

Comunicaciones presentadas al XLVI Congreso SOTOCAV.

Gandía, 10 y 11 de mayo de 2018.

Communications presented at the XLVI SOTOCAV Congress.
Gandia, May 10th and 11th, 2018.

PÓSTERS ELECTRÓNICOS

P-01 ¿ES NECESARIA LA ANALÍTICA DE CONTROL DE LA HEMOGLOBINA A LAS 48 HORAS DEL POSTOPERATORIO DE UNA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA?

Díaz Martínez, José Vicente; Pérez Navarro, Guillermo; Sánchez Alepuz, Eduardo; Miranda Gómez, Ignacio; Peregrín Nevado, Ignacio; Collado Sánchez, Andrés, Gutiérrez Delgado, Marta.

Hospital IMED Valencia.

Introducción. La anemia preoperatoria debe ser reconocida, ya que aumenta la tasa de transfusión, la morbilidad, y las readmisiones y potencialmente puede ser tratada con hierro o eritropoyetina. La reducción intraoperatoria de la hemorragia debe hacerse con las actuales técnicas basadas en la evidencia. La influencia de los enfoques quirúrgicos en el sangrado no se ha investigado ampliamente, pero la cirugía mínimamente invasiva se ha sugerido para reducir la pérdida de sangre. Las indicaciones para las transfusiones requieren estudios adicionales en relación a la anemia postoperatoria. La transfusión está vinculada a un aumento de la estancia hospitalaria y comorbilidad. **Material y Métodos.** Se incluyeron en el estudio 78 pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla en el año 2016). Como criterios de inclusión: pacientes intervenidos de PTR por vía parapatelar medial con cortes independientes y guía intramedular, índice de Barthel preoperatorio >90, IMC < 35, ASA I-III, sin alergias a los fármacos anestésicos locales. Las variables de estudio fueron Hemoglobina preoperatoria, hemoglobina a las 24 horas de postoperatorio y hemoglobina a las 48 horas de postoperatorio. El análisis estadístico se realizó con el programa R adoptando 0.05 el grado de significación estadística. **Resultados.** Se ajustó un Modelo Lineal para HB.t48 en función de HB.t24 y de todos los antecedentes (variables preoperatorias) del paciente resultando, que en presencia del HB.t24 todas las demás variables eran superfluas. Además, según estos datos, este modelo es capaz de explicar algo más del 76% de la variabilidad que se observa en HB.t48. Por el momento y en base a esta muestra, a la vista

del I.C.P al 99% parece que todos aquellos pacientes cuyo HB.t24 sea mayor que 10.4 van a tener un HB.t48 mayor que 8.5 con lo que se podría evitar la segunda analítica utilizando siempre los parámetros clínicos en la toma de decisiones. **Conclusiones.** El control de la hemoglobina postoperatoria en la artroplastia total de rodilla a las 48 horas, es innecesario con una confianza del 99,9%, cuando el valor de la hemoglobina a las 24 horas es igual o superior a 10.49 gr/dl.

P-02 ¿ES NECESARIO PEDIR PRUEBAS COMPLEMENTARIAS ANTE UNA FRACTURA PATOLÓGICA DE CADERA SOBRE UNA LESIÓN DE APARIENCIA BENIGNA?

Miranda Gómez, Ignacio; Collado Sánchez, Andrés; Gutiérrez Delgado, Marta; Díaz Martínez, José Vicente; Peregrín Nevado, Ignacio; Sánchez Alepuz, Eduardo.

Hospital IMED Valencia.

Introducción. Varón de 18 años con una fractura patológica de cadera sobre una lesión quística tras un traumatismo de baja energía. **Material y Métodos.** Se realiza una encuesta a 58 especialistas en COT. Se envían las radiografías simples y se hacen 4 preguntas: diagnóstico, lesión de base, pruebas complementarias a solicitar y tratamiento. **Resultados.** Contestan a la encuesta 58 COT de 21 hospitales diferentes. Diagnóstico: 100% fractura patológica (50% pertrocantérea, 14% pertrocantérea con trazo basicervical, 5% subtrocantérea, 3% basicervical y 28% no especifican). Lesión base: 7% no saben, 69% quiste óseo esencial, 26% quiste óseo aneurismático, 7% displasia fibrosa, 3% encondroma, 19% otros. Pruebas complementarias: 12% ninguna, 67% TAC, 33% RM, 17% biopsia preoperatoria, 5% otras. Tratamiento: 98% osteosíntesis y 1 no se pronuncia. El 19% remitirían muestra para anatomía patológica, 33% utilizaría injerto o sustituto óseo, 31% haría curetaje de la lesión. En el caso que se presenta se hizo TAC y RM que dieron como diagnóstico de sospecha un encondroma. Se realizó curetaje de la lesión, relleno mediante sustituto óseo y osteosíntesis con clavo endomedular. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de encondroma.

P-03 FRACTURA DEL MANGUITO DE LA PATELA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Orenga Montoliu, Sònia; Segura Serralta, David; Villanueva Dolcet, Cristina; Escribano Zacarés, Sonia
Hospital Francesc de Borja, Gandía

Introducción. Las fracturas de rótula son poco frecuentes en la infancia, siendo menos del 2% en pacientes esqueléticamente inmaduros. La fractura del manguito fue descrita por Houghton y Ackroyd en 1979, consiste en la avulsión de un pequeño fragmento óseo del polo distal de la rótula, junto a un manguito de cartílago articular, periostio y retináculo arrancado del cuerpo principal restante de la rótula. Se producen por una contracción violenta del cuádriceps contra resistencia. El interés de este tipo de fracturas reside en su baja frecuencia, dificultad diagnóstica y en la falta de consenso en cuanto al tratamiento quirúrgico óptimo de las mismas. **Material y Métodos.** Presentamos el caso de un niño de 12 años, que sufrió un cuadro de dolor, impotencia funcional, gap a la palpación y limitación de la extensión activa tras realizar un salto mientras practicaba atletismo. La radiografía realizada en urgencias mostró una patela ascendida y un fragmento el polo inferior de la rótula. Se solicitó una ecografía urgente que confirmó el diagnóstico de fractura del manguito de la rótula. **Resultados.** El paciente fue tratado de forma quirúrgica mediante suturas transóseas, recuperando la movilidad completa tras la cirugía y rehabilitación. **Conclusiones.** Siempre debe sospecharse una fractura del manguito en pacientes menores de 16 años, particularmente en aquellos con un traumatismo agudo indirecto en la rodilla. El diagnóstico y la reparación quirúrgica precoz es importante para conseguir una recuperación funcional completa.

P-05 LESIÓN DE LA PLACA VOLAR DE LA ARTICULACIÓN METACARPO-FALÁNGICA DEL PULGAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Orenga Montoliu Sònia, Picazo Gabaldón Benito Ramón, Gracia Ochoa Marta, Capó Soliveres Irina.
Hospital Francesc de Borja, Gandía.

Introducción. Los esguinces de la articulación metacarpofalángica (MF) del pulgar son frecuentes y afectan sobre todo a pacientes jóvenes y deportistas, como consecuencia de un traumatismo en hiperextensión. La placa volar se rompe, pero los ligamentos colaterales permanecen intactos, lo que puede conllevar una extensión suprafisiológica o subluxación de la articulación MCF. El tratamiento más frecuente es conservador mediante un periodo de inmovilización de 3 semanas, no obstante, si existe subluxación residual o se afectan las estructuras estabilizadoras pasivas, se debe realizar un tratamiento quirúrgico de la lesión. **Material y Métodos.** Presentamos una adolescente de 14 años, que acude a urgencias por dolor

y deformidad del primer dedo de la mano derecha, tras sufrir un traumatismo mientras practicaba senderismo. A la exploración, presenta dolor a la palpación de la metacarpo-falángica, deformidad en hiperextensión y subluxación volar de la falange proximal. Se solicitó una RMN que confirmó la ruptura completa de la placa volar, sin otras alteraciones. **Resultados.** Debido a la inestabilidad tras la inmovilización, se decidió tratar de forma quirúrgica, realizando una reparación directa de la placa volar. Se mantuvo la inmovilización durante 3 semanas y se inició un protocolo de rehabilitación, recuperando la movilidad completa, sin dolor y sin signos de inestabilidad a las 6 semanas de la intervención. **Conclusiones.** Los esguinces graves de la MF del pulgar son frecuentes, sobre todo en determinados deportes. Las rupturas de la placa volar son la consecuencia de un mecanismo de hiperextensión y el tratamiento es conservador, reservándose el tratamiento quirúrgico en casos de inestabilidad. Una gestión adecuada de la lesión, requiere el conocimiento del tipo de lesión, las exigencias del deporte específico, el nivel competitivo del deportista, así como las futuras demandas y expectativas.

