metatarsal.

La finalidad pues de todos estos procedimientos será lograr un pie plantígrado e indoloro que permita calzarse y caminar mediante la normalización de los apoyos y la biomecánica alterada, causa fundamental de la secuela.

Comunicaciones orales

Indice Comunicaciones orales

Viernes 21

09:00 - 10:30	Osteotomía de Mitchell: una opción quirúrgica para el tratamiento del hallux valgus	40
	<i>Mata López, P. H.; Galdo Pérez, J.M.; Gómez Suárez, F.; Martínez Rubinos, C.; Santín Velasco, M.</i>	
	Hospital do Meixoeiro. Vigo	
	Coaliciones tarsianas: Nuestra Experiencia	41
	<i>Larrauri, P.M.; Fraga, J.; Álvarez Méndez, M.; Álvarez Montero, R.; Troncoso, J.R.</i>	
	POVISA. Vigo	
	Raro atrapamiento nervioso en la pierna (ramo cutáneo dorsal intermedio del n. musculocutáneo)	42
	<i>García Moreno, A.; Castiñeiras Sánchez, M.; Fraga García, H.</i>	
	Hospital Juan Canalejo. A Coruña	
	Resultados del tratamiento quirúrgico de los neuromas de Morton mediante técnicas mínimamente invasivas	43
	<i>Señaris Rodríguez, J.; Aizpurúa Prada, J.; Baamonde Reigosa, C.; Sanpedro Curbera, C.; Arriaza Loureda, R.</i>	
	Hospital Santa Teresa-Grupo USP	
	Dos años de experiencia en Cirugía Percutánea del pie	44
	<i>Franco Castro, F.; Álvarez Méndez, M.; Gil Tránchez, V.; Troncoso Durán, E.</i>	
	POVISA. Vigo	
	Fracturas y luxaciones del astrágalo	45
	<i>Miranda Blanco, J.M.; Louzao Mosquera, P.; Bañá Sandá, F.; Ameneiro Romero, L.; Varela Vázquez, L.; Souto Rey, V.; Otero Soengas, L.</i>	
	Complejo Hospitalario A. Macide-Prof. Novoa Santos. Ferrol	
	Fractura-luxación tarsometatarsiana (Lisfranc)	46
	<i>Freire Abelleira, C.; Ba-Rahona Aragües, F.; Posadilla Casquete, P.; Diz Debrito, M.; Gómez Canedo, J.</i>	
	POVISA. Vigo	
	Tratamiento del pie zambo por el método de Ponseti	47
	<i>Castro Torre, M.; Freire Ruano, A.; Rodríguez Rodríguez, LL.; Martínez Rubinos, C.; González Herránz, P.</i>	
	Unidad de Ortopedia Infantil-Hospital Juan Canalejo. A Coruña	
	Fijador vertebral percutáneo Sextant. Resultados preliminares	48
	<i>García Vázquez, E.; Castro Menéndez, M.; Mata López, P.H.; Hernández Blanco, M.; Casal Moro, R.</i>	
	Hospital do Meixoeiro. Vigo	
	La cirugía endoscópica en la estenosis de canal lumbar	49
	<i>Castro Menéndez, M.; Gómez Suárez, F.; García Vázquez, E.; Casal Moro, R.; Hernández Blanco, M.</i>	
	Hospital do Meixoeiro. Vigo	

<p>16:00 - 17:00</p> <p>Luxaciones espatulares carpo-metacarpianas: Nuestra experiencia 50</p> <p><i>Posadilla Casquete, P.; Pet Lema, I.; Pombo Expósito, S.; Irisarri Castro, C.</i></p> <p>POVISA. Vigo</p> <p>Tuberculosis de la mano: Experiencia multicéntrica sobre 11 casos 51</p> <p><i>Celéster Barreiro, G.; Irisarri Castro, C.; Enes Martins, A.; Pombo Expósito, S.; Castro Río A.</i></p> <p>Mutua La Fraternidad. Cirugía de la mano. Hospital Modelo. A Coruña</p> <p>Colgajo dorso-radial del índice 52</p> <p><i>Freire Abelleira, C.; Fernández Pereira, T.; Moledo Eiras, E.; Pombo Expósito, S.; Irisarri Castro, C.</i></p> <p>POVISA. Vigo</p> <p>Fracturas diafisarias del fémur en niños. Estudio comparativo de 5 modalidades de tratamiento 53</p> <p><i>Cobelo Romero, E.; Moreno, V.; De la Fuente, C.; Castro, M.; González Herránz, P.</i></p> <p>Unidad de Ortopedia Infantil-Hospital Juan Canalejo. A Coruña</p> <p>Exéresis de la cabeza radial: evaluación clínico-radiológica 54</p> <p><i>Louzao Mosquera, P.; Garea Loureiro, A.; Álvarez Martín, J.A.; Miranda Blanco, J.M.; Bañá Sandá, F.; Ameneiro Romero, L.; Otero Soengas, L.</i></p> <p>Complejo Hospitalario A. Macide-Prof. Novoa Santos. Ferrol</p> <p>Fracturas de la extremidad proximal de fémur: clavo gamma versus DHS 55</p> <p><i>Ameneiro Romero, L.; Louzao Mosquera, P.; Miranda Blanco, J.M.; Bañá Sandá, F.; Varela Vázquez, J.; González González, I.; Otero Soengas, L.</i></p> <p>Complejo Hospitalario A. Macide-Prof. Novoa Santos. Ferrol</p> <p>Artrodesis de la 1ª articulación metatarsofalángica en 25 pacientes: Estudio retrospectivo 56</p> <p><i>Couceiro Sánchez, Gonzalo; Aizpurua Prada, J.; Prego Bestilleiro, A.; Arriza Loureda, R.; Sanpedro Curbera, C.; Baamonde Reigosa, C.</i></p> <p>Hospital Santa Teresa-Grupo USP.</p>	<p>Seudohematoma enmascarando un sarcoma de partes blandas 60</p> <p><i>Mateo, J.; García Moreno, A.; Fraga García, H.</i></p> <p>Hospital Juan Canalejo. A Coruña</p> <p>Osificación heterotópica tras enclavado anterógrado no fresado de fémur 61</p> <p><i>Bañá Sandá, F.; Louzao Mosquera, P.; Miranda Blanco, J.M.; Ameneiro Romero, L.; Varela Vázquez, J.; Otero Soengas, L.</i></p> <p>Complejo Hospitalario A. Macide-Prof. Novoa Santos. Ferrol</p> <p>Artroplastia de cadera mínimamente invasiva: un año de experiencia 62</p> <p><i>Gómez Suárez, F.; Hernández Blanco, M.; Mata López, P.; Castro Menéndez, M.; Martínez Rubinos, C.</i></p> <p>Hospital do Meixoeiro. Vigo</p> <p>Miscelánea de errores evitables en Traumatología y C. Ortopédica 63</p> <p><i>Mateo, J.; Castiñeiras, M.; Fraga García, H.</i></p> <p>Hospital Juan Canalejo. A Coruña</p> <p>Tratamiento con sulfato cálcico del quiste óseo esencial: estudio preliminar 64</p> <p><i>Alicia Freire Ruano</i></p> <p>CH Juan Canalejo</p>
---	---

Sábado 22

<p>09:00 - 10:00</p> <p>Epifisiodesis percutánea como tratamiento de dismetrías de miembros inferiores 57</p> <p><i>Moreno Barrueco, V.; Cobelo Romero, E.; De la Fuente, C.; Castiñeiras, M.; González Herránz, P.</i></p> <p>Unidad de Ortopedia Infantil-Hospital Juan Canalejo. A Coruña</p> <p>Tuberculosis osteoarticular en el Hospital Meixoeiro (Vigo) 1991-2001 58</p> <p><i>Martínez Rubinos, C.; Yubero Pascual, J.A.; Mata López, P.H.; García Vázquez E.J.</i></p> <p>Hospital do Meixoeiro. Vigo</p> <p>Elastofibroma dorsal 59</p> <p><i>García Moreno, A.</i></p> <p>Hospital Juan Canalejo. A Coruña</p>	
---	--

OSTEOTOMIA DE MITCHEL: UNA OPCION QUIRURGICA PARA EL TRATAMIENTO DEL HALLUX VALGUS

MATA LÓPEZ, P. H.; GALDO PÉREZ, J.M.; GÓMEZ SUÁREZ, F;
MARTÍNEZ RUBINOS, C; SANTÍN VELASCO, M.
(HOSPITAL DO MEIXOEIRO. VIGO)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La osteotomía de Mitchel, constituye una opción válida para el tratamiento del Hallux Valgus en los que no hay presencia de artrosis grave, pie neuropático, una desviación grave (ángulo intermetatarsal mayor de 18°, ángulo metatarsal-falángico mayor de 80°), así como las contraindicaciones habituales del tratamiento quirúrgico (insuficiencia vascular o infección).

Para que los resultados sean óptimos hay que realizar una buena planificación preoperatorio (historia exhaustiva y examen físico) y ser exigentes a la hora de realizar la técnica (osteotomía biplanar).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Sobre una serie de 52 pacientes (49 mujeres y 3 hombres) con un edad media de 34 años, intervenidos entre junio de 1996 y febrero de 1999, se realizó una valoración/estudio descriptivo comparativo pre y postratamiento del estado clínico (Clinical Rating System, AOFAS), una medición de ángulos (intermetatarsal, metatarsal-falángico, interfalángico), una medición del grado de desplazamiento de las osteotomías así como el acortamiento que se produjo y la inclinación plantar, y evaluación del tiempo de inmovilización, de consolidación y seguimiento; Se tuvo en cuenta también el tipo de pie (egipcio, griego, y cuadrado), la fórmula metatarsal, el tipo de osteosíntesis que se utilizó, así como las complicaciones (metatarsalgias de transferencia, infecciones, fracturas) y las secuelas (pérdida de movilidad, molestias de bunión).

RESULTADOS:

Realizando un seguimiento de una media de cinco meses, analizando el grupo de estudio, observamos la presencia de secuelas como de una metatarsalgia de transferencia en un 15%, un acortamiento de 3,37 mm de media (un 11% y 3,7 mm de media en otras series) y una pérdida de movilidad / limitación de la flexión plantar en un 7,7%. Las complicaciones que aparecieron fueron las de fracturas de stress (2%), infección (superficial de un 5.8% y profunda de un 1.9%). La valoración media del CRS (AOFAS) fue del 74,55% de media.

CONCLUSIONES:

Ese tipo de cirugía aplicada al primer radio, añadiendo otros gestos quirúrgicos tales como la osteotomía de AKIN, artroplastia del segundo dedo..., teniendo en cuenta el tipo y el grado de desviación, pueden dar un resultado satisfactorio en un escaso porcentaje de secuelas y complicaciones, realizando una buena indicación del caso.

(MATERIAL AUDIOVISUAL PARA LA EXPOSICIÓN: Proyección informática PowerPoint-PC)

COALICIONES TARSIANAS: NUESTRA EXPERIENCIA

PEDRO M. LARRAURI; JAVIER FRAGA;
MIGUEL ÁLVAREZ MÉNDEZ; ROBERTO ÁLVAREZ MONTERO;
JOSE R. TRONCOSO
(POVISA. Vigo)

La coalición tarsiana se define como la aparición de puentes fibrosos u óseos entre dos o más huesos del tarso, de origen congénito. En los últimos 10 años hemos operado en nuestro Hospital 15 pacientes con coaliciones tarsianas (un paciente de los dos pies): 6 eran de localización calcáneo-escafoidea (realizando resección de la barra) y 10 astrágalo-calcánea (2 resecciones, 4 artrodeis subastragalinas, y 4 triple artrodesis).

Esta condición se debe sospechar en pacientes jóvenes con pies planos rígidos y dolorosos, y con esguinces de repetición. Las radiografías específicas y la TAC confirman el diagnóstico. El tratamiento quirúrgico está indicado cuando los síntomas dolorosos no se controlan con medidas conservadoras, obteniéndose en general buenos resultados.

Revisamos nuestra casuística, y comentamos los problemas diagnósticos y terapéuticos que nos han surgido.

RARO ATRAPAMIENTO NERVIOSO EN LA PIERNA (ramo cutáneo dorsal intermedio del n. musculocutáneo)

GARCÍA MORENO, A.; CASTIÑEIRAS SÁNCHEZ, M.; FRAGA GARCÍA, H.
(HOSPITAL JUAN CANALEJO. A CORUÑA)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El caso que presentamos es de etiología yatrogénica.

Las manifestaciones clínicas y la exploración cobran especial interés para su diagnóstico.

Con la exposición de este caso pretendemos colaborar para evitar su repetición.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 78 años que hace 5 años sufre una fractura bimalleolar, trans-suprasindesmal que fue sintetizada mediante tornillos: 2 maleolares en el interno y uno cortical en la fractura del peroné.

RESULTADOS:

Se ilustra el tratamiento quirúrgico practicado y el resultado obtenido.

DISCUSIÓN:

La ausencia de ritmo mecánico del dolor no habla a favor de un proceso degenerativo.

El dolor paroxístico en reposo obliga a pensar en un compromiso nervioso.

El signo de Tinel sobre una cicatriz en el territorio de un nervio superficial aboga a favor de un atrapamiento nervioso.

CONCLUSIONES:

Las características del dolor son a veces trascentales para la orientación etiológica.

La exploración física es imprescindible SIEMPRE.

El abordaje al peroné debe practicarse sobre su eje o ligeramente posterior para evitar la complicación que ilustra el caso.

(MATERIAL AUDIOVISUAL PARA LA EXPOSICIÓN: Proyección informática PowerPoint-PC)

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS NEUROMAS DE MORTON MEDIANTE TÉCNICAS MÍNIMAMENTE INVASIVAS

Autor: SEÑARÍS RODRÍGUEZ, J.

Coautores: AIZPURÚA PRADA, J.; BAAMONDE REIGOSA, C.;
PREGO BESTILLEIRO, A.; SAMPEDRO CURBERA C.; ARRIAZA LOUREDA, R.
(HOSPITAL SANTA TERESA-GRUPO USP)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

En los últimos años se han desarrollado diversas técnicas mínimamente invasivas para el tratamiento de las patologías del pie, cuya aportación principal consiste en que la menor agresión sobre los tejidos blandos condiciona un menor dolor postoperatorio y, por tanto un alta precoz y una más rápida reincorporación a la vida activa. En el caso de los neuromas de Morton, se ha propuesto realizar osteotomías percutáneas de los cuellos de los metatarsianos adyacentes a la lesión, así como la liberación percutánea del ligamento intermetatarsiano del espacio afecto, con el objetivo de descomprimir el nervio interdigital patológico, y por tanto aliviar la sintomatología. Pretendemos en el presente trabajo revisar nuestra experiencia con esta técnica quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se revisan retrospectivamente los casos de 39 pies (33 pacientes) diagnosticados de neuronas interdigitales, intervenidos mediante técnica percutánea tras el fracaso del tratamiento conservador. Se utilizó para la valoración de los pacientes una adaptación para el neuroma de Morton de la escala de valoración para las articulaciones metatarsofalángicas laterales de la American Orthopaedic Foot and Ankle Society.

RESULTADOS:

Con un seguimiento mínimo de 3 años, obtuvimos resultados excelentes o buenos en 31 de los 39 pies (79%), y resultados regulares o malos en 8 de los 39 (21%).

Entre las complicaciones hay que citar un caso de infección superficial de la herida quirúrgica, tres casos de callos hipertróficos sobre las osteotomías de los metatarsianos, cinco casos de metatarsalgias de transferencia, dos casos de limitación de movilidad de las articulaciones metatarsofalángicas y un caso de cicatrices queloides.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Nuestros resultados son superponibles a los de las series que realizan tratamientos abiertos. Consideramos que el abordaje mínimamente invasivo puede constituir una alternativa al tratamiento abierto convencional del neuroma de Morton.

DOS AÑOS DE EXPERIENCIA EN CIRUGÍA PERCUTÁNEA DEL PIE

F. FRANCO CASTRO, M. ÁLVAREZ MÉNDEZ, V.
GIL TRÁNCHEZ, E. TRONCOSO DURÁN.
(SV DE COT CENTRO MÉDICO POVISA. VIGO)

INTRODUCCIÓN:

El objetivo del trabajo es valorar los resultados obtenidos con la Cirugía Percutánea del hallux valgus.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza una revisión de los dos primeros años de esta técnica en nuestro Servicio (entre Febrero de 2002 y Febrero de 2004). En este período se realizaron 169 investigaciones en 157 pacientes, con un seguimiento medio de 12,6 meses.

RESULTADOS:

Para la valoración de los resultados se realizaron mediciones radiográficas del ángulo metatarsalángico y del PASA o DMAA preoperatorios y a la semana, al mes y a los tres meses posoperatorios. Se realiza también una valoración subjetiva (grado de satisfacción) del resultado final por parte del paciente. Se revisan las complicaciones intra y postoperatorias.

CONCLUSIONES:

Es una técnica con una curva de aprendizaje. En nuestra experiencia presenta buenos resultados a corto-medio plazo. La valoración por parte del paciente del resultado final es mejor que la valoración objetiva con mediciones de ángulos radiográficos. Al ser cirugía ambulatoria en la mayoría de los casos y no precisar de anestesia disminuye gastos respecto a la cirugía tradicional del hallux valgus.

FRACTURAS Y LUXACIONES DE ASTRÁGALO

DR. J. MIRANDA, DR. V. SOUTO, DRA. P. LOUZAO, DR. F. BAÑA,
DRA. L. AMENEIRO. DR. J. VARELA, DR. L. OTERO
(HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE-PROFESOR NOVOA SANTOS. FERROL)

OBJETIVO:

Evaluación de las fracturas y luxaciones de astrágalo que se produjeron en nuestro medio. Enfocado sobre todo a su repercusión funcional y a la aparición de necrosis avascular.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo de 15 casos que comprometen la vascularización del astrágalo. Valorando lateralidad, mecanismo de producción, grado y clasificación.

La valoración clínica se realiza según la escala de Hawkins (dolor, cojera, movilidad de tobillo y subastragalina).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Se analizan resultados desde el punto de vista clínico y radiológico, comparándose con las series de la literatura consultada. Y se valoran las conclusiones.

FRACTURA- LUXACIÓN TARSO- METATARSIANA (LISFRANC)

Autor: FREIRE ABELLEIRA, C.

Coautores: BARAHONA ARAGÜELLES, F.; POSADILLA CASQUETE, P.; DIZ DEBRITO, M.; GÓMEZ CANEDO, J (POVISA. VIGO)

INTRODUCCIÓN:

Se presentan 11 casos de fractura-luxación tarso-metatarsiana con el fin de evaluar el tratamiento realizado

MATERIAL Y MÉTODOS:

Los mecanismos lesionales observados han sido accidente casual o deportivo en 4 casos, 3 accidentes laborales y 4 accidentes de tráfico.

Hemos utilizado los criterios de Hardcastle para la clasificación de las lesiones resultando 1 caso tipo A, 9 casos tipo B externo y 1 caso tipo C total.

En la mayor parte de los casos el tratamiento realizado fue reducción y osteosíntesis con agujas de Kischner.

RESULTADOS:

Para la valoración de los resultados finales se han considerado parámetros radiográficos y clínicos

DISCUSIÓN:

Se concluye que es fundamental el diagnóstico y tratamiento precoz considerando básica la reducción anatómica.

TRATAMIENTO DEL PIE ZAMBO POR EL MÉTODO DE PONSETI

Autor: CASTRO TORRE, M.

Coautores: FREIRE RUANO, A.; RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, LL.; MARTÍNEZ RUBINOS, C.; GONZÁLEZ HERRANZ, P. (UNIDAD ORTOPEdia INFANTIL-HOSPITAL JUAN CANALEJO. A CORUÑA)

INTRODUCCIÓN:

Analizamos el tratamiento primario del pie zambo que se realiza en nuestro servicio. Éste se basa en realizar la técnica de Ponseti añadiendo tenotomía percutánea de manera ordinaria en todos los pacientes durante los primeros meses de vida. Los yesos y/o vendajes manipuladores previos se llevan a cabo aplicando la técnica descrita por Ponseti.

El objetivo del trabajo es valorar los resultados preliminares de este método.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se revisan los tratamientos de los pies zambo realizados en los últimos 18 meses. LA valoración inicial del pie zambo se basa en parámetros descriptivos y el resultado se evalúa por medio del estudio clínico (grado de deformidad en equino, varo y adducto residual), radiológico (valoración del ángulo de Kite), necesidad de cirugías posteriores y tiempo de tratamiento.

RESULTADOS:

Las conclusiones preliminares demuestran que este método obtiene buenos resultados en lo que se refiere a las deformidades en equino y varo. En relación al adducto persiste en alguno de los casos adducto residual aunque ninguno necesitó tratamiento quirúrgico.

No fue necesario realizar ninguna liberación postero medial, aunque el tiempo de evolución es mucho menor que en las series publicadas.

CONCLUSIÓN:

De modo preliminar podemos concluir que este método es útil en el tratamiento del pie zambo primario, los resultados son altamente satisfactorios aunque el escaso tiempo de evolución no permita establecer conclusiones definitivas.

FIJADOR VERTEBRAL PERCUTÁNEO SEXTANT. RESULTADOS PRELIMINARES

Primer Autor: EMILIO GARCÍA VAZQUEZ

Co-autores: MANUEL CASTRO MENÉNDEZ, PEDRO H. MATA LÓPEZ, MOISÉS HERNÁNDEZ BLANCO, ROBERTO CASAL MORO (HOSPITAL DO MEIXOEIRO)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La cirugía vertebral está participando del avance y generalización de las técnicas mínimamente invasivas. Tras la aparición de sistemas endoscópicos y percutáneos para el tratamiento de la patología discal, se han desarrollado instrumentaciones vertebrales como el Sextant que permiten la implantación de tornillos pediculares y barras a través de un abordaje percutáneo.

Nuestro objetivo es presentar los resultados preliminares obtenidos con la utilización del fijador vertebral Sextant en artrodesis lumbar y exponer algunas consideraciones en relación con la técnica quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Realizamos una revisión clínica y radiográfica de los primeros 12 casos intervenidos en nuestro servicio durante un período de un año. Se analizan las complicaciones y algunos detalles técnicos en relación con la introducción de este nuevo procedimiento y su curva de aprendizaje.

En nuestra serie, 10 pacientes presentaban patología degenerativa lumbar en los niveles L4-L5 o L5-S1 y en 2 casos se trataba de fracturas vertebrales dorsolumbares inestables. En los 10 primeros se realizó aporte de injerto autólogo a nivel de apófisis transversas. El tiempo medio de seguimiento ha sido de 10 meses (14-6). En 11 pacientes, se ha producido una mejoría significativa del dolor lumbar y la capacidad funcional (EVA y Oswestry). El tiempo de intervención disminuyó significativamente a lo largo de la serie. Sólo 2 pacientes precisaron transfusión de sangre.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

Se trata de una técnica poco invasiva que permite, a través de pequeñas incisiones, implantar un fijador vertebral de forma percutánea sin desinsertar la musculatura paravertebral.