P-06 SINOSTOSIS RADIO-CUBITAL CONGÉNITA. OSTEOTOMÍA DESROTADORA DEL CUBITO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Rey Vidal, Pau; Martínez Pérez, Carles; Gómez Barbero, Patricia; Peña Marrero, Livan.
Hospital Lluís Alcanyis Xativa.

Introducción. La sinostosis radio-cubital congénita es una entidad poco frecuente de causa desconocida. Consiste en la fusión de la articulación radio-cubital, ocurriendo el defecto en el 90% de los casos a nivel proximal. Aproximadamente el 80% son bilaterales, pudiéndose asociar además con otras malformaciones, ya sean músculo-esqueléticas (hipoplasia del pulgar, coalición carpiana, sinfalangismo) o sistémicas (tetralogía de Fallot, retraso mental). **Material y Métodos.** Presentamos el caso clínico de un paciente de 4 años, varón, sin antecedentes de interés, que consulta por deformidad fija en pronación casi completa del antebrazo derecho (mano dominante) y déficit funcional de la muñeca. La flexo-extensión de los dedos está conservada y no existen alteraciones neuro-vasculares distales. Se realiza una radiografía simple del antebrazo, en la que se observa una sinostosis radio-cubital congénita tipo I según la clasificación de Tachdjian. **Resultados.** Dado que se trata de la mano dominante y existe una deformidad fija mayor de 60° de pronación, se decide tratamiento quirúrgico mediante osteotomía desrotadora proximal del cubito y osteosíntesis con agujas de Kirschner, buscando una posición final de 10-20° de pronación del antebrazo (posición de escribir). Posteriormente, se coloca una férula braqui-palmar en esta posición y se

mantiene, junto a las agujas, durante 6 a 8 semanas, hasta la consolidación. **Conclusiones.** La sinostosis radio-cubital congénita es una entidad rara en nuestro medio, pero que puede generar una gran incapacidad funcional en el paciente. Existe controversia respecto a su tratamiento: las técnicas que intentan preservar el movimiento del antebrazo han tenido resultados poco satisfactorios; y no existe consenso en cuanto al momento más apropiado para realizar la osteotomía ni sobre la posición final del antebrazo. No obstante, la osteotomía desrotadora cubital sigue siendo el tratamiento de elección hoy en día.

P-07 PRÓTESIS TOTAL DE CADERA PRIMARIA CON PAR DE FRICCIÓN CERÁMICA SOBRE CERÁMICA DE CUARTA GENERACIÓN: RESULTADOS CLÍNICOS Y DE SUPERVIVENCIA CON UN SEGUIMIENTO MÍNIMO DE 5 AÑOS.

Gómez Aparicio, María Del Sol; Novoa Parra, Carlos Daniel; Pelayo De Tomás, José Manuel; López Trabuco, Roxana Elena; Morales Suárez-Varela, María; Rodrigo Pérez, José Luis.

Hospital Universitario Doctor Peset.

Introducción. En la artroplastia total de cadera (PTC) el par de fricción cerámica sobre cerámica se asocia a mínimas tasas de desgaste y de enfermedad de partículas. Las cerámicas de cuarta generación presentan excelentes propiedades biomecánicas, pero existen pocos estudios acerca de sus resultados. El objetivo de este estudio es evaluar los resultados clínicos y la supervivencia de las PTC primarias con par cerámica-cerámica de cuarta generación. **Material y Métodos.** Estudio de seguimiento prospectivo aprobado por el comité ético. Se incluyeron todas las PTC con par cerámica-cerámica de cuarta generación implantadas en nuestro centro con un seguimiento mínimo de 5 años. Se evaluó el resultado clínico a los 5 años y la supervivencia por cualquier causa. **Resultados.** Un total de 205 pacientes fueron incluidos. Se observó una mejoría significativa en Harris Hip Score, SF36 y WOMAC a los 5 años con un 88,7% de resultados buenos o excelentes. La supervivencia acumulada fue del 97,5%(IC95%:96,4-98,5) a los 6,14±1,85(IC95%:5,9-6,39) años. No encontramos diferencias en el resultado clínico y la supervivencia al analizar los diferentes diámetros de la cabeza utilizados. **Conclusiones.** Las prótesis primarias de cadera con par de fricción cerámica-cerámica de cuarta generación han mostrado una buena supervivencia a medio plazo y buenos resultados clínicos a los 5 años de seguimiento.

P-08 OSTEOARTRITIS BILATERAL DE CADERA RÁPIDAMENTE PROGRESIVA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Alastrué Giner, Blanca; Hurtado Cerezo, Javier; García Moreno, José.

Hospital Universitario Doctor Peset.

Introducción. La osteoartritis rápidamente destructiva de cadera es una variante inusual de osteoartritis. Es más frecuente en mujeres de edad avanzada y se caracteriza por una rápida destrucción de la articulación, no atribuible a causas traumáticas, infecciosas, tumorales, isquémicas, neuropáticas ni inflamatorias. El objetivo de este trabajo es exponer la rápida progresión clínica y radiológica de esta enfermedad. **Material y Métodos.** Presentamos el caso de una mujer de 76 años, con antecedentes de HTA e hiperreactividad bronquial que acude a Urgencias por dolor en ambas caderas y dificultad para la deambulacion, no encontrándose hallazgos significativos en el estudio radiológico. A pesar del tratamiento analgésico la paciente presenta un empeoramiento progresivo de la sintomatología, hasta que 5 semanas más tarde se aprecia en la radiología simple una pérdida de la morfología esférica y colapso de ambas cabezas femorales. Se realiza RMN que muestra signos de artropatía rápidamente destructiva y edema óseo en tercio proximal de diáfisis femoral asociando fractura con marcada osteolisis de ambas cabezas femorales. Habiéndose descartado mediante pruebas complementarias un origen inflamatorio o infeccioso, se decide realizar una cirugía de reemplazo articular.

P-09 ARTRODESIS ARCO INTERNO TRAS FRACTURA DE ESCAFOIDES TARSIANO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

García Ortiz, María Tíscar; Talavera Gosálbez, José Juan; Vasallo Prieto, María Antonia; López Prats, Fernando.

Hospital General Universitario de Elche.

Introducción. Las fracturas del navicular pueden deteriorar mucho la función del pie. El objetivo del tratamiento es mantener o reparar la longitud de la columna medial y la congruencia articular astrágalo-navicular. **Material y Métodos.** Varón de 50 años trabajador de carga que sufre traumatismo en pie derecho. El paciente acude a Urgencias donde se realiza estudio radiológico y en un primer momento se diagnostica como esguince de tobillo. Ante persistencia de clínica el paciente vuelve a Urgencias donde se diagnostica de forma tardía (20 días de retraso) fractura conminuta de escafoides tarsiano. El paciente es intervenido realizándose osteosíntesis percutánea de su fractura. Seguimiento en Consultas externas donde tras 6 meses de evolución y a pesar de tratamiento rehabilitador y buena evolución radiológica persiste clínica dolorosa e incapacidad laboral. Tras revisar

la literatura existente sobre esta situación clínica optamos por un tratamiento más agresivo, artrodesis del arco interno del pie, con el fin de proporcionar al paciente un apoyo lo más estable posible para su incorporación laboral. Utilizamos una técnica descrita sobre todo para el tratamiento de la necrosis idiopática del escafoide tarsiano (Enfermedad de Müller-Weiss). En la literatura se utilizan diferentes técnicas de fijación: Diseño de injerto en marquetería y utilización de placa atornillada. Nosotros nos decantamos por la segunda. **Resultados.** La evolución clínico radiológica del paciente fue favorable con consolidación de la artrodesis, mejoría clínica y de la puntuación AOFAS, e incorporación laboral. El paciente fue dado de alta tras 14 meses de seguimiento. **Conclusiones.** Existen pocas referencias bibliográficas sobre el tratamiento quirúrgico de las fracturas de escafoide tarsiano y sus complicaciones. Existen más referencias para el tratamiento quirúrgico de la Enfermedad de Müller-Weiss. En la bibliografía consultada se recomienda un abordaje agresivo de entrada para este tipo de lesiones con el fin de mantener la estabilidad de la bóveda plantar, mantener la longitud del arco interno del pie y evitar el deterioro progresivo de la función del mismo.

P-10 ¿INFLUYE EL PATRÓN DE FRACTURA INICIAL PARA LOS RESULTADOS FUNCIONALES EN LAS FRACTURAS DE MESETA TIBIAL? REVISIÓN A DOS AÑOS.