Creemos que esta técnica puede aportar a la cirugía de artrodesis vertebral todas las ventajas derivadas de una menor agresividad quirúrgica.

LA CIRUGÍA ENDOSCÓPICA EN LA ESTENOSIS DE CANAL LUMBAR

Primer Autor: MANUEL CASTRO MENÉNDEZ

Coautores: FÉLIX GÓMEZ SUÁREZ, EMILIO GARCÍA VÁZQUEZ, ROBERTO CASAL MORO, MOISÉS HERNÁNDEZ BLANCO (SERVICIO C.O.T.HOSPITAL DO MEIXOEIRO.VIGO)

INTRODUCCIÓN:

Las técnicas mínimamente invasivas tienen un enorme potencial para disminuir la morbilidad de la cirugía de columna y acortar el tiempo de reincorporación a la vida laboral. En los últimos años, el tratamiento microendoscópico por vía posterior está constituyendo una alternativa eficaz para el tratamiento quirúrgico de la hernia discal y recientemente, varios autores han publicado resultados satisfactorios para el tratamiento de la estenosis de canal.

Presentamos los resultados preliminares obtenidos en el tratamiento quirúrgico de la estenosis de canal mediante laminotomía descompresiva microendoscópica (MEDL).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Nuestra serie consta de 20 pacientes (10 varones y 10 mujeres) con una media de edad de 48.6 años (34- 73). El seguimiento medio de los pacientes es de 17.7 meses (36-5 meses). En 15 casos se liberó una raíz, en 4 casos se liberaron 2 y en un caso se liberaron 4. La duración media de la intervención quirúrgica fue de 90 minutos (55-170 minutos) y la estancia media de 4.3 días.

La evaluación preoperatoria y los resultados se registraron con el VAS y con el Índice de Discapacidad de Oswestry (IDO) y con una encuesta del grado de satisfacción del paciente.

RESULTADOS:

En el preoperatorio el VAS fue de 7.5 (+- 2.1) y el IDO de 59 (+-15); en el postoperatorio el VAS disminuyó hasta 2.4 (+- 2.5) y el IDO 22 (+- 20).

El resultado fue considerado bueno por 15 pacientes, regular por 4 (poca mejoría) y malo en un caso.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

La laminectomía microendoscópica (MEDL) permite descomprimir las raíces afectas por estenosis del receso lateral abordando uno o dos niveles a través de una pequeña incisión.

Los resultados preliminares obtenidos son equiparables a los de la cirugía abierta convencional y a los de otras series publicadas recientemente mediante cirugía microendoscópica.

LUXACIONES EXPATULARES CARPO-METACARPIANAS: NUESTRA EXPERIENCIA

Autor: PEDRO POSADILLA CASQUETE

Coautores: INES PET LEMA, SERGIO POMBO EXPÓSITO,
CARLOS IRISARRI CASTRO
(POVISA. VIGO)

RESUMEN:

Las luxaciones carpo-metacarpianas son una patología infrecuente (0.18% de todas las fracturas-luxaciones de la mano y la muñeca), que a menudo pasan desapercibidas, dando lugar a una degeneración artrósica de dicha articulación.

Presentamos nuestra experiencia (16 casos) en luxaciones carpo-metacarpianas espatales o de los dedos largos. Son más frecuentes en el 4º y sobre todo en el 5º dedo. Son lesiones causadas principalmente por traumatismos de alta energía con lesiones óseas y vasculonerviosas asociadas, siendo estas últimas más importantes, en cuanto al tratamiento, que la propia luxación.

Al diagnosticar estas lesiones es importante un análisis minucioso de las radiografías para evitar el retraso diagnóstico, que constituye una de las complicaciones más frecuentes.

En cuanto al tratamiento, en luxaciones reductibles y estables postreducción realizamos tratamiento conservador, que consiste en reducción cerrada seguida de inmovilización con yeso durante 4 o 6 semanas. En luxaciones inestables realizamos reducción abierta y fijación con agujas, mientras que en las luxaciones inveteradas realizamos artrodesis carpo-metacarpiana.

TUBERCULOSIS DE LA MANO

Autor: CELESTER BARREIRO, G.

Coautores: IRISARRI CASTRO, C.; ENES MARTÍNS, A.;
POMBO EXPÓSITO, S.; CASTRO RÍO, A.
(MUTUA LA FRATERNIDAD. CIRUGÍA DE LA MANO.
HOSPITAL MODELO. A CORUÑA)

La tuberculosis (Tb) es una infección crónica producida fundamentalmente por el *Mycobacterium tuberculosis*, si bien en el sistema músculo-esquelético han sido descritas infecciones producidas por múltiples micobacterias atípicas: *M. Boris*, *avium*, *intracellulae*, *kansasii*, *malmoense*, *chelonei*, *gordoniae*, *haemophilium*, *szulgai*, *fortuitum*, *xenopi*, *marnum*, *ulcerans* y *térrea* complex.

La tb osteoarticular es una entidad infrecuente y la afectación exclusivamente de la mano es aún más rara, variando entre el 0,7% y el 6-7 % de las tb osteoarticulares. Los dedos se ven involucrados en el 4% de los casos.

CASUÍSTICA (MATERIAL Y MÉTODO):

Comunicamos nuestra experiencia sobre 11 casos de tuberculosis de la mano tratados entre febrero de 1993 y diciembre de 2002 en tres centros (Hospital Provincial de Pontevedra, POVISA y Hospital da Prelada- Oporto- Portugal), de los cuales 10 eran hombres y 1 mujer, lo que coincide con el predominio masculino descrito por numerosos autores. La edad media fue de 45 años, con una máxima de 71 y una mínima de 22. Ningún paciente presentaba fistulas ni había sido infiltrado previamente con corticoides.

Hemos tenido 10 tenosinovitis, 9 de flexores y 1 de extensores, tratadas todas con una amplia sinovectomía y 1 osteoartritis de IFP que precisó una artrodesis.

En la mayoría de los casos el tratamiento farmacológico utilizado fue con Rifampicina en dosis de 10-20 mg/kg/día e Isoniacida en dosis de 5 mg/kg/ día, orales, durante 9 meses. Con dicha pauta sólo hemos tenido un caso de recidiva (por abandono del tratamiento por parte del paciente), que obligó a una reintervención al año justo de la primera intervención y a instaurar de nuevo el tratamiento farmacológico.

CONCLUSIONES:

- 1) La imposibilidad de hacer un diagnóstico preoperatorio de certeza obliga a ser rápido en el tratamiento de toda sinovitis, artritis u osteomielitis de la mano. Incidimos en la importancia de "sospechar" un origen tuberculoso en toda tenosinovitis de larga evolución, ya que la demora en el tratamiento conlleva un peor resultado.
- 2) Constatamos la existencia, en casi todos los casos, de secuelas funcionales en mayor o menor medida.
- 3) Debemos evitar el tratamiento con corticoides locales en una tenosinovitis de origen desconocido.
- 4) El tratamiento debe ser triple: quirúrgico, rehabilitador y farmacológico.
- 5) Ante un diagnóstico intraoperatorio de presunción razonable (sinovitis granulomatosa, existencia de cuerpos de arroz y/o estudio anatomopatológico compatible) se debe instaurar precozmente el tratamiento farmacológico sin esperar al resultado del cultivo.

COLGAJO DORSO-RADIAL DEL INDICE

Autor: FREIRE ABELLEIRA, C.

Coautores: FERNÁNDEZ PEREIRA, T.; MOLEDO EIRAS, E.;

POMBO EXPÓSITO, S.; IRISARRI CASTRO, C.

(POVISA. VIGO)

Presentamos nuestra experiencia con el colgajo dorso-radial del índice.

Este colgajo fue descrito por Holveich como colgajo tipo cross-finger; sin embargo, fue Guy Foucher, en 1979, el que inició su empleo como colgajo vascularizado "en isla", siendo denominad colgajo "en cometa" o "cerf-volant".

Nuestra serie incluye 6 casos aplicados en lesiones traumáticas del pulgar, tanto con carácter de cobertura en la cirugía de urgencia como en cirugía secundaria.

Se disertan sus ventajas e inconvenientes a la luz de nuestra experiencia clínica.

FRACTURAS DIAFISARIAS DE FEMUR EN NIÑOS: ESTUDIO COMPARATIVO DE 5 MODALIDADES DE TRATAMIENTO

COBELO ROMERO, E.; MORENO, V.; DE LA FUENTE, C.;

CASTRO, M.; GONZÁLEZ HERRÁNZ, P.

(UNIDAD ORTOPEDIA INFANTIL-HOSPITAL JUAN CANALEJO. A CORUÑA)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las fracturas de diáfisis femoral en niños representan las tercera en frecuencia de la totalidad de las fracturas pediátricas. Nos existe un único tratamiento para este tipo de fracturas en el niño (yeso, clavos, fijadores externos, placas). Nuestro objetivo es revisar retrospectivamente todas las fracturas de fémur tratadas en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid y Teresa Herrera de A Coruña, teniendo en cuenta factores como son la edad, sexo, lesiones asociadas, etc... con la intención de valorar los resultados y establecer un protocolo de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Entre 1980 y 2000, 260 fracturas femorales se trataron en los hospitales anteriormente citados. De éstas, 187 fueron diafisarias, no patológicas, sin lesión de la placa fisaria y que cumplieran los criterios de inclusión en este estudio, y seguimiento mínimo de 18 meses. Fueron tratados ortopédicamente mediante tracción más yeso en 94 pacientes (50%) y yeso precoz en 4 pacientes (2%). Quirúrgicamente mediante síntesis intramedular rígida, 27 pacientes (15%); fijación externa, 41 pacientes (22%); clavos intramedulares elásticos 13 pacientes (7%) y placa atornillada 8 pacientes (4%).

RESULTADOS:

En el grupo no quirúrgico, las complicaciones estuvieron relacionadas con el yeso (el 17% tuvieron lesiones cutáneas) y con mayor frecuencia se observaron desviaciones axiales (varo y antecurvatum). En el grupo tratado con síntesis intramedular rígida se produjo epifisiodesis del trocánter mayor en 33% de los casos. Los pacientes con fijadores externos en un 22% presentaron infección de los pines grado II y tres de ellos sufrieron refractura. En todos los pacientes a los que se les implantó una placa, se observó un hipercrecimiento >15 mm y cicatriz quirúrgica hipertrófica y antiestética. En cuanto a los clavos intramedulares elásticos, en un caso hubo que reintervenir por pérdida de reducción, en otro se retiraron precozmente por profusión cutánea, y dos pacientes sufrieron rigidez de rodilla. Se observaron desviaciones axilares con más frecuencia que en el resto de los grupos quirúrgicos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

- 1). Las complicaciones relacionadas con el tratamiento.
- 2). Menor estancia hospitalaria en el grupo quirúrgico.
- 3). La incorporación a la vida escolar precoz en los tratados quirúrgicamente.
- 4). Hipercrecimiento más frecuente en los tratados con placa atornillada.

(MATERIAL AUDIOVISUAL PARA LA EXPOSICIÓN: Proyección informática PowerPoint-PC)

RESECCIÓN DE LA CABEZA RADIAL: RESULTADOS CLÍNICO-RADIOLÓGICOS

DRA.P.LOUZAO, DR. A. GAREA, DR. J. M. MIRANDA,
DR. F. J. BAÑA, DRA. L. ARMENEIRO,
DR. J.M.VARELA, DR. L. OTERO
(HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE-PROFESOR
NOVOA-SANTOS, FERROL)

OBJETIVO:

Evaluación de resultados clínico-radiológicos tras la resección de la cabeza radial.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo de 23 casos en que se realiza la exéresis de la cabeza radial (22 tras fractura, 1 sinovitis villonodular). En once casos se trata de varones y 11 mujeres, con un tiempo medio de seguimiento de 6 años y cinco meses. Se realiza evolución clínica según An and Morreo, valoración funcional mediante cuestionario DASH (dis-capacidades hombro, codo y muñeca), y valoración radiológica (valgo cubital, osificación heterotópica, sinostosis radiocubital, IRCD, cambios degenerativos en codo y muñeca).

RESULTADOS:

Obtenemos un 75% de buenos y excelentes resultados, con buena funcionalidad y pocas complicaciones. Peores resultados radiológicos, predominando leves cambios degenerativos y osificaciones heterotópicas.

CONCLUSIÓN:

La resección de la cabeza radial es un tratamiento adecuado en casos de fractura de cabeza radial aislada, con un 80% de buenos y excelentes resultados.

FRACTURAS DE LA EXTREMIDAD PROXIMAL DE FÉMUR GAMMA VERSUS DHS

AMENEIRO ROMERO, L.; LOUZAO MOSQUERA, P.;
MIRANDA BLANCO, J.M.; BAÑA SANDÁ, F.J.;
VARELA VÁZQUEZ, J.M.; GONZÁLEZ GONZÁLEZ, I.;
OTERO SOENGAS, L.
(COMPLEJO HOSPITALARIO A. MACIDE-PROF. NOVOA SANTOS. FERROL)

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas de tercio proximal de fémur tienen una importante incidencia en el anciano, lo que unido a su elevada morbi-mortalidad y gasto sanitario implica un importante reto para los tratamientos quirúrgicos disponibles en la actualidad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha realizado un estudio retrospectivo de 57 pacientes con 58 fracturas per y/o sub-troncatéreas de fémur intervenidas en nuestro centro desde enero de 2001 a diciembre de 2003, tratadas en 30 casos con clavo-placa DHS y 28 casos con clavo endomedular tipo Gamma.

Se ha estudiado los factores epidemiológicos y de riesgo de este tipo de fracturas, resultados clínicos, radiológicos y funcionales de cada grupo.

DISCUSIÓN:

Se ha comparado nuestros resultados para las dos técnicas de tratamiento y los hallados en series publicadas en la literatura, encontrando resultados similares entre las mismas y los obtenidos en nuestra revisión.

ARTRODESIS DE LA 1ª ARTICULACION METATARSOFALANGICA EN 25 PACIENTES. ESTUDIO RETROSPECTIVO

COUCEIRO SÁNCHEZ, GONZALO; AIZPURUA PRADA, J.; PREGO BESTILLEIRO, A.; ARRIZA LOUREDA, R.; SANPEDRO CURBERA, C.; BAAMONDE REIGOSA, C. (HOSPITAL SANTA TERESA-GRUPO USP)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Actualmente la artrodesis de la 1ª articulación metatarsofalángica ha sido indicada como un procedimiento de salvamento en las deformidades del 1er dedo. Estas indicaciones incluyen fallos en el tratamiento del hallux valgus, fallos en el implante en artroplastias, secuelas postraumáticas, hallux rigidus, hallux valgus severos, alteraciones neuromusculares o complicaciones como el hallux varus y la necrosis avascular de la cabeza del primer metatarsiano posquirúrgicos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo en 25 pacientes en los que se practica una artrodesis de la 1ª artic. metatarsofalángica mediante placa atornillada o tornillos interfragmentarios. Las indicaciones principales se centran en el hallux valgus o varus posquirúrgico. Los pacientes han sido evaluados siguiendo la escala de la Sociedad Americana del Pie y el Tobillo (AOFAS) para la 1ª articulación metatarsofalángica.

RESULTADOS:

Los pacientes presentan una mejoría significativa tanto subjetivamente como siguiendo la escala de AOFAS. El dolor es el parámetro que más ha variado. La fusión se ha conseguido, por término medio, en 11 semanas desde el momento de la intervención. Más el 85% de los pacientes ha quedado satisfecho con la intervención y se volverían a operar si tuvieran la oportunidad de elegir de nuevo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Existen otras alternativas para tratar el hallux rigidus o el hallux valgus severo como son la queilectomía, la artroplastia de interposición y el procedimiento de Séller, entre otros. A la vista de los estudios y de los resultados obtenidos en esta y otras publicaciones, creemos que la artrodesis de la 1ª artic. mttf es tratamiento de 1ª elección en el hallux rigidus grado 3 y en el hallux valgus severo intervenido, sobre todo en pacientes activos.

Aunque el tamaño muestral de nuestro estudio es pequeño, las referencias bibliográficas existentes muestran también un número de pacientes escaso.

(MATERIAL AUDIOVISUAL PARA LA EXPOSICIÓN: Proyección informática PowerPoint-PC)

EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA COMO TRATAMIENTO DE DISMETRÍAS DE MIEMBROS INFERIORES

MORENO BARRUECO, V.; COBELO ROMERO, E.; DE LA FUENTE, C.; CASTIÑEIRAS, M.; GONZÁLEZ HERRÁNZ, P. (UNIDAD ORTOPEDIA INFANTIL-HOSPITAL JUAN CANALEJO. A CORUÑA)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La discrepancia de longitud de miembros inferiores es una de las causas de consulta común en Ortopedia Infantil, tanto por las repercusiones clínicas como estéticas, el tratamiento está en función de la discrepancia: < 1,5 cm. abstinencia terapéutica, entre 1,5-2,5 cm alza o epifisiodesis y mayores 2,5 elongación ósea y/o epifisiodesis. El objetivo del presente trabajo es analizar nuestros resultados mediante la técnica de epifisiodesis percutánea modificada.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de 30 pacientes con dismetría de MMII tratados mediante la técnica de epifisiodesis percutánea entre los años 1993 y 2001. En todos ellos se realizó epifisiodesis percutánea femoral distal y/o tibial proximal mediante una lanceta diseñada para tal efecto, y bajo control radioscópico. El momento para realizar la epifisiodesis se calculó según la Gráfica de La Línea Recta de Moseley. Fueron tratados mediante este método dismetrías comprendidas entre 1,5 cm y 5 cm. La edad cronológica media fue de 13,5 años y la edad ósea media de 13 años y 5 meses (calculada mediante Rx de muñeca izquierda). La etiología más frecuente fue la congénita (45,4%), seguida de la idiopática (22,7%). Todos los pacientes fueron revisados a la madurez esquelética, con un tiempo mínimo de seguimiento de 2 años.

RESULTADOS:

Desde el punto de vista clínico, se obtuvo un 64% de buenos resultados (dismetrías <1,5 cm). En cuanto a errores inherentes a la técnica, tan sólo en un 23% de los pacientes se consigue la equiparación del 100% de la longitud de los MMII. No se apreciaron complicaciones intra y postquirúrgicas significativas, aunque sí se apreciaron posteriores desviaciones en el eje mecánico de carga.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

- 1) La epifisiodesis percutánea es la técnica de elección en dismetrías entre 1,5-3 cm.
- 2) Es un método eficaz y sencillo.
- 3) Escasas complicaciones intra y postquirúrgicas inmediatas.
- 4) Errores en el cálculo de la edad ósea y momento de realización.

(MATERIAL AUDIOVISUAL PARA LA EXPOSICIÓN : Proyección informática PowerPoint-PC)

TUBERCULOSIS OSTEOARTICULAR EN EL HOPITAL MEIXOEIRO (VIGO) 1991 –2001

AUTOR: CAROLINA MARTÍNEZ RUBINOS

COAUTORES: JUAN ANTONIO YUBERO PASCUAL, PEDRO H. MATA LÓPEZ,

EMILIO J. GARCÍA VÁZQUEZ

(HOSPITAL MEIXOEIRO. SERVICIO C.O.T.)

INTRODUCCIÓN:

La incidencia de enfermedad tuberculosa en los países desarrollados ha ido disminuyendo de manera progresiva, existiendo aproximadamente uno 30 millones de personas con tuberculosis en el mundo en la actualidad.

En el último cuarto de siglo estamos asistiendo a un rebrote de la enfermedad, especialmente de las formas extrapulmonares.

La tuberculosis osteoarticular (TOA) es la tercera forma extrapulmonar en frecuencia después de la linfática y la renal supone del 1 al 5% de todas las formas fímicas.

El 50% de los pacientes con tuberculosis esquelética tienen una lesión pulmonar concomitante.

En general, la localización más frecuente es la tuberculosis vertebral (50%), seguida de la afectación de articulaciones periféricas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisamos retrospectivamente los casos de TOA registrados en nuestro hospital entre 1991 y 2001 exigiendo como criterios de inclusión estrictos bien la confirmación anatomopatológica, bien el análisis microbiológico o ambos.

RESULTADOS:

Hemos registrado 23 pacientes que cumplen los criterios antes mencionados (48% diagnosticados por análisis microbiológico, 34.7% por anatomía patológica y 17.4% por ambos métodos) observamos dos picos de incidencia por edades que están por encima de los 60 años (11 casos) y por debajo de los 30 (8 casos).

La columna vertebral ha sido la localización más afectada (12 casos); el resto se distribuye entre rodilla (3 casos), tobillo (3), muñeca (2) y otras (3).

CONCLUSIONES:

Hemos realizado un estudio retrospectivo y descriptivo de los casos TOA encontrados en nuestro hospital y analizado desde el punto de vista de nuestra especialidad, la enfermedad tuberculosa.

En este estudio se recogen factores de riesgo, síntomas de comienzo, demora en el diagnóstico, método de detección, tratamiento médico-quirúrgico y secuelas.

ELASTOFIBROMA DORSAL (a propósito de tres casos)

GARCÍA MORENO, A.

(HOSPITAL JUAN CANALEJO. A CORUÑA)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Exponer una entidad poco conocida, aparentemente infrecuente, realmente mucho más de lo que se pretendía (pero que por dimensiones y localización resulta quizás asintomática) y que, siendo benigna, puede plantear problemas diagnósticos con tumores de partes blandas, benignos, malignos y metastásicos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se exponen los tres casos observados en este Servicio, medios diagnósticos y actitud terapéutica (expectante en dos y quirúrgico en uno).

RESULTADOS:

Satisfactorios hasta el momento en los tres casos observados.

DISCUSIÓN:

El elastofibroma es una "rara" entidad patológica descrita inicialmente por Jarvi OH y Saxen AE en 1961 (Acta Pathol. Microbiol. Scand.), quizás seudotumoral (seudotumor fibroelástico), de crecimiento muy lento. Probablemente un desorden benigno del tej. Conectivo.

Más frecuente en el área subescapular ("electofibroma dorsi"), 99% de los casos.

Más frecuente en mujeres (93%). Rango de edad entre 35-94 años (media: 65 años).

Etiología desconocida.

No se han descrito degeneraciones malignas.

CONCLUSIONES:

EL ELASTOFIBROMA es una entidad patológica muy frecuente aunque, por asintomática, pase desapercibida, aparentando ser de escasa incidencia.

Asienta mayoritariamente en el área subescapular.

Etiopatogenia desconocida.