Cristina Badenes Sanmartín, Pedro García Piqueras, Zakaria Mohd Abu Ali, Segundo Villacastin Santamaría, Luis Ferraro Esparza, Xavier Margarit Martin.

Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción. Las fracturas de la meseta tibial son propensas a complicaciones y secuelas. Los patrones de fractura y el daño de partes blandas pueden agravar las complicaciones. El objetivo ha sido intentar relacionar el patrón de la fractura con la funcionalidad tras el tratamiento y la aparición de secuelas o complicaciones. **Material y Métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo a 22 pacientes con fractura de meseta tibial entre enero 2015 y diciembre 2017, con edad media de 60 años, divididos según clasificación Schatzker, grupo 1: tipo I, II, III, y grupo 2: IV, V, VI; tratadas de forma quirúrgica y conservadora. Se realizó entrevista clínica tras evolución media post-tratamiento de 21,18 meses, donde se evaluó el dolor (EVA), escalas funcionales (Oxford, SF-36), balance articular y complicaciones. Realizamos análisis estadístico con SPSS 22 para Windows con comparación de medias para datos independientes mediante T de student y U de Mann Whitney. **Resultados.** En el grupo 1, se obtuvo una media en la escala Oxford y SF36 de 33,5 y 66,04, EVA de 3,5 en la rodilla afecta respecto a 0,8 contralateral. El BA medio de (129,8/-0,4) en la afecta,

respecto (127,33/0) en la sana. En el grupo 2, se obtuvo una media de la escala Oxford y SF-36 de 32,5 y 68,7; EVA de 3,2 en la fracturada respecto a 0,2 en la sana, y el BA medio en la afecta fue (116,-4,5) siendo de (133/0) contralateral. La tasa de complicaciones del 44,4% para el grupo 1, y 55,6% en el grupo 2, aún sin estadísticamente significativa la diferencia entre ambos grupos. **Conclusiones.** Aunque las fracturas de meseta tibial que incluyen la porción medial, se han relacionado con mayor gravedad, y peor pronóstico, no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la percepción del dolor, ni las pruebas funcionales, ni complicaciones únicamente existieron diferencias en cuanto al balance articular, a favor del grupo 1.

P-11 LESIÓN DE LA ARTERIA FEMORAL COMÚN TRAS CIRUGÍA DE RECAMBIO DE PRÓTESIS TOTAL DE CADERA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

López Trabucco, Roxana Elena; Blas Dobón, José Antonio; Gallego Cruz, Miguel.

Hospital Universitario Doctor Peset.

Introducción. Las causas principales de dolor tras la artroplastia de cadera son el aflojamiento aséptico (90%) y la infección protésica o aflojamiento séptico que es la complicación más grave (1-3%). **Material y Métodos.** Paciente de 73 años intervenida de PTC derecha en 1992. En 2012 se realiza primer recambio por aflojamiento aséptico. A los 2 presenta un episodio de isquemia aguda por oclusión de la arteria femoral común. Se realiza una segunda cirugía de revisión observándose una rotura de la AFC y protrusión de prótesis de cadera sobre la arteria. Los resultados de las muestras dieron positivo para Clostridium Hathewayi. Se pauta antibioterapia dirigida según antibiograma durante 2 semanas. La paciente es dada de alta con antibioterapia oral durante 12 semanas. La evolución ha sido favorable. **Resultados.** La infección es la complicación más grave. Los *Staphylococcus* son los principales causantes (>50%). En nuestro caso el causante fue un bacilo gram positivo anaerobio. El tratamiento se basa en antibioterapia inicialmente empírica seguida de una medicación dirigida por antibiograma durante un mínimo de 6-8 semanas de tratamiento antibiótico combinado con cirugía. El recambio en un tiempo tiene una menor morbilidad y una más rápida recuperación funcional. Otra complicación menos frecuente es la lesión vascular, pudiendo ser tanto aguda como tardía. La arteria femoral común es la que se lesiona con mayor frecuencia. Las lesiones vasculares tardías suelen tener un diagnóstico difícil. Nuestra paciente desarrolló un episodio de isquemia de miembro inferior derecho. La migración de los componentes y la infección se han reconocido como importantes factores de riesgo para una lesión vascular.

Conclusiones. La causa más frecuente de revisión es el aflojamiento aséptico pero la más grave es la infección protésica. Una evaluación vascular postoperatoria, a lo largo del tiempo, es crucial en los pacientes sometidos a cirugía de cadera.

P-12 SUBLUXACIÓN ATLAXOIDEA Y FRACTURA DIAFISARIA DE CLAVÍCULA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Jiménez Arias, Daniel; Brotons Baile, Antonia; Salvador Marín, Jorge.

Hospital Universitario San Juan de Alicante.

Introducción. La subluxación rotatoria atlaxoidea es una patología rara en la que el paciente suele presentar de manera aguda tortícolis, de diferente etiología. Cómo se ha demostrado en la literatura, el tiempo hasta el diagnóstico y el tratamiento precoz son factores determinantes para obtener buenos resultados.

Material y Métodos. Describimos un caso clínico, el algoritmo diagnóstico y terapéutico y evolución de una paciente que sufrió fractura de tercio medio de clavícula y subluxación atlaxoidea. **Resultados.** Niña de 6 años acude a urgencias tras caída en un parque sobre su cuello y hombro derecho con dolor en hombro. A la exploración presentaba dolor con deformidad en clavícula derecha, junto con rotación derecha del cuello, bloqueada de manera pasiva a la rotación, y con dolor a la palpación de proceso espinoso cervical alto. No tenía afectación neurológica. Tras radiografía simple; proyecciones AP, lateral y transoral se realizó TAC. En éste se diagnosticó de Subluxación atlaxoidea rotatoria, grado I según la clasificación de Fielding. Se inmovilizó con collarín cervical blando y cabestrillo para la fractura de clavícula. Tras una noche de ingreso la paciente fue dada de alta con control en Consultas Externas. La paciente tardó 5 semanas en tener una consolidación completa de la fractura de clavícula, y uso de 10 días de collarín blando cervical para la corrección de la subluxación rotatoria atlaxoidea. **Conclusiones.** Las fracturas de clavícula pueden raramente asociarse a subluxación atlaxoidea rotatoria. Es vital una exploración física detallada y un alto índice de sospecha. Junto con la clínica, el estudio complementario, de manera preferente TAC tridimensional, ayuda para el proceso diagnóstico. Si se trata de manera precoz, generalmente de manera ortopédica se consiguen buenos resultados.

P-13 TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA SECUNDARIA A PSEUDOARTROSIS DE CLAVÍCULA.

Asensio Pascual, Alfredo Elías; Rubio Morales, Marta; Martín Grandes, María Del Rosario; Lizaur Utrilla, Alejandro.

Introducción. La trombosis venosa profunda (TVP) del miembro superior es una entidad rara, 1% al 4%

de todas las TVP, que se asocia con el uso de catéteres, estados de hipercoagulabilidad, anticonceptivos orales o neoplasias entre otras causas. El tromboembolismo pulmonar, el síndrome posttrombótico o la recurrencia posterior son complicaciones posibles. Presentamos un caso de trombosis de la vena subclavia en el seguimiento de una fractura de clavícula. **Material y Métodos.** Varón de 28 años sin antecedentes personales de interés que acude al servicio de Urgencias por dolor y edema en miembro superior derecho de cinco días de evolución. Ocho meses antes, había sido tratado de forma ortopédica mediante vendaje en ocho de una fractura del 1/3 medio de la clavícula derecha. Se realiza ecografía doppler del miembro superior derecho, que informa de TVP de la vena subclavia. Ingresa en Medicina Interna para tratamiento de la trombosis y se solicita valoración por Traumatología. Se realiza TAC del hombro, que muestra una pseudoartrosis hipertrófica de clavícula. Es dado de alta para seguimiento de forma ambulatoria. Tres meses después es intervenido quirúrgicamente, se realiza descorticación, injerto autólogo y osteosíntesis con placa de compresión. **Resultados.** Tras un mes de inmovilización del hombro con SLING, el paciente es remitido al servicio de Rehabilitación. A los dos meses presenta un balance articular completo, con desaparición del edema y el dolor. A los seis meses el paciente está asintomático con consolidación radiológica y recanalización de la vena trombosada. **Conclusiones.** La TVP de la extremidad superior es una entidad poco común que puede aparecer en el seguimiento de una fractura de clavícula por la compresión ejercida por un gran callo de fractura, sobre todo en las pseudoartrosis hipertróficas. Requiere un alto nivel de sospecha, para así evitar complicaciones fatales.