Diagnóstico por imagen (RNM/TAC)

Benigno, no se conocen malignizaciones

Coinducta expectante si asintomático, Exéresis si los síntomas lo aconsejan

(MATERIAL AUDIOVISUAL PARA LA EXPOSICION : Proyección informática PowerPoint-PC)

SEUDOHEMATOMA ENMASCARANDO UN SARCOMA DE PARTES BLANDAS

MATEO, J.; GARCÍA MORENO, A.; FRAGA GARCÍA, H.
(HOSPITAL JUAN CANALEJO. A CORUÑA)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Tratamos con esta comunicación contribuir a evitar la confusión de una patología pre-suntamente intrascendente, banal en una consideración superficial, con la patología grave que pueda enmascarar y cuyo correcto discernimiento exige tantas veces la simple observancia de los preceptos elementales de una HISTORIA CLÍNICA con la consiguiente exploración física y los medios complementarios que estas demanden. Solo a través de ello se puede poner en práctica precozmente el tratamiento oportuno cuando el factor tiempo puede constituir el mejor aliado en el porvenir del proceso.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 64 años. Diabética insulinodependiente y portadora de doble válvula metálica (mitroaórtica) a tratamiento con Sintrom. Hace 6 meses caída sobre nalga derecha. Tumefacción inicial, persistiendo un aumento de volumen en región glútea, considerado como hematoma por hipocoagulación. Hace dos meses parestesias en el territorio del ciático con dolor claudicante a > 200 metros de marcha. No afectación del estado general. Es remitida del Ambulatorio con RX de pelvis, ecografía y TAC. Se exponen las pruebas complementarias de exploración hasta alcanzar el diagnóstico positivo, la planificación operatoria y el tratamiento realizado.

DISCUSIÓN:

Se establecen una serie de comentarios en torno al estado actual de conocimientos sobre los tumores de partes blandas.

RESULTADOS:

Se analiza la evolución postoperatoria a lo largo de año y medio tras la cirugía.

CONCLUSIONES:

Se extraen de las aportadas por el propio caso y en relación con los comentarios de orden general en relación con el mismo (condrosarcoma mixoide grado II, malignidad intermedia).

(MATERIAL AUDIOVISUAL PARA LA EXPOSICIÓN: Proyección informática PowerPoint-PC)

OSIFICACIÓN HETEROTÓPICA TRAS ENCLAVADO ANTERÓGRADO NO FRESADO DE FÉMUR

BAÑÁ SANDÁ, F.; LOUZAO MOSQUERA, P.;
MIRANDA BLANCO, J.M.; AMENEIRO ROMERO, L.;
VARELA VÁZQUEZ, J.; OTERO SOENGAS, L.
(COMPLEJO HOSPITALARIO A. MACIDE-PROF. NOVOA SANTOS. FERROL)

La osificación heterotópica tras enclavado intramedular, atribuida clásicamente al traumatismo de las partes blandas durante la cirugía y al depósito en las mismas de residuos del fresado y más recientemente a alteraciones en la regulación de las proteínas morfogenéticas óseas, puede constituir una complicación no desdeñable a la hora de valorar el resultado final de este tipo de intervenciones.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se revisa una serie de 49 casos de fracturas de fémur tratados mediante enclavado intramedular anterógrado no fresado con clavo macizo tipo UFN periodo comprendido entre mayo de 1999 y abril de 2003 utilizando la clasificación de Brumak de osificación heterotópica tras enclavado de fémur.

DISCUSIÓN:

La utilización de medidas profilácticas frente a este tipo de complicaciones de uso habitual en otro tipo de cirugías, debiera ser tenida en cuenta en procedimientos de enclavado intramedular de fémur.

Ya que la utilización de AINES, concretamente la Indometacina, han demostrado aumentar el riesgo de pseudoartrosis de huesos largos, nuevas terapias en estudio en el momento actual como los antagonistas de proteínomorfogenéticas óseas podrían constituir en un futuro la solución a esta complicación.

ARTROPLASTIA DE CADERA MINIMAMENTE INVASIVA: UN AÑO DE EXPERIENCIA

GÓMEZ SUÁREZ, F.; HERNÁNDEZ BLANCO, M.;
MATA LÓPEZ, P.; CASTRO MENÉNDEZ, M.;
MARTÍNEZ RUBINOS, C.
(HOSPITAL DO MEIXOEIRO. VIGO)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El concepto de cirugía protésica de cadera mínimamente invasiva (MIS) ha recibido especial atención en los últimos años. El objetivo de la comunicación, es presentar nuestra experiencia con las prótesis realizadas a través de mínima incisión.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Definimos la MIS de cadera como aquella que se realiza con una incisión menor o igual a 12 cm de longitud. Revisamos 20 PTC realizadas durante un año con técnica MIS, valorando: longitud de la incisión, estancia hospitalaria, necesidad de transfusión y el tiempo medio de la operación.

En el estudio Rx postoperatorio analizamos el ángulo de abducción y anteversión acetabular.

RESULTADOS:

La longitud media de la incisión ha sido de 10,8 cm (6-12 cm), la estancia hospitalaria de 7,8 días (4-10 días), precisando transfusión en 7 casos. El tiempo medio de la intervención ha sido de 1 h 42 _ (1 h- 2 h 15 _), disminuyendo en los últimos casos. El ángulo de abducción obtenida ha sido de 49,7° (38°-60°), y el de anteversión de 22° (16°-28°).

Como única complicación destaca 1 caso de luxación anterior en el postoperatorio inmediato.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Tras la curva de aprendizaje inicial, donde los acetábulos quedaban más verticales y existía mayor abrasión de los bordes cutáneos; actualmente el escaso trauma de tejidos blandos que facilita una recuperación más temprana, y la baja tasa de complicaciones perioperatorias nos anima a seguir con esta técnica.

(MATERIAL AUDIOVISUAL PARA LA EXPOSICIÓN : Proyección informática PowerPoint-PC)

MISCELÁNEA DE ERRORES EVITABLES EN TRAUMATOLOGÍA Y C. ORTOPÉDICA

MATEO, J.; CASTIÑEIRAS, M.; FRAGA GARCÍA, H.
(HOSPITAL JUAN CANALEJO. A CORUÑA)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Realzar la importancia de la metódica clásica: anamnesis, exp.. física y solicitud consecuente de pruebas complementarias. Suplantar el tópico condescendiente: "esto le puede pasar a cualquiera" por el elementalmente ético: "esto no debe ocurrir nunca". Se trata de un significativo muestrario en el que si bien "son todos los que están", "no están todos los que son".

Conscientes de que existen errores justificables, deseamos resaltar que los que aquí se presentan son inadmisibles.

Por su transcendencia obviamos acusaciones al tiempo que eludimos exculpaciones personales, pero esta miscelánea responde a la más auténtica realidad y consideramos que pueda ser útil para la reflexión y colaborar a seguir procurando la idoneidad de nuestra práctica profesional.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se analizan diez casos: tres afectan a la traumatología de la muñeca y mano, uno se encuadra en la patología tumoral del aparato locomotor, tres representan una muestra de una serie más amplia en relación con la patología traumática de la cadera y otros tres son igualmente un desafortunado prototipo de la patología de consideración ortopédica de la rodilla y cadera.

RESULTADOS:

Se exponen pormenorizadamente, aunque de forma sucinta, las vicisitudes de cada uno de los casos objeto de estudio.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Los comentarios se centran en las reflexiones que cada uno de los casos suscita y las conclusiones se concretan en la propuesta de un ABECEDARIO de actuación clínica para contribuir a evitar situaciones similares.

(MATERIAL AUDIOVISUAL PARA LA EXPOSICIÓN: Proyección informática PowerPoint-PC)

TRATAMIENTO CON SULFATO CÁLCICO DEL QUISTE ÓSEO ESENCIAL: ESTUDIO PRELIMINAR

Primer autor: ALICIA FREIRE RUANO

Coautores: CASTRO TORRE, M.; LLANOS RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ; MARTÍNEZ RUBINOS, CAROLINA; DE LA FUENTE, CÉSAR; AGUADO⁽¹⁾, HÉCTOR (UNIDAD ORTOPEDIA INFANTIL-COMPLEJO HOSPITALARIO JUAN CANALEJO. A CORUÑA)

⁽¹⁾ (SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA.

HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL. MADRID)

INTRODUCCIÓN:

El quiste óseo esencial (Q.O.E.) es una patología benigna, frecuente en población infantil y de etiología no bien definida. El tratamiento más apropiado continúa siendo objeto de controversia en el momento actual. Se ha utilizado diversas técnicas, con mayor o menor éxito, entre ellas el curetaje con injerto óseo y el uso de tornillos canulados o agujas de kirschner atravesando el quiste. Las complicaciones derivadas de dichos tratamientos, así como la alta tasa de recidiva con alguno de ellos ha llevado al desarrollo de tratamientos cada vez menos agresivos y más definidos. Scaglietti diseñó la infiltración de Q.O.E. con metilprednisolona, siendo éste el tratamiento de elección en la actualidad, con éxito en el 70-90% de los casos.

Generalmente se precisan entre 1 y 4 infiltraciones bajo anestesia general para lograr la curación.

El objetivo del estudio es la presentación de la técnica del relleno percutáneo del Q.O.E. con sulfato cálcico (Boneplast®) y valoración de los primeros resultados tras el tratamiento en un estudio realizado en colaboración con el Hospital Ramón y Cajal, con el fin de conocer si una única infiltración puede ser suficiente para la curación (relleno) del quiste.

PACIENTES Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo en 9 pacientes con quiste óseo esencial tratados en los hospitales Ramón y Cajal y Juan Canalejo entre enero del 2000 y enero del 2004.

RESULTADOS:

Todos los pacientes tratados mediante la técnica de drenaje percutáneo del quiste óseo esencial y relleno con Boneplast alcanzaron la curación según el índice de Ner modificado. No hubo recidivas ni se precisaron nuevas dosis de boneplast en ningún paciente. No se registraron complicaciones intraoperatorias o postoperatorias a corto plazo derivadas de dicha técnica.

CONCLUSIONES:

La técnica del drenaje percutáneo y relleno con boneplast parece ser una buena alternativa del quiste óseo esencial en localizaciones como el húmero. En nuestra experiencia, se trata de un método poco invasivo, con una baja tasa de complicaciones y buenos resultados a corto plazo. Serán necesarios estudios con un mayor seguimiento para valorar los resultados a largo plazo.

Carteles científicos

Indice Carteles científicos

<p>Quiste óseo aneurismático en los metacarpianos <i>Eduardo Vaquero Cervino</i> CH Pontevedra</p>	68	<p>Empleo de factores de crecimiento (AGF) en la consolidación de pseudoartrosis <i>Luis Ángel Montero Furelos</i> Hospital da Costa-Lugo</p>	80
<p>Angioleiomiomas en la mano y muñeca <i>Eduardo Vaquero Cervino</i> CH Pontevedra</p>	69	<p>Infección y osteolisis de pines de fijación externa. Estudio prospectivo <i>M. de los Llanos Rodríguez Rodríguez</i> Hospital USP Santa Teresa</p>	81
<p>Tratamiento mínimamente invasivo del quiste sinovial lumbar intrarraquídeo <i>Manuel Castro Menéndez</i> CH Meixoeiro</p>	70	<p>Lesiones de stress de escafoides tarsiano <i>M. de los Llanos Rodríguez Rodríguez</i> Complejo Hospitalario Xeral-Calde Lugo</p>	83
<p>Ciatalgia por piomiositis periarticular de cadera <i>Manuel Castro Menéndez</i> CH Meixoeiro</p>	71	<p>Trombosis poplitea por luxación protésica de rodilla <i>Domingo Lombao Iglesias</i> Complejo Hospitalario Xeral-Calde Lugo</p>	84
<p>Infección de haloinjerto humeral por TBC en pacientes con osteosarcoma <i>Marian González Bedía</i> Ch Juan Canalejo</p>	72	<p>Glanuloma eosinófilo cervical <i>Domingo Lombao Iglesias</i> Complejo Hospitalario Xeral-Calde Lugo</p>	85
<p>Lipoma intraóseo de calcáneo. Caso clínico y revisión videográfica <i>Enrique Fernández Peña</i> CHU Santiago de Compostela</p>	73	<p>Tumor de células gigantes en el cuboides <i>Carmen Álvarez Val</i> CHU Santiago</p>	86
<p>Luxaciones digitales a doble nivel <i>Javier Yáñez Calvo</i> CH Meixoeiro</p>	74		
<p>Estudio comparativo entre osteotomía de Mitchel y Chevron <i>Pedro Hugo Mata López</i> CH Meixoeiro</p>	75		
<p>Osteotomía valguizante femoral para el tratamiento de la pseudoartrosis en fracturas subcapitales de cadera <i>Teresa Fernández Pereira</i> POVISA</p>	76		
<p>Prótesis de silicona como tratamiento de una rigidez de MCF asociada a pseudoartrosis de metacarpiano <i>Gabriel Celester Barreiro</i> Mutua La Fraternidad</p>	77		
<p>Sinovitis villonodular de radiocubital distal <i>Gabriel Celester Barreiro</i> Mutua La Fraternidad</p>	78		
<p>Fascitis plantar crónica. Tratamiento quirúrgico mediante fasciotomía <i>Luis Ángel Montero Furelos</i> Hospital da Costa-Lugo</p>	79		

QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO EN LOS METACARPÍANOS

Primer autor: EDUARDO VAQUERO CERVINO (CHOP)

Coautores: PEDRO HUGO MATA LÓPEZ (H. MEIXOEIRO);

JUAN CARLOS ABRIL MARTÍN (H. NIÑO JESÚS);

JOSE ANTONIO QUESADA (H. NIÑO JESÚS)

INTRODUCCIÓN:

El quiste óseo aneurismático (QOA) es una lesión pseudotumoral poco frecuente, que suele observarse en la primera y segunda década de la vida, sin predominio por el sexo, su asiento más frecuente es la metafisis de los huesos largos de las extremidades inferiores. Su localización en los metacarpianos es inusual.

CASOS CLÍNICOS:

Presentamos dos casos en esta rara localización. Una niña de 9 años y un varón de 4 años con lesiones en el tercer y segundo metacarpianos respectivamente, ambos en la mano derecha. Se realizó resección en bloque de la lesión, y reconstrucción con injerto libre de peroné autólogo. Obteniendo en ambos casos buenos resultados funcionales y ausencia de recidivas tras los 6 y 3 años de seguimiento.

CONCLUSIONES:

Los objetivos del tratamiento de QOA son: preservar la función y evitar la recurrencia de la lesión. Se han descrito varias opciones terapéuticas, solas o combinadas, como: radiación, curetaje e injerto, crioterapia, y resección en bloque.

Esta última técnica, es la que presenta menor tasa de recurrencias, pero necesita de una adecuada reconstrucción.

En los niños la reconstrucción de los huesos tubulares de la mano mediante injerto libre de peroné autólogo es una buena técnica, ya que mantiene la función de la mano, no suele dar problemas de integración, ni morbilidad en el sitio donante.

ANGIOLEIOMIOMAS EN LA MANO Y MUÑECA

Primer autor: EDUARDO VAQUERO CERVINO (CHOP)

Coautores: MANUEL CASTRO MENÉNDEZ (H. MEIXOEIRO);

JAVIER YÁÑEZ (H. MEIXOEIRO); CARLOS IRISARRI CASTRO (POVISA)

INTRODUCCIÓN:

Los angioleiomiomas son tumores benignos del músculo liso, originados en la túnica media de venas y arterias. Su localización en la mano es poco frecuente.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos una serie retrospectiva de 14 casos, tratados mediante resección quirúrgica y confirmación histológica, realizados durante el periodo 1992 y 2002.

RESULTADOS:

De los 14 casos, 9 eran hombres y 5 mujeres, con una media de edad de 48,5 años. Solo en 3 casos se llegó al diagnóstico preoperatorio de los mismos. Tras la resección completa, todos los pacientes obtuvieron una buena función de la mano resaltando la ausencia de recidivas en nuestra serie.

CONCLUSIONES:

Los angioleiomiomas son tumoraciones benignas de escasa incidencia en la mano, debido a ello, pocas veces se logra su correcto diagnóstico preoperatorio, confundándose con otras tumoraciones benignas de la mano, por ello tras la aparición de una tumoración en la mano se debe de realizar una exploración exhaustiva, y en caso necesario realizar pruebas auxiliares.

La exéresis completa de la tumoración resuelve el problema de forma definitiva.

TRATAMIENTO MÍNIMAMENTE INVASIVO DEL QUISTE SINOVIAL LUMBAR INTRARRAQUIDEO

MANUEL CASTRO MENÉNDEZ
(CH MEIXOEIRO)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Los quistes sinoviales se producen generalmente por cambios degenerativos a nivel de las articulaciones, siendo muñeca, rodilla, tobillo o pie los lugares más frecuentemente afectados. Su localización en la columna lumbar es infrecuente pero puede producir dolor lumbar y/o radicular. Cuando son sintomáticos el único tratamiento definitivo es la extirpación quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos una serie de pacientes en los que se realizó exéresis quirúrgica con un procedimiento mínimamente invasivo mediante cirugía microendoscópica.

Nuestra serie consta de 4 casos (2 hombres y 2 mujeres) de edad media 69 años (61-80). Todos los pacientes presentaban intensa lumbociatalgia con una Escala analógica del dolor (EVA) de 8.5 (± 5). Se realizó en todos los casos una RMN observándose concordancia entre la localización de quiste y el territorio clínicamente afectado. Tras aplicar tratamiento conservador sin tener mejoría, se realizó exéresis del quiste mediante cirugía microendoscópica usando retractor tubular METRx de 18 mm a través del abordaje paraespinal de Wiltse.

RESULTADOS:

La exéresis fue completa en todos los casos consiguiendo un EVA postoperatorio de 0. el tiempo medio del acto quirúrgico fue de 67 (± 7) minutos y la estancia postoperatoria de 2 (± 1) días.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

El quiste sinovial lumbar es una causa actualmente bien conocida de lumbociatalgia. El nivel más frecuentemente afectado es L4-L5 y se asocia con cambios degenerativos en las articulaciones facetarias. Aunque se han publicado buenos resultados realizando aspiración guiada por TAC el único tratamiento definitivo que no registra recidivas es la extirpación quirúrgica.

La intervención consiste en la resección del quiste y una facetectomía articular interna para reabrir el receso. El abordaje microendoscópico a través de un retractor tubular permite realizar esta intervención de forma efectiva reduciendo la exposición quirúrgica, la lesión de tejidos blandos, el sangrado y el riesgo de inestabilidad.

CIATALGIA POR PIOMIOSITIS PERIARTICULAR DE CADERA

MANUEL CASTRO MENÉNDEZ
(CH MEIXOEIRO)

INTRODUCCIÓN:

El dolor ciático es causado generalmente por patología compresiva intrarraquídea, no obstante se han descrito diversas causas de origen extrarraquídeo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos el caso de una paciente de 55 años sin antecedentes personales de interés que acude a nuestro servicio por presentar lumbociatalgia derecha de 7 días de evolución que no responde a tratamiento conservador con AINES de forma ambulatoria. Al ingreso presentaba fiebre de 38 ° C, un leve flexo en la cadera con dolor localizado en zona isquiática y cara posterior de pierna derecha con maniobras de irritación radicular positivas sin déficit sensitivomotor. La paciente no refiere en ningún momento traumatismo previo ni se observa posible puerta de entrada ni proceso infeccioso a distancia.

La Rx simple era normal. En la analítica se observó una leucocitosis con desviación a la izquierda y con VSG y PCR alternadas. La Gammagrafía con Ga 67 y Tc 99 presentaba aumento de la captación en región acetabular derecha y los hemocultivos fueron positivos para S. Aureus. Se realizó un TAC y RMN que fueron informadas como piomiositis con absceso en músculos obturador interno y externo y musculatura glútea profunda.

La paciente fue tratada con punción del absceso guiado por TAC, drenaje a través de catéter conectado al exterior y cultivo de pus. Administración de antibioterapia selectiva para S. Aureus durante 6 meses.

RESULTADOS:

La paciente en el momento actual está asintomática y no presenta ninguna alteración clínico-radiológica, con parámetros bioquímicos normales.

DISCUSIÓN:

La piomiositis es una infrecuente infección de la musculatura esquelética cuyo principal agente etiológico es el S. Aureus. La infección localizada en el suelo pélvico periarticular da cuadros de difícil diagnóstico (ciatálgias, caderas dolorosas, celulitis...). Actualmente, con el progreso de los medios diagnósticos y terapéuticos no invasivos, se ha facilitado la solución de los procesos difíciles de reconocer cuya demora podría derivar en importante morbi-mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA:

Se adjunta en el cartel científico.

INFECCIÓN DE ALOINJERTO HUMERAL POR TBC EN PACIENTE CON OSTEOSARCOMA

MARIAN GONZÁLEZ BEDÍA
(CH JUAN CANALEJO)

INTRODUCCIÓN:

La tendencia en el tratamiento actual de los tumores óseos malignos es hacia el tratamiento quirúrgico conservador, mediante resección tumoral y reconstrucción.

La utilización de aloinjertos estructurales masivos facilita la reconstrucción tras resecciones importantes, permitiendo la conservación de la extremidad y de su función. Las complicaciones que pueden surgir de su uso son movilización y fractura del implante, pseudoartrosis e infección.

MATERIAL Y MÉTODO:

Varón de 14 años con osteosarcoma de tercio proximal-medio de húmero izquierdo, tratado mediante quimioterapia preoperatoria, cirugía de resección tumoral y reconstrucción con aloinjerto hemiarticular humeral, y quimioterapia postoperatoria. Presenta como complicación infección del aloinjerto por Tbc. Retiramos aloinjerto y colocamos espaciador indicando tratamiento antibiótico específico, para en un segundo tiempo implantar un nuevo aloinjerto osteoarticular.

RESULTADOS:

- Infección como complicación de la utilización de aloinjertos, es este caso por un germen no habitual
- Remisión completa de la enfermedad tras un periodo de seguimiento de tres años.
- Movilidad del hombro del 20% con función normal del resto del miembro superior.

DISCUSIÓN:

- La tendencia actual en el tratamiento es la cirugía conservadora de la extremidad mediante resección tumoral y reconstrucción del aloinjerto.
- Tbc como complicación.
- Relación entre Tbc y su situación endémica en Galicia.

LIPOMA INTRAÓSEO DE CALCÁNEO. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ENRIQUE FERNÁNDEZ PEÑA
(CHU SANTIAGO DE COMPOSTELA)

INTRODUCCIÓN:

Los lipomas intraóseos de calcáneo son tumores óseos primarios muy poco frecuentes (54 casos descritos en la literatura), de naturaleza benigna y con un comportamiento radiológico tan característico que permite el diagnóstico de certeza sin realizar biopsia de la lesión.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Aprovechando un caso de lipoma intraóseo de calcáneo intervenido en nuestro servicio realizamos una revisión bibliográfica de las características clínicas, radiológicas e histológicas de estas lesiones así como de las opciones terapéuticas actualmente más aceptadas.

RESULTADOS:

Presentamos la evolución de nuestro caso y analizamos los resultados de los diferentes terapéuticos que diferentes autores recomiendan para estos tumores.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Analizando el resultado de cada opción terapéutica actualmente lo más aceptado es confirmar el diagnóstico de la lesión mediante la realización de una RMN y la vigilancia periódica en caso de lesiones así como de las opciones asintomáticas reservando la cirugía para los pacientes con manifestaciones clínicas intensas. No se ha descrito ningún caso de malignización estos tumores ni de recidiva tras la cirugía.