P-14 COMPLICACIONES DEL ALOINJERTO MENISCAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Villanueva Dolcet, Cristina; Martínez Algarra, Jose Carlos; Picazo Gabaldón, Benito Ramón; Gracia Ochoa, Marta; Capó Soliveres, Irina

Hospital Francesc de Borja, Gandía

Introducción. La artrosis precoz es uno de los grandes enemigos tras la cirugía meniscal sobretodo en pacientes jóvenes. Cuando la reparación meniscal no es posible, existen pocas alternativas terapéuticas con el fin de prevenir dicha complicación a medio y largo plazo. En esta tesitura se puede plantear la posibilidad de llevar a cabo técnicas como los implantes con materiales sustitutivos o aloinjertos meniscales. **Material y Métodos.** Presentamos un varón de 25 años, que acude a consultas externas en 2012 por dolor de rodilla derecha de larga evolución, con un antecedente de traumatismo deportivo en 2009. Se solicitó una RMN, apreciándose una desestructuración de cuerno posterior y cuerno anterior del menisco interno y rotura LCA. Fue

intervenido en 2013, mediante meniscectomía subtotal y plastia LCA. Pasado un año tras la cirugía el paciente presenta gonalgia importante, limitación funcional y desviación en varo de la rodilla intervenida. En 2014 se realiza un trasplante meniscal halogénico junto con la revisión del LCA. **Resultados.** El paciente presentó una mejoría clínica, con incorporación a su actividad previa. Posteriormente, tras 3 años, el paciente acude de nuevo por dolor tras sufrir un traumatismo deportivo. Se solicitó una nueva resonancia, apreciándose una desinserción del aloinjerto y luxación en receso patelar medial. **Conclusiones.** El aloinjerto meniscal de cadáver supone un arma quirúrgica contra las secuelas de una meniscectomía. Con él se puede mejorar la función y clínica de pacientes jóvenes sintomáticos postmeniscectomizados a corto y medio plazo. Sin embargo, no está clara su utilidad a largo plazo pues presentan una alta tasa de complicaciones o fallos terapéuticos.

P-16 FRACTURA PATOLÓGICA DE RÓTULA.

Moro Martín, Susana; López Vega, Marcos; Colomer Rubio, Enrique; Cabanes Soriano, Francisco José
Hospital Arnau-Lliria.

Introducción. El tumor pardo es una forma localizada de osteítis fibrosa quística consecuencia de un exceso de actividad osteoclástica que aparece en el hiperparatiroidismo. En la actualidad, su aparición como primera expresión de la enfermedad es infrecuente, debido a que la incorporación del calcio sérico en las pruebas rutinarias de laboratorio, detecta esta enfermedad en estadios asintomáticos en un 80% de los casos. **Material y Métodos.** Presentamos el caso de un varón de 60 años que acude a urgencias por dolor, tumefacción e impotencia funcional en rodilla izquierda, sin antecedente traumático. En las pruebas radiológicas se objetiva una fractura transversa de rótula sobre imagen lítica de bordes bien definidos, con marcado adelgazamiento de la cortical sugestiva de crecimiento lento y poco agresiva. Ante el diagnóstico de fractura patológica de rótula se ingresa para tratamiento quirúrgico de la misma y su estudio al cargo del servicio de medicina interna. **Resultados.** El paciente es diagnosticado de hiperparatiroidismo primario por tumoración en paratiroides derecha. Intervenido de la fractura de rótula con curetaje y relleno del defecto con injerto óseo autólogo de cresta ilíaca ipsilateral junto con taco de hidroxiapatita y OS tipo obenque. Posteriormente se practica hemitiroidectomía derecha por tumor en paratiroides, con normalización en 6 meses de los niveles séricos de calcio y PTH. **Conclusiones.** Según la bibliografía los tumores primarios en patela representan el 0.12% siendo una localización infrecuente. De ellos los tumores benignos constituyen casi el 90% destacando el condroblastoma y el TCG. Entre las lesiones no neoplásicas el

tumor pardo y el quiste óseo aneurismático son los más frecuentes. El caso que presentamos reúne la singularidad de una fractura patológica de rótula sobre un tumor pardo y que ésta sea la primera manifestación de un hiperparatiroidismo primario.

P-17 EL CALVARIO DE AMPARO; SUCESIÓN DE FRACASOS EN LA OSTEOSÍNTESIS.

López Ortiz-Tallo, Juan Carlos; Catalá De Las Marinas, Juan; Balfagón Ferrer, Antonio; Barrés Carsí, Mariano.
Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia

Introducción. Las fracturas de cadera en pacientes mayores suponen un gran impacto en la moribimortalidad y en los costes para los sistemas sanitarios; a lo largo de los años se han desarrollado diversos tipos de implantes para dar solución a prácticamente cualquier tipo de fractura, con unas tasas de fracaso realmente bajas. **Material y Métodos.** Mujer de 79 años intervenida de fractura de cadera Garden I mediante osteosíntesis con tres tornillos canulados, dos de los cuales se cambian en una segunda intervención por estar intraarticulares; a los dos meses y sin traumatismo presenta una fractura periimplante subtrocantérea de fémur que se maneja mediante extracción de los tornillos y enclavado cefalomedular largo sin incidencias; a los tres meses de la intervención consulta nuevamente por dolor en cadera presentando una rotura del clavo a nivel del orificio para el tornillo cefálico con un desplazamiento secundario de la fractura en varo que se trata mediante recambio de clavo con aporte de injerto de hidroxiapatita y matriz ósea desmineralizada y aumentación con cemento. **Resultados.** A los 3 meses de la intervención la paciente se encuentra asintomática, deambulando con ayuda de bastones y presentando consolidación radiográfica de la fractura, siendo dada de alta de consultas externas. **Conclusiones.** La fractura periimplante tras la osteosíntesis con tornillos canulados está relacionada con la implantación demasiado baja del tornillo distal y las múltiples perforaciones en la cortical lateral; el manejo recomendado es el enclavado cefalomedular. Por otro lado la rotura de clavo es una rara complicación y ocurre fundamentalmente a nivel del orificio proximal en aquellas fracturas inestables de cadera mal reducidas en varo; el tratamiento más adecuado es el recambio de clavo o la prótesis de revisión.

P-18 OSTEOMIELITIS SUBAGUDA EN ÍNDICE POR MORDEDURA HUMANA.

López Ortiz-Tallo, Juan Carlos; Copete González, Iván; Fernández Sabaté, Elena.

Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia

Introducción. Las heridas por mordedura se consideran infectadas dada la alta colonización bacteriana de la cavidad oral de animales y humanos; las posibles complicaciones de una herida por

mordedura humana pueden ir desde la rigidez hasta la necesidad de amputación. La incidencia de osteomielitis por mordedura humana está relacionada con un desbridamiento tardío y/o un mal manejo inicial. **Material y Métodos.** Varón de 48 años rumano que acude a urgencias por fiebre de 40°C y signos de infección local en la primera falange del segundo dedo de su mano izquierda, como antecedentes destaca una herida por mordedura humana dos meses antes con tórpida evolución tras manejo antibiótico oral. En las exploraciones complementarias destacan: PCR 73.1 con leucocitosis y neutrofilia; y en la radiografía la presencia de un absceso de brodie y signos de osteomielitis. Tras ingreso con antibioterapia endovenosa y estabilización clínica se programó la intervención; Se realizó un desbridamiento masivo con toma de muestras, lavado abundante y relleno de la cavidad con sustituto óseo de sulfato cálcico con vancomicina y gentamicina. **Resultados.** Tras la intervención, se obtuvo un cultivo positivo para *S. Hominis* que se manejó con antibioterapia intravenosa. A los 6 meses de la cirugía se encuentra asintomático, con buen relleno de la cavidad, PCR 3.5 y sin signos de infección local. **Conclusiones.** Las heridas por mordedura humana, sobre todo las profundas tras traumatismo con puño cerrado tienen alto riesgo de infección si no se realiza un desbridamiento y tratamiento adecuados iniciales, los gérmenes más comúnmente implicados son *Streptococo* alfa hemolítico, *Eikenella corrodens* y *Estafilococo aureus*. El tratamiento con desbridamiento masivo, lavado con o sin relleno cavitario y antibiótico tiene buenos resultados.

P-19 RECIDIVA EN PARTES BLANDAS DE TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES ÓSEO DE FÉMUR DISTAL.

López Ortiz-Tallo, Juan Carlos; Amaya Valero, Jose Vicente; Angulo Sánchez; Manolo.

Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia.