LUXACIONES DIGITALES A DOBLE NIVEL

JAVIER YÁÑEZ CALVO

(CH MEIXOEIRO)

INTRODUCCIÓN:

Aunque las luxaciones interfalángicas son muy frecuentes, es inusual ver dichas luxaciones a doble nivel en un mismo dedo de forma simultánea. En 1874 Bartels publicó el primer caso, y desde entonces, se han descrito pocos más.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos nuestra experiencia respecto a las luxaciones a doble nivel que simultáneamente afectan a un dedo de la mano. Nuestra serie consta de 7 casos siendo la localización más frecuente en el 5º dedo.

En cuanto al tratamiento, en todos los pacientes se hizo reducción cerrada por manipulación sin tener que recurrir a la utilización de material de osteosíntesis por considerarse estable dicha reducción. En 2 casos (un 1º dedo y 2º dedo) la luxación era abierta procediéndose a la reparación de las lesiones de partes blandas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

A la luz de nuestra experiencia, el hecho de ser luxación a doble nivel no ha impedido la reducción por manipulación de la misma como tampoco ha empeorado el pronóstico funcional.

Sólo a nivel de la IFP en un paciente, y posiblemente relacionado con la presencia de un fragmento óseo arrancado de la placa volar, hemos observado como secuela la persistencia de rigidez residual de dicha articulación que en ningún caso ha sido lo suficientemente importante para plantearse cirugía paliativa.

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE OSTEOTOMIA DE MITCHEL Y CHEVRON

PEDRO HUGO MATA LÓPEZ

(CH MEIXOEIRO)

INTRODUCCIÓN:

El abordaje terapéutico del Hallux Valgus tiene varias alternativas, entre las que se encuentran la osteotomía de Mitchel y de Chevron.

Cada una requiere una exigencia técnica particular y las dos son opciones que están indicadas dentro de un sector poblacional donde no existen signos degenerativos articulares y las variaciones angulares de los radios se presentan en un rango específico.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Partiendo de un grupo de pacientes (n = 80) con una media de edad de 35 años, intervenidos entre Junio de 1996 y Diciembre de 2003, se realiza un estudio estadístico descriptivo y de regresión logística, basado en la comparación de dos subgrupos, uno al que se le realizó osteotomía de Mitchel (n = 28) y otro al que se le realizó osteotomía de Chevron (n = 52). Se intenta establecer si existen diferencias significativas en cuanto a la incidencia de complicaciones (metatarsalgias de transferencia, rigidez articular, corrección de ángulos (intemetatarsal, metatarsofalángico), tiempo de consolidación y evaluación sobre el grado de satisfacción.

RESULTADOS:

Durante 3,5 meses (de media) se realizó un seguimiento clínico y radiológico a los pacientes a los que se les practicó Chevron y 5,1 meses a los de Mitchel tras la intervención.

Existió una mayor corrección angular metatarsofalángica en el Mitchel, pero al contrario la incidencia de metatarsalgia de transferencia fue mayor debido al mayor acortamiento que provocó.

Con ambos, el índice de evaluación clínica fue similar.

CONCLUSIÓN:

Con las dos técnicas se consiguen unos resultados funcionales y estéticos satisfactorios si la indicación del proceso es la correcta.

OSTEOTOMÍA VALGUIZANTE FEMORAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSEUDOARTROSIS EN FRACTURAS SUBCAPITALES DE CADERA

Autor: FERNÁNDEZ PEREIRA, T.

Coautores: RIVAS GRANDJEAN, A.; TRONCOSO DURÁN, J.R.; GIL TRÁNCHEZ, V.; DIZ DEBRITO M.; POSADILLA CASQUETE, P. (POVISA)

RESUMEN:

Se presentan cuatro casos de fractura de cuello femoral en pacientes jóvenes secundarias a traumatismos de alta energía (accidente de tráfico), tratadas quirúrgicamente con tornillos canulados, que evolucionaron a pseudoartrosis, sin necrosis de la cabeza femoral. Dichas pseudoartrosis fueron tratadas con osteotomía valguzante femoral, que tras un seguimiento medio de 15 meses (de 12 a 26 meses), evolucionaron de forma favorable hacia la consolidación.

CONCLUSIÓN:

Destacamos la importancia de la reducción anatómica de las fracturas de cuello femoral en el tratamiento inicial (siempre que sea posible) y la consolidación de la cabeza femoral en pacientes jóvenes cuando se establezca una pseudoartrosis sin necrosis de la cabeza.

PRÓTESIS DE SILICONA COMO TRATAMIENTO DE UNA RIGIDEZ DE MCF ASOCIADA A PSEUDOARTROSIS DE METACARPIANO

Autor: CELESTER BARREIRO, G.

Coautor: CASTRO RÍO, A. (MUTUA LA FRATERNIDAD)

Comunicamos el caso de un paciente varón de 25 años que sufre un aplastamiento de la mano derecha resultando con gran atrición de partes blandas, fractura abierta de 3º y 5º metacarpianos, fractura de la base de la falange proximal del 5º dedo, sección de tendones extensores de ese dedo y pérdida de sustancia cutánea.

En otro centro se realizó síntesis de las fracturas metacarpianas con sendas placas. De la fractura de F1 con un tornillo interfragmentario, tenorrafias e injerto libre de piel.

Tras 12 semanas de evolución tenía un notorio edema, trastornos tróficos por cicatrices transversales, rigidez dolorosa de la 5ª MCF y pseudoartrosis del 5º metacarpiano. El paciente no aceptó la amputación que se le había propuesto.

Realizamos entonces la retirada del material de osteosíntesis del 5º radio e implantamos una prótesis de silicona (Avanta) en la MCF, cuyo vástago atravesaba el foco de pseudoartrosis, utilizando la cabeza del metacarpiano como injerto y fijando foco y prótesis con agujas de Kirschner.

La fractura consolidó perfectamente y se logró un buen resultado funcional de la MCF.

SINOVITIS VILLONODULAR DE LA RADIOCUBITAL DISTAL

Autor: CELESTER BARREIRO, G.

Coautor: CASTRO RÍO, A.

(MUTUA LA FRATERNIDAD)

Presentamos un caso de tumoración de la cabeza cubital izquierda en una mujer de 245 años, descubierto como hallazgo radiológico tras un traumatismo leve.

Los estudios radiológicos (Rx y RNM) sugerían un fibroma condromixoide, fibroma no osificante o defecto cortical fibroso como etiología más probable. La paciente no quiso operarse hasta 18 meses después, cuando ya tenía dolor, impotencia funcional y una importante sinovitis. En la intervención encontramos una sinovial muy congestiva e hipertrófica. Realizamos una completa sinovectomía, extirpación de la cabeza cubital y estabilización de la epifisis distal del cúbito con una bandeleta del extensor carpi ulnaris.

La anatomía patológica reveló una sinovitis villonodular con afectación ósea.

Actualmente (11 meses postp.) la paciente está asintomática y la única secuela es una pérdida de 30° de supinación.

FASCITIS PLANTAR CRÓNICA. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MEDIANTE FASCIOTOMÍA

Primer autor: LA MONTERO FURELOS

Coautores: FERNÁNDEZ LÓPEZ DE TURISO, J.; COLINO SANCHEZ, AL. ;

TROBAJO DE LAS MATAS, JE.; LÓPEZ, JA.; QUEVEDO, LA.

(HOSPITAL DA COSTA-LUGO)

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN:

Las talalgias tienen en la gran mayoría de los casos tratamiento conservador (AINEs, calzado adecuado, plantillas de descarga, férulas nocturnas, control del peso, infiltraciones locales,...), se estima que el 95% de los casos responden a estas medidas terapéuticas. El tratamiento quirúrgico lo limitamos a aquellos pacientes en los que tras un mínimo de 6 meses de tratamiento correcto no existe mejoría.

MATERIAL Y METODOS:

Estudiamos las variables de los pacientes que han sido intervenidos en nuestro servicio por fascitis plantar crónica, tras fracaso de tratamiento conservador, con fasciotomía plantar sin excisión del espolón calcáneo cuando estaba presente.

La técnica quirúrgica fue realizada bajo anestesia locoregional, con abordaje transversal corto anterior al tejido graso del talón.

En el postoperatorio se recomendó descarga temporal, con apoyo progresivo a las dos semanas y uso de plantilla de descarga.

RESULTADOS:

No se presentaron complicaciones quirúrgicas, siendo el hecho postoperatorio más reseñable las molestias temporales a nivel de la cicatriz quirúrgica.

A los tres meses el Sistema de Puntuación Clínica de Daly et al, fue excelente (90-100 puntos) en 68% de los casos, bueno (80-89 puntos) en 16% , y regulares (70-79 puntos) o malos (<70 puntos) en 8% cada uno, dos casos en total. El índice de satisfacción fue del 92%, y tan sólo uno de nuestros pacientes no se volvería a intervenir si tuviese que hacerlo otra vez.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

La fasciotomía parcial constituye un método simple y coste-efectivo en el tratamiento de la fascitis plantar crónica cuando fracasa en tratamiento conservador.

EMPLEO DE FACTORES DE CRECIMIENTO (AGF) EN LA CONSOLIDACIÓN DE PSEUDOARTROSIS

Primer autor: LUIS ÁNGEL MONTERO FURELOS

Coautores: COLINO SÁNCHEZ, AL; TROBAJO DE LAS MATAS, JE; LÓPEZ DE TUR ISO, J; LÓPEZ RODRÍGUEZ, JA; QUEVEDO GARCÍA, LA.
(HOSPITAL DA COSTA-LUGO)

RESUMEN:

Los factores de crecimiento que son liberados por las plaquetas y las células de la serie blanca constituyen la orden inicial que desencadena la reparación tisular. El potencial terapéutico de estos factores ha suscitado gran interés pero aún desconocemos la futura aplicación de estos factores.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Hemos tratado 14 pacientes afectados de pseudoartrosis en diferentes localizaciones. Añadiendo al tratamiento quirúrgico de estabilización plasma rico en plaquetas, obtenido por procesamiento de sangre autóloga (AGF).

Valoramos las características de cada caso, los eventos relacionados con la técnica, el tiempo de curación, y el índice de éxitos.

RESULTADOS:

Pese a la variabilidad de nuestra serie en cuanto a su localización, la consecución de buenos resultados en el 84% de nuestros casos nos anima a continuar empleando la técnica de AGF.

DISCUSIÓN DE CONCLUSIONES:

1. Los factores de crecimiento son elementos importantes en la consecución de la consolidación ósea, aunque lo es más la existencia de células osteogénicas.
2. Aunque aportamos los elementos osteogénicos, no debemos olvidar la consecución de unas correctas condiciones biomecánicas (osteosintesis correcta).
3. Hemos obtenido buenos resultados, aunque la pluralidad de los casos, la necesidad de mayor muestreo y comparación en el "patrón oro" limita las conclusiones.

INFECCIÓN Y OSTEOLISIS DE PINES DE FIJACIÓN EXTERNA: ESTUDIO PROSPECTIVO

M. DE LOS LLANOS RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ,
MIGUEL CASTRO TORRE, ALICIA FREIRE RUAÑO,
CAROLINA MARTÍNEZ RUBINOS,
PEDRO GONZÁLEZ-HERRANZ.
(HOSPITAL USP SANTA TERESA)

INTRODUCCIÓN:

La infección alrededor de los tornillos de los fijadores externos es la complicación más frecuente, originando múltiples visitas a consulta externa, y pudiendo provocar el aflojamiento del tornillo por osteolisis secundaria.