Introducción. El tumor de células gigantes (TCG) es una lesión ósea benigna que suele asentar en rodilla o radio distal, es localmente agresivo con altas tasas de recidiva; puede llegar a malignizar e incluso generar metástasis pulmonares, siendo infrecuente (2%) la recidiva en partes blandas. Entre las opciones terapéuticas el legrado, junto adyuvancia mediante crioterapia o fenolización, con posterior relleno de injerto o cemento, es el tratamiento de elección; la resección en bloque e incluso el manejo con Denosumab pueden estar indicados en lesiones agresivas o irresecables. **Material y Métodos.** Mujer de 31 años con gonalgia de meses de evolución intensificada tras dar a luz; el estudio mediante radiografías simples, TC, RM y biopsia guiada por TC, confirma la existencia de un TCG en fémur distal derecho grado III de

Campanacci sin evidencia de enfermedad a distancia. Se realiza resección en bloque de fémur distal con márgenes libres y colocación de prótesis tumoral de rodilla sin incidencias. A los 3 años, consulta nuevamente por dolor y tumoración en el muslo intervenido, con crecimiento progresivo durante el final de su embarazo. Tras completar el estudio con radiografía simple, ecografía Doppler, TC con contraste, RM con contraste paramagnético y biopsia eco-guiada, se sospecha una recidiva tumoral de partes blandas en vasto medial. **Resultados.** Se realiza resección marginal de la tumoración de vasto medial confirmando anatomopatológicamente la sospecha. A los seis meses de la intervención, la paciente se encuentra asintomática, con buen balance articular y deambulando sin ayudas externas. **Conclusiones.** Las recidivas en partes blandas de los tumores de células gigantes son muy infrecuentes, más aún tras la resección en bloque del tumor primario; suelen presentarse como tumoraciones de partes blandas con un anillo de osificación periférica. La resección marginal de estas lesiones se postula como un tratamiento adecuado.

P-20 RESULTADOS DEL USO DE ÁCIDO TRANEXÁMICO EN ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA PRIMARIA.

Correoso Castellanos Silvia, Veracruz Galvez Eva Maria, Lajara Marco Francisco, Blay Dominguez Elena, Díez Galan Maria del Mar, González Jara Maria del Carmen, Muela Perez Beatriz, Lozano Requena Juan Antonio.

Hospital Vega Baja (Orihuela).

Introducción. El sangrado intraoperatorio y postoperatorio pueden provocar alteraciones graves. El uso de ácido tranexámico (ATX) se ha asociado a reducciones de la hemorragia quirúrgica. El objetivo de este estudio fue analizar el impacto del uso de ácido tranexámico en el proceso asistencial en artroplastia total de cadera primaria (ATC). **Material y Métodos.** Se diseñó un estudio de cohortes retrospectivo y se analizaron pacientes intervenidos mediante artroplastia total de cadera primaria entre 2011 y 2016. Se revisaron n=179 pacientes, divididos en dos grupos: el grupo NA n=89, intervenidos sin ATX y formaron el grupo de control; el grupo A n=90 intervenidos con administración de ATX. Se excluyeron pacientes con contraindicación para ATX en el grupo NA. Se registraron: datos demográficos (edad, sexo, índice de masa corporal); hemoglobina prequirúrgica; cementación del componente femoral; hemoglobina a las 24 horas; transfusión; débito en los drenajes y estancia hospitalaria. **Resultados.** No hubo diferencias en cuanto a edad, sexo, IMC, hemoglobina preoperatoria y cementación de componente femoral. La administración de ATX asoció niveles mayores de hemoglobina a las 24 hr tras cirugía (p = 0,028). En el

grupo A, las pérdidas de sangre de los drenajes fueron menores que en el grupo NA (477.22 +/- 216.37 vs 605.12 +/- 294.39; p = 0.001). El grupo A presentó una tasa de transfusión: 13.3 % frente a 32.6% en el grupo NA (p=0,002). Estancia media fue de 4.5 días grupo A frente a 5.22 días grupo NA (p=0,001). **Conclusiones.** La administración estandarizada de TXA es una estrategia de efectiva en pacientes intervenidos mediante artroplastia total primaria de cadera. Es un agente eficaz para reducir pérdidas sanguíneas y tasas de transfusión, y disminuye la estancia hospitalaria media.

P-21 ¿SON LAS PLACAS BLOQUEADAS MEJORES A MEDIO PLAZO QUE LAS CONVENCIONALES EN EL TRATAMIENTO DE FRACTURAS INTRAARTICULARES DE CALCÁNEO?

Correoso Castellanos Silvia, Lajara Marco Francisco, García Galvez Alberto, Blay Domínguez Elena, Lozano Requena Juan Antonio.

Hospital Vega Baja (Orihuela).

Introducción. Desde el desarrollo de las placas bloqueadas, las fracturas de calcáneo han sido consideradas como ideales para este tipo de fijación, debido a la necesidad de mantener la altura de la articulación subastragalina, en una localización donde la calidad ósea suele ser pobre. El objetivo de este estudio es comparar los resultados anatómicos y funcionales de las fracturas intraarticulares de calcáneo tratadas mediante placas bloqueadas versus convencionales. **Material y Métodos.** Diseñamos un estudio comparativo entre las fracturas de calcáneo intervenidas entre 2010 y 2015 mediante abordaje lateral y placas bloqueadas (grupo B, n=15). Y una muestra aleatoria estratificada de pacientes intervenidos mediante placa convencional, entre 1997 y 2007 (grupo A, n=23), de una cohorte histórica de 90 pacientes. Se registraron datos: demográficos (edad, sexo, diabetes, fumador), relacionados con la fractura (tipo de fractura según Sanders, complicaciones y demora prequirúrgica). Para la valorar la pérdida de reducción se evaluaron los ángulos de Böhler prequirúrgico, postquirúrgico y a final de seguimiento. Se registraron las complicaciones y las reintervenciones. **Resultados.** No hubo diferencias en cuanto a datos demográficos ni tipo de fractura según Sanders. En el grupo A, el ángulo de Böhler pasó de 9 a 26°, y en el grupo B de 15 a 31°. Tras una media de 10 meses de seguimiento en el grupo A y 15 en el grupo B, el ángulo Böhler final fue de 23° y 31° respectivamente. No hubo diferencias en las complicaciones y reintervenciones. **Conclusiones.** Tras la reducción quirúrgica la mejoría en el ángulo de Böhler es similar en placas bloqueadas y convencionales. Sin embargo, las placas bloqueadas mantienen la reducción y las convencionales pierden

un 11% de la reducción postquirúrgica durante el seguimiento.

P-22 RECONSTRUCCIÓN CON ALOINJERTO EN HILL SACHS INVERTIDO >40%

Blay Domínguez, Elena; Lajara Marco, Francisco; Ricón Recarey, Francisco Javier; Correoso Castellanos, Silvia; Diez Galán, Maria del Mar; Lozano Requena, Juan Antonio.

Hospital Vega Baja (Orihuela).

Introducción. La luxación glenohumeral posterior se da en un 2% al 5% de todas las luxaciones de hombro y se asocia a crisis convulsivas, electrocución y traumas de alta energía. En ocasiones pasa desapercibida, existiendo tasas de infradiagnóstico de hasta un 79%. Hasta un 49% de luxaciones glenohumerales posteriores tienen asociadas lesiones de partes blandas. La lesión más frecuentemente asociada es la Lesión de Hill Sachs inverso, encontrándose en más del 80% de las luxaciones posteriores. El tratamiento quirúrgico del Hill Sachs invertido varía en función del tamaño del defecto. Desde tratamiento conservador, técnicas de transposiciones tendinosas, reconstrucciones con alo o autoinjerto hasta artroplastia. En los casos en los que el defecto de la cabeza humeral está comprendido entre 20% y 40% se discuten distintas opciones de tratamiento, desde la transposición e interposición del subescapular en el defecto óseo interposición del subescapular en el defecto óseo asociado a una osteotomía del trocín o técnicas como la desimpactación y colocación de auto o aloinjerto siendo esta técnica más adecuada en pacientes jóvenes y activos). **Objetivo.** El objetivo de este trabajo es describir la técnica quirúrgica de reconstrucción de un defecto de cabeza humeral del 40-50% con aloinjerto así como los resultados clínicos y funcionales en paciente varón de 63 años con buena calidad de vida previa. **Material y Métodos.** Paciente de 63 años de edad, sin antecedentes de interés que tras crisis comicial generalizada tónico-clónica presenta luxación glenohumeral posterior derecha y fractura de extremo proximal de húmero izquierdo. Se realizó estudio preoperatorio mediante TC observando en el hombro derecho una fractura impactación de la porción anterosuperior de la cabeza humeral, con afectación de aproximadamente el 40% de la cabeza humeral. Se decide tratamiento mediante desimpactación de la fractura y relleno con autoinjerto, o reconstrucción del defecto con aloinjerto de banco, teniendo prevista la posibilidad de hemiarthroplastia. El paciente es intervenido realizándose Abordaje deltopectoral, preservando la vena cefálica y retrayéndola lateralmente. Disecamos los músculos pectoral y deltoides, identificamos la apófisis coracoides y el tendón conjunto, los retraemos y exponemos el humero proximal. Abrimos el intervalo, así como el tendón del músculo subescapular, dejándolo referenciado para