Realizamos un estudio prospectivo de 4 tipos de tornillos en diferentes aplicaciones de fijación externa.

Se analiza la incidencia de la infección determinada por la ATS/DUE que realiza las curas y la tasa de osteolisis en las RX de control.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizan 20 aplicaciones de fijación externa en 18 pacientes, con un total de 106 tornillos. La media de edad fue de 12.1 (R 4-32) años- La duración media de la aplicación fue de 164.1 días (R 32-730).

La ATS encargada de realizar las curas desconocía el tipo de tornillo de cada paciente, y reflejaba en la historia la existencia de supuración alrededor del tornillo.

Se revisaron las historias clínicas y las RX de todos los casos para comprobar la existencia de osteolisis.

Fracturas de huesos largos	3
Desviaciones axiales	4
Alargamiento de miembros	7
Transporte óseo	4
Ligamentotaxis	2

Tipos de tornillos	Nº
Hidroxiapatita (HA)	45
Troncocónicos (TC)	39
Troncocónicos pediátricos (TC PED)	18
APEX	4

RESULTADOS:

La tasa de infección fue de 18.86% (20 tornillos).

Aunque la infección superficial afectó a 9 tornillos HA no se produjo ningún aflojamiento, a pesar del mayor tiempo medio de duración del tratamiento (198 días). La osteolisis afectó a 6 tornillos (5.66%). Según el tipo de tornillos el menor nº de osteolisis se presentó en tornillos HA y APEX.

Según el tipo de fijación externa ningún grupo resultó exento de infección. No se produjo osteolisis en el caso de los alargamientos, si bien en todos se emplearon tornillos de HA.

CONCLUSIONES:

1. Las infecciones alrededor de los tornillos son muy frecuentes afectando a la mitad de los casos.
2. La consulta externa de enfermería es de gran importancia para la vigilancia y seguimiento de estos casos.

3. El ejemplo de tornillos de HA disminuye la incidencia de osteolisis.
4. Independientemente de la indicación todos los tornillos deberían estar recubiertos de HA.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moroni A, Faldini C: Improvement of the bone-screw interface strength with hydroxyapatite-coated and titanium-coated AO/ASIF cortical screws. *J Orthop Trauma*. 2002 Apr;16(4):257-63.
2. Moroni A, Heikkila J et al: Fixation strength and pin tract infection of hydroxyapatite-coated tapered pins. *Clin Orthop*. 2001 Jul;(388):209-17.
3. Melendez EM, Colon C: Treatment of open tibial fractures with the Orthofix fixator. *Clin Orthop* 1989 Apr; (241): 224-30.
4. Caja VL, Piza G et al: Hydroxyapatite coating of external fixation pins to decrease axial deformity during tibial lengthening for short stature. *J Bone Joint Surg Am*. 2003 Aug; 85-A(8):1527-31.

LESIONES DE STRESS DE ESCAFOIDES TRASIANO

**M. DE LOS LLANOS RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ.;
ALEJANDRO LÓPEZ-PARDO O.; DOMINGO LOMBAO I.;
MAYTE DE LEÓN L.; ÁNGELA ROZADO C.
(COMPLEJO HOSPITALARIO XERAL-CALDE LUGO)**

RESUMEN:

Las lesiones de navicular pueden deteriorar mucho la función del pie. Se relacionan con la práctica deportiva o traumatismos directos o indirectos en mayor parte de los casos. Debe excluirse la afectación de partes blandas adyacentes.

Las fracturas por sobrecarga son consecuencia de traumatismos repetidos. La presentación clínica oscila desde la deformidad evidente de la bóveda plantar con pérdida de función hasta el dolor crónico relacionado con el ejercicio.

Deben realizarse los estudios radiográficos convencionales, que pueden ser negativos, y pruebas complementarias como TAC o RNM que aportan una mayor información.

El tratamiento de elección en las fracturas de stress sin desplazamiento es conservador, mediante inmovilización con botín de yeso en descarga como mínimo durante 6 semanas.

Presentamos una revisión de 5 casos de lesiones de stress de escafoides tarsiano tras tratamiento conservador.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Saxena et al: Results of treatment of 22 navicular stress fractures and a new proposed radiographic classification system. *J Foot Ankle Surg* 2000, Mar-Apr; 39(2):96-103.
2. Coris EE et al: Tarsal navicular stress injures in athletes. *Orthop*. 2003 Jul; 26(7): 733-7; quiz 738-9.
3. Khan K et al: Outcome of conservative and surgical management of navicular stress fracture in athletes. *Am Journal Sports Med* 1992;20(6):657-666.
4. Pinney SJ et al: Fractures of the tarsal bones. *Orthop Clin North Am*. 2001 Jan;32(1):21-33.

TROMBOSIS POPLÍTEA POR LUXACIÓN PROTÉSICA DE RODILLA

DOMINGO LOMBAO IGLESIAS; MAYTE LEÓN LÓPEZ;
M^a DE LOS LLANOS RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ;
ÁNGELA ROZADO CASTAÑO;
JOSÉ RAMÓN FERNÁNDEZ BARRIALES.
(SERVICIO C.O.T. COMPLEXO HOSPITALARIO XERAL CALDE. LUGO)

RESUMEN:

La luxación traumática de rodilla suele producirse por traumatismos de alta energía, y aunque es poco frecuente, debe considerarse una urgencia ortopédica realizándose una reducción inmediata incluso en ausencia de demostración radiográfica (1).

Aunque la circulación colateral puede mantener el relleno capilar y generar pulsos distales, es insuficiente para mantener la viabilidad de la extremidad (2).

La adherencia relativa de la arteria a la entrada y salida del hueso popliteo, contribuyen a su vulnerabilidad en caso de hiperextensión (3). Una historia previa de arteriopatía isquémica, aumenta el riesgo de sufrir una lesión vascular (3) (4).

Los mejores resultados de tratamiento se obtienen con la cirugía de by-pass, debiendo asociarse fasciotomía según el grado y duración de la isquemia (4).

Se han descrito luxaciones protésicas asociadas tanto a implantes con preservación del LCP, como aquellas con diseño pósterior estabilizado (5) (6). En ambos casos, la mayoría de los autores coinciden en que la estabilidad final depende principalmente de la laxitud ligamentosa en flexión, y en menor medida de la inestabilidad patelar (5) (6) (7). Una liberación exagerada del ligamento colateral lateral principalmente, así como de los alerones rotulianos, contribuye de manera significativa a generar inestabilidad independientemente del diseño de la prótesis (6) (8).

BIBLIOGRAFÍA:

1. Insall J, et al: The Total Condylar Knee Prosthesis. A Report of Two Hundred and Twenty cases. J Bone Joint Surg. 1979; 61(2): 173-180.
2. Koval K J, et al: Handbook of Fractures. 2nd Ed. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.
3. Robson LJ, et al: Popliteal Artery Obstruction Following Shiers Total Knee Replacement: A Case Report: Clin Orthop Relat Res 1975; 109: 130-5.
4. Caligaro KD, et al: Acute Arterial Thrombosis Associated with Total Knee Arthroplasty. J Vasc Surg 1994; 20: 927-32.
5. Sharkey PF, et al: Posterior Dislocation of Total Knee Arthroplasty. Clin Orthop Relat Res. 1992; 278: 128-33.
6. Galat BJ, et al: Dislocation of the Posterior – Stabilized Total Knee Arthroplasty. A Report of Two Cases. J Arthroplasty. 1988; 3 (4): 363-67.
7. Gebhard JS; et al: Dislocation of a Posterior – Stabilized Total Knee Prosthesis: A Report of Two Cases: Clin Orthop Relat Res. 1990; 254: 225-29.
8. Lockwood MD, et al: Posterior Dislocation of a Posterior – Stabilized Total Knee Arthroplasty: A Report of Two Cases. Am Jour Orthop. 1996: 310-12.

GRANULOMA EOSINÓFILO CERVICAL

DOMINGO LOMBAO IGLESIAS; MAYTE LEÓN LÓPEZ;
M^a LLANOS RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ;
ÁNGELA ROZADO CASTAÑO; PABLO CODESIDO VILAR;
LAURA FIAÑO AVILÉS; JOSÉ ANTONIO CEIDE NÚÑEZ.
(COMPLEXO HOSPITALARIO XERAL-CALDE LUGO)

RESUMEN:

El Granuloma Eosinófilo (GE) es una forma ósea localizada de histiocitosis de células de Langerhans (1). Se trata de una tumoración benigna de origen desconocido que suele presentarse en las primeras dos décadas de vida, afectando predominantemente a varones. Asienta predominantemente en cráneo, pelvis y diafisis de huesos largos (2). La afectación raquídea varía del 7-15%, localizándose fundamentalmente a nivel toracolumbar (3) (4).

Aunque el hallazgo radiológico típico es la vértebra plana, no es necesario ni patognomónico de GE ya que también puede verse en infecciones (tuberculosis) o tumores malignos (Sarcoma de Swing) (5).

Se recomienda realizar biopsia para confirmar el diagnóstico y porque este acto aumenta la posibilidad de resolución espontánea de la lesión (6). El uso de corticoides intralesionales puede mejorar la evolución de la enfermedad (7).

En pacientes jóvenes con lesiones únicas localizadas a nivel raquídeo, el tratamiento consiste en inmovilización externa para recuperar la altura vertebral y prevenir la cifosis (3). En pacientes esqueléticamente inmaduros la recurrencia es rara (1).

BIBLIOGRAFÍA:

1. Plasschaert F, et al: Eosinophilic Granuloma. J Bone Joint Surj (Br). 2002 ; 84 B : 870-72.
2. Nesbit ME Jr : Bone Tumours in Infants and Children. Paediatrician. 1972/73; 1: 273-87.
3. Raab P, et al: Vertebral Remodelling in Eosinophilic Granuloma of the Spine: a Long-Term Follow-up. Spine 1998; 23: 1351-54.
4. Wilner D, et al: Radiology of bone Tumors and Allied Disorders. Philadelphia: WB Saunders, 1982.
5. Yeom JS, et al: Langerhans' cell Histiocytosis of the Spine. Analysis of Twenty-Three Cases. Spine 1999; 24: 1740-49.
6. Chu T, et al: Histiocytosis Syndromes in Children. Lancet 1987: 208-9.
7. Capanna R, et al: Direct Cortisone Injection in Eosinophilic Granuloma of Bone: a preliminary report on 11 patients. J Pediat Orthop 1992; 12: 811-14.

TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES EN EL CUBOIDES

Autor: CARMEN ÁLVAREZ VAL

Coautores: FERNÁNDEZ PEÑA, E. ; CASTRO MIGUES, B.;

SANTOS RODRÍGUEZ, A.; BLANCO PÉREZ, D.; VIEITEZ REYES, A.;

VARELA COUSILLAS, G.; JORGE LAGO, Y.; DURÁN LÓPEZ, J.

(CHU SANTIAGO)

INTRODUCCIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS:

Se presenta un caso de tumor de células gigantes en cuboides con un seguimiento de 9 años sin recidiva. Se revisa la bibliografía relacionada con esta neoplasia: incidencia, clínica, diagnóstico y tratamiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

El tumor de células gigantes típicamente epifisario y de huesos largos (90%) puede aparecer en cualquier hueso del pie (2%) y su asiento es subcondral. No es un tumor común en el cuboides y es más característica su presencia en el astrágalo. Clínicamente se manifiesta por dolor o fractura patológica (12%). Puede dar una imagen radiológica bastante típica pero el diagnóstico definitivo es anatomopatológico. El tratamiento más utilizado es el curetaje y relleno con injerto aunque las recidivas tras la cirugía pueden alcanzar el 20/40%.