su posterior cierre. Evidenciamos una lesión de Hill Sachs inversa, en el borde anterosuperior de la cabeza humeral >40% de su totalidad, aproximadamente un defecto de 23 mm, siendo el diámetro de la cabeza aproximadamente de 46 mm. Procedemos al lavado, e intento de desimpactación del fragmento de hueso esponjoso de la parte anterosuperior de la cabeza, al ver que el fragmento de cabeza humeral estaba muy conminuto y salía en pequeños fragmentos, siendo imposible la reconstrucción de la cabeza humeral con dichos fragmentos dándole suficiente soporte como para mantener la esfericidad de la cabeza humeral y darle estabilidad el mismo, decidimos pasar a la reconstrucción del defecto con aloinjerto. Realizamos un tallado de aloinjerto (cabeza humeral de banco de hueso), tallado de las características similares al defecto encontrado. Se realizó un gajo de aloinjerto de 23 mm de ancho por 34 mm de largo aproximadamente. Una vez tallado, se realiza fijación de autoinjerto con dos Agujas Kirschner y comprobación de la reducción. Una vez el defecto ha sido corregido y reestablecemos la esfericidad de la cabeza humeral, realizamos la fijación del aloinjerto con dos tornillos Acutrak® de 34 mm. Comprobamos la congruencia de la reducción, así como la estabilidad articular del hombro. Se realiza cierre de intervalo rotador, así como del subescapular con loop de hilo reabsorbible. El plan postquirúrgico fue sling en posición neutra- rotación interna, para protección de la sutura del subescapular, con movilización activa de codo y muñeca. **Resultados.** Tras 11 meses de seguimiento, el paciente presenta buena calidad de vida, sin dolor. Presentando una movilidad activa/pasiva de flexión 120°/150°, abducción 100°/120°, rotación externa hasta nuca con codo atrás, rotación interna hasta L5, en el hombro tratado quirúrgicamente. En cuanto a escalas de valoración funcional encontramos valores en la escala de Rowe de 70 puntos (estabilidad 50 puntos (no recidiva, aprehensión, luxación), movimiento 15 puntos (75% de RI, RE y elevación anterior) y función de 25 puntos (poca limitación y mínimas molestias), y una escala de Constant de 77, con valoraciones de dolor 15 puntos (no dolor), actividades de la vida diaria 20 puntos (elevar la mano por encima de la cabeza y sin limitación para la vida diaria), balance articular 24 puntos (100° abducción y anteversión, y rotación externa hasta nuca con codo por delante y rotación interna hasta L5) y fuerza 18 puntos (media de peso levantado 9 kg). **Conclusiones.** Como conclusión podemos decir que esta técnica es una opción para el tratamiento de las lesiones Hill Sachs invertido con lesión de la cabeza humeral entre un 20% y 40% dando buenos resultados a medio plazo, en pacientes sanos con buena calidad de vida previa.

P-23 REPARACIÓN PRIMARIA TRAS PRIMER EPISODIO DE LUXACIÓN ANTERIOR DE HOMBRO.

Blay Domínguez, Elena; Lajara Marco, Francisco; Aguilar Martínez, M^a Luz, Navarro González, Francisco Miguel; González Jara, M^a Carmen; Lozano Requena, Juan Antonio
Hospital Vega Baja (Orihuela).

Introducción. La mayoría de las luxaciones de hombro son anteriores, siendo la edad más joven, etiología traumática y nivel de actividad alto predisponentes de luxación recurrente. La bibliografía recomienda tratamiento quirúrgico tras un primer episodio de luxación anterior de hombro disminuyendo la inestabilidad recurrente. En nuestro centro, en 2008, iniciamos un protocolo de reparación artroscópica tras primer episodio de luxación glenohumeral anterior traumática. **Objetivo.** Nuestro objetivo es valorar los resultados clínico-funcionales y tasa de recurrencia en pacientes tratados artroscópicamente tras primer episodio de luxación glenohumeral anterior. **Material y Métodos.** Entre 2008 y 2017, se incluyeron en el protocolo de reparación artroscópica tras primer episodio de luxación anterior traumática de hombro 35 pacientes con primer episodio, traumático, demostrado radiológicamente y edad menor de 40 años y sin criterios de exclusión: hiperlaxitud, inestabilidad multidireccional, cirugía previa, episodios previos. 32 pacientes eran hombres y 3 mujeres, con edad media de 25 años (rango 17-38). Tras 1 año mínimo de seguimiento registramos: tasa de recidiva, resultados clínicos (sulcus, signo de aprehensión), movilidad y resultados funcionales según escalas genéricas de miembro superior DASH, y específicas de hombro (Rowe, Oxford y Constant) y complicaciones. **Resultados.** Tras un seguimiento medio de 5 años (rango 1-10), hubo 3 casos de SLAP asociados a ruptura capsulolabral anterior, no encontramos pérdidas óseas en glena ni Hill-Sach que precisaran remplissage. Hubo 2 casos de recidiva (5,7%), 4 pacientes presentaron signo de aprehensión positiva y sulcus positivo en 2. La abducción media fue de 175° (160-180°), las rotaciones externa e interna similares al hombro contralateral. Obtuvimos una puntuación media de 85 puntos en la escala Rowe (40-100), 45 en la escala Oxford (32-48) y 92 en la escala Constant (86-100). La puntuación media del DASH fue de 7 (0-20). **Conclusión.** La principal ventaja de la cirugía artroscópica en estos casos ha sido la reparación anatómica en agudo de las lesiones capsulolabrales, disminuyendo la posibilidad de nuevas luxaciones y por tanto disminuyendo lesiones de Hill-Sach de gran entidad. Con el tiempo la reparación anatómica en agudo de las lesiones capsulolabrales ha dado buenos resultados clínicos y funcionales con baja tasa de recidiva tras un seguimiento medio de 5 años.

P-24 INFLUENCIA DEL ORTOGERIATRA EN LA PREVENCIÓN DE SEGUNDAS FRACTURAS MEDIANTE TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS CON CALCIO Y VITAMINA D.

Díez Galán, María del Mar; Lajara Marco, Francisco; Correoso Castellanos, Silvia; Blay Domínguez, Elena; González Jara, María del Carmen; Veracruz Gálvez, Eva María; Salinas Gilabert, Jose Eduardo; Lozano Requena, Juan Antonio.

Hospital Vega Baja (Orihuela).

Introducción. Las fracturas de cadera constituyen una patología muy frecuente en nuestro entorno, y son uno de los principales problemas de salud en pacientes geriátricos. Los programas de prevención secundaria contra la refractura son esenciales para disminuir la morbilidad y la mortalidad en estos pacientes. La administración de suplementos de vitamina D y la optimización de la ingesta de calcio son fundamentales. Con la introducción de Ortogeriatría en el manejo de pacientes con fractura de cadera, se han activado mecanismos de detección de déficit de vit D y su tratamiento como parte de la prevención de segundas fracturas. **Material y Métodos.** Se revisa retrospectivamente una cohorte de 379 pacientes intervenidos por fractura de cadera en nuestro centro entre enero de 2012 y noviembre de 2016. 190 tras la instauración del manejo compartido de estos pacientes desde el ingreso en Ortogeriatría (Trauma-Interna) (Grupo O), entre 2015-2016. Y 189 pacientes intervenidos previamente entre 2012 y 2014, (Grupo A). Se registraron variables demográficas: edad, sexo, Barthel y tipo de fractura. Se comparó entre ambos grupos la tasa de segundas fracturas. Se registró la vit D al ingreso y la prescripción de vit D al alta en los pacientes manejados por Ortogeriatría. **Resultados.** No se observaron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a edad, sexo, Barthel o tipo de fractura. La tasa de segunda fractura osteoporótica durante el seguimiento pasó del 18% en el Grupo A a 7,4% en el Grupo O ($p=0,02$). Los pacientes con segunda fractura no llevaban pauta vit D al alta y ninguno de los pacientes en los que Ortogeriatría pautó vit D se refracturó. En el Grupo O, se registró la vit D en 87 pacientes y se pautó vit D al alta en 30 de ellos (34%). **Conclusiones.** Con la introducción de Ortogeriatría en el manejo de pacientes con fractura de cadera ha disminuido la tasa de segundas fracturas en un 11%, y se han activado mecanismos de detección del déficit de vit D y su tratamiento.

P-25 ¿ESTÁ RELACIONADA EL ALTA PRECOZ CON LA TASA DE REINGRESOS TEMPRANOS EN PACIENTES INTERVENIDOS POR FRACTURA DE CADERA?

Díez Galán, María Del Mar; Lajara Marco, Francisco; Correoso Castellanos, Silvia; Blay Domínguez, Elena; González Jara, María Del Carmen; Veracruz Gálvez, Eva María; Salinas Gilabert, Jose Eduardo; Lozano Requena, Juan Antonio.

Hospital Vega Baja (Orihuela).

Introducción. La tasa de reingresos tempranos (<90 días) en el hospital después de una fractura de cadera se asocia con mayor mortalidad y coste sanitario. Existe un interés creciente en el uso de las tasas de reingreso como indicador de calidad hospitalaria. Existe controversia en la literatura, donde hay estudios que señalan que estancias inferiores están relacionadas con reingresos tempranos en pacientes con fractura de cadera. **Material y Métodos.** El objetivo de este estudio es comprobar si existe relación entre el momento del alta hospitalaria y la tasa de reingresos en pacientes intervenidos por fractura de cadera en nuestro entorno. **Resultados.** No se observaron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a edad, sexo, Barthel o tipo de fractura. Hubo mayor tasa de pacientes ASA 4 en el Grupo B. Hubo un 10% más de altas precoces en el grupo manejado por Ortogeriatría. Se registraron mayores tasas de complicaciones locales y generales en el Grupo B. No hubo diferencias significativas en la tasa de reingresos, con un 12% en el Grupo A y un 16,9% en el grupo b. en ambos grupos los reingresos se debieron más frecuentemente a causas médicas. la tasa de éxitus durante el reingreso fue mayor en el grupo B ($p=0,045$). **Conclusiones.** el alta precoz no condiciona mayor tasa de reingresos en nuestro entorno. los factores de riesgo relacionados con el paciente, como las comorbilidades y el estado funcional, probablemente sean predictores más fiables de la tasa de reingreso, que la estancia posoperatoria.

P-26 USO DE IMPRESIÓN DIGITAL 3D CON MATERIAL DENSIDAD CALCIO PARA LA CORRECCIÓN DE UNA DEFORMIDAD GRAVE DE HÚMERO PROXIMAL.

Vera Giménez, Eva María; Bailén García, Ana; Madrigal Quevedo, Alejandro; García López, Antonio. *Hospital General Universitario de Alicante.*

Introducción. El uso de la tecnología de impresión digital 3D está demostrando ser de gran utilidad en la planificación quirúrgica en el tratamiento de fracturas y diversos procedimientos ortopédicos. **Material y Métodos.** Presentamos la planificación prequirúrgica realizada en un caso de deformidad muy severa de húmero proximal secundario a una epifisiolisis con un modelo de densidad calcio, del cual no tenemos constancia en la literatura de su utilización hasta el

momento. esto nos permitió un estudio radiológico previo y una mejor planificación de la intervención.

Resultados. Los resultados que obtuvimos fueron satisfactorios. se mejoró la funcionalidad de la paciente y se consiguió una corrección del ángulo cérvico-diafisario de 72°. además se redujo el tiempo de escopia intraoperatorio y el tiempo quirúrgico. **Conclusiones.** Dado el éxito alcanzado con esta cirugía podemos afirmar que la impresión digital 3D puede considerarse una herramienta de gran utilidad para la planificación de retos quirúrgicos similares, especialmente considerando la innovación técnica del uso de materiales que permitan la comprobación radiológica de nuestro modelo usado para la planificación.

P-27 TRATAMIENTO ALTERNATIVO DE LA COALICIÓN TARSAL. A PROPÓSITO DE 2 CASOS.

Salvador Marín, Jorge; Agulló Bonus, Antonio; Brotons Baile, Antonia; Ferrández Martínez Francisco Javier; Vargas Prieto, Jaime Jiménez Arias, Daniel; Martínez López, José Fernando.

Hospital Universitario San Juan de Alicante.

Introducción. La coalición tarsal es una unión aberrante ósea, cartilaginosa o fibrosa entre 2 huesos del tarso. las más frecuentes son la talo-calcánea y calcáneo-navicular comprendiendo el 90% de las coaliciones. esta patología provoca una restricción del movimiento del retropié ocasionando una clínica inespecífica, debida frecuentemente a las malformaciones asociadas y derivadas de la coalición. el tratamiento definitivo suele ser quirúrgico y clásicamente se divide en resección de la coalición o artrodesis. **Material y Métodos.** Se plantea como tratamiento alternativo la corrección única de las deformidades asociadas a la coalición tarsal, dejando de lado la resección, y la artrodesis como tratamiento de rescate. se presentan 2 casos clínicos de coalición talo-calcánea: una mujer de 21 años estudiante, con pie plano valgo abducto y aofas 67 puntos; y un varón de 49 años trabajador de carga con pie plano valgo y aofas 52 puntos. en el primer caso se aplicó como tratamiento una osteotomía correctora varizante de calcáneo tipo koutsougiannis y osteotomía de adición en la primera cuña para corregir el abducto del antepié, y en el segundo caso una osteotomía correctora varizante, en ambos casos sin resecar la coalición.

Resultados. La puntuación aofas fue de 92 puntos en el primer caso 1 año post cirugía, permaneciendo la paciente asintomática y con escala visual analógica del dolor de 0 puntos; y de 78 puntos en el segundo caso, con escasa sintomatología y alta laboral a los 6 meses tras la intervención. ambos pacientes presentan signos de consolidación en las radiografías realizadas en el seguimiento. **Conclusiones.** La corrección única de las deformidades asociadas en la coalición tarsal puede ser una alternativa de tratamiento quirúrgico válida en

pacientes sin artrosis. se trata de un tratamiento que no compromete la realización de una futura artrodesis en caso de necesitarla como tratamiento de rescate.

P-28 ROTURA BILATERAL DE TENDÓN DE AQUILES RELACIONADA CON TOMA CRÓNICA DE CORTICOESTEROIDES Y LEVOFLOXACINO.

Capó Soliveres, Irina; Ribas García-Peñuela, Juan Salvador; Martín Flor, Isabel; Villanueva Dolcet, Cristina; Picazo Gabaldón, Benito Ramón.

Hospital Francesc de Borja, Gandía.

Introducción. La rotura espontánea del tendón de aquiles se produce en la mayoría de los casos en relación con patología degenerativa y la práctica deportiva. mucho menos frecuentemente puede producirse como efecto secundario de la toma de quinolonas. esta complicación aumenta si se combina con la toma de corticoides. presentamos dos casos de rotura bilateral del t. aquiles secundarios a la toma de Quinolonas y Corticoides concomitantemente.

Material y Métodos. *Caso 1:* Varón de 69 años, con antecedentes de trasplante cardíaco desde hace 13 años e insuficiencia renal crónica. Presenta cuadro agudo de rotura espontánea bilateral de Aquiles. Durante las tres semanas previas había estado en tratamiento con Levofloxacino por cuadro de infección respiratoria, además de su corticoterapia habitual por el trasplante cardíaco. Se suspendió el tratamiento con Quinolonas y se realizó sutura termino-Terminal tipo Krackow de ambos tendones. *Caso 2:* Varón de 56 años con antecedentes de EPOC severo y enolismo crónico. Se diagnostica de rotura aguda bilateral de Aquiles. El paciente había recibido tratamiento con corticoides orales y Levofloxacino durante las dos semanas previas por infección respiratoria. Paciente de alto riesgo quirúrgico y baja demanda funcional que prefirió tratamiento conservador mediante férulas y descarga. Se suspendió el tratamiento con Quinolonas.

Resultados. Ambos pacientes han conseguido recuperar la deambulación, sin dolor en la zona de ruptura tendinosa. No se han producido complicaciones relacionadas con la intervención o la inmovilización y han podido ser dados de alta satisfactoriamente de CCEE. **Conclusiones.** El tratamiento conjunto de Levofloxacino y Corticoides puede provocar rupturas agudas del T. Aquiles, que en algunos casos puede ser bilateral. Recomendamos explorar siempre ambos tendones cuando se produzca una de éstas roturas. En cuanto al tratamiento, hemos obtenido resultados similares con el tratamiento conservador y el quirúrgico.

P-29 ARTROPLASTIA TOTAL INVERSA DE HOMBRO CON ALOINJERTO EN PSEUDOARTROSIS DE HÚMERO PROXIMAL Y DEFECTO GLENOIDEO SEVERO.

Moratalla De Gracia, Raquel; Matellanes Palacios, Clara; Jara García, Francisco; Fuentes Real, Sara; Estrems Díaz, Vicente; Bru Pomer, Antonio.

Consortio Hospital General Universitario Valencia.

Introducción. El uso de la artroplastia total inversa de hombro (ATIH) se ha incrementado exponencialmente en la última década debido a que permite la restitución de un balance articular funcional en pacientes con déficits severos de manguito rotador. Para su implantación requiere la existencia de un suficiente stock óseo glenoideo que permita la fijación de la metaglena. El uso de injertos óseos (auto o aloinjertos) permite la restitución de la línea articular en casos de defectos glenoideos severos. El injerto puede fijarse mediante material de osteosíntesis o utilizando la metaglena protésica. **Material y Métodos.** Presentamos el caso clínico de una mujer de 58 años de edad con diagnóstico de pseudoartrosis atrófica de húmero proximal izquierdo asociada a luxación posterior inveterada del fragmento cefálico y defecto glenoideo inferior severo. Preoperatoriamente la paciente presentaba un balance articular de 30° antepulsión, rotación interna a S1 y abolición rotación externa. El dolor según la escala EVA era de 7 sobre 10. **Resultados.** La paciente fue intervenida quirúrgicamente mediante ATIH asociada a reconstrucción del defecto glenoideo con aloinjerto estructural de fémur distal fijado mediante metaglena de titanio trabecular. 7 meses tras la cirugía la paciente presenta una correcta integración del injerto, ausencia de dolor (EVA 0); balance articular de 80° antepulsión y abducción, rotación interna L4 y externa a nuca y una puntuación en el test quick-DASH de 31. **Conclusiones.** El uso de ATIH junto a metaglena de titanio trabecular permite la resolución de casos quirúrgicos complejos en los que se asocia un déficit de stock óseo glenoideo y lesiones masivas de manguito rotador, en los cuales, el uso de artroplastias parciales o totales anatómicas presenta resultados clínicos poco predecibles.

P-30 OSTEOMA OSTEÓIDE VS FRACTURA DE ESTRÉS DIAFISARIA DE FÉMUR

Martín Grandes, María Del Rosario; Rubio Morales, Marta; Sebastià Forcada, Emilio; Lizaur Utrilla, Alejandro

Hospital General Universitario de Elda.

Introducción. Las fracturas de estrés de la diáfisis femoral son extremadamente raras. Son más frecuentes en jóvenes, sobre todo atletas y militares, debido a sobrecarga por actividad física, siendo, el sexo femenino y la historia previa de fractura de estrés, dos factores de riesgo claramente establecidos. Sin embargo, estas fracturas también se pueden dar

en pacientes mayor edad, por una actividad normal sobre un hueso debilitado. **Material y Métodos.** Presentamos el caso de una mujer de 67 años derivada a nuestras consultas por dolor en cara antero-lateral de muslo izquierdo de 5 meses de evolución, de inicio brusco y sin antecedente traumático. El dolor era de tipo continuo, se incrementaba con la actividad física y mejoraba con la administración de antiinflamatorios no esteroideos. La exploración física era anodina y no tenía antecedentes personales de interés. **Resultados.** Se realizaron radiografías del fémur donde se evidencia un engrosamiento de la cortical lateral sin lesiones osteolíticas. Ante la sospecha de osteoma osteoide, se solicitó una RMN, que apoyaba el diagnóstico de sospecha inicial. Con el objeto de planificar el tratamiento con radiofrecuencia se solicitó una TAC. Este estudio puso de manifiesto la existencia de una fractura de estrés en la cortical lateral del fémur, descartándose el diagnóstico inicial de osteoma osteoide. Tras este nuevo diagnóstico la paciente fue tratada durante 2 años con Teriparatida, fisioterapia y marcha con carga parcial. Actualmente la paciente se encuentra asintomática. **Conclusiones.** Las fracturas de estrés constituyen una patología poco frecuente que debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de un dolor musculoesquelético de largo tiempo de evolución, no sólo por las posibles complicaciones, como la progresión de la fractura, sino también para diferenciarlas de otras lesiones óseas, como en este caso un osteoma osteoide, que conlleva un manejo y tratamiento completamente diferente.

P-31 PINZAMIENTO EXTRAARTICULAR DE CADERA SECUNDARIO A CONSOLIDACIÓN VICIOSA TRAS FRACTURA AVULSIÓN DE LA ESPINA ILÍACA ANTERO INFERIOR: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Matellanes Palacios, Clara; Estrems Díaz, Vicente; Diranzo García, Jose; Moratalla De Gracia, Raquel; Sánchez Losilla, Cristina; Hernández Ferrando, Lorenzo; Bru Pomer, Antonio.

Consortio Hospital General Universitario Valencia.

Introducción. Las fracturas por avulsión de la espina ilíaca antero-inferior (EIAI) son lesiones poco comunes causadas por una contracción repentina del músculo recto femoral con la cadera en hiperextensión y la rodilla flexionada. **Material y Métodos.** Presentamos el caso clínico de un paciente varón deportista de 32 años con coxalgia derecha de varios años de evolución que sufrió en la infancia una avulsión traumática de la EIAI. En la exploración física destacaba dolor con flexión y rotación interna de la cadera. El examen físico y pruebas de imagen realizadas (Rayos X y TAC) revelaron la existencia de un impingement extraarticular de la cadera secundario a una consolidación hipertrófica de la fractura de EIAI.

Resultados. Tras el fracaso del tratamiento conservador el paciente fue tratado quirúrgicamente mediante osteoplastia de la EIAI a través de un mini-abordaje anterior de cadera. Tras el tratamiento rehabilitador postquirúrgico el paciente pudo re-incorporarse a actividad deportiva de impacto permaneciendo asintomático hasta la actualidad. **Conclusiones.** La consolidación viciosa tras fractura-avulsión de la EIAI puede provocar un pinzamiento extraarticular de cadera en pacientes jóvenes deportistas. La clínica más frecuente es la coxalgia agravada con flexión-rotación interna de la cadera. El tratamiento mediante escisión quirúrgica de la espina hipertrófica a través de un mini abordaje intermuscular anterior permite la corrección de la deformidad y una reincorporación temprana a la actividad deportiva.

P-32 OSTEOSÍNTESIS COMO TRATAMIENTO DE FRACTURAS DE CABEZA FEMORAL EN PACIENTES JÓVENES.

Darás Ballester, Álvaro; Aracil Silvestre, José; Poveda Mira, José.

Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia.

Introducción. Las fracturas de cabeza de fémur suelen presentarse, en personas jóvenes, asociadas a luxaciones posteriores de cadera ante traumatismos de gran energía. Habitualmente, cuando la fractura es de grado >II de Pipkin, el tratamiento definitivo suele ser la artroplastia de Cadera. Sin embargo, en personas jóvenes, es posible plantearse mantener el tratamiento inicial con osteosíntesis, sobre todo si ésta se realiza de forma precoz. El objetivo de este trabajo es el análisis de los procedimientos llevados a cabo ante una fractura de cabeza femoral, del estado actual de la paciente, y la revisión bibliográfica del tratamiento de las fracturas de cabeza de fémur. **Material y Métodos.** Presentamos el caso de una paciente de 20 años que, tras accidente de tráfico, es llevada al Hospital con una luxación posterior de cadera izquierda. Asociada a la misma, sufre una fractura de cabeza femoral tipo III de la clasificación de Pipkin. Tras realizar, en un primer tiempo quirúrgico, la reducción cerrada de la luxación de cadera, en menos de 24 horas se realizó, en un segundo tiempo, la reducción abierta y osteosíntesis de la cabeza femoral, mediante 5 tornillos canulados.

Resultados. La paciente es seguida en consultas externas de Traumatología. No sufrió complicaciones derivadas de la propia fractura ni del tratamiento quirúrgico. En la actualidad, 18 años después de la cirugía, presenta un excelente estado, deambula con normalidad, los controles radiográficos son satisfactorios, observándose que se mantiene la línea articular, y ha sido capaz de dar a luz en dos ocasiones sin complicaciones. **Conclusiones.** En pacientes jóvenes con fracturas graves de cabeza de fémur, se puede plantear la osteosíntesis mediante tornillos

canulados como tratamiento definitivo, ya que permite obtener excelentes resultados, sobre todo si se realiza en los primeros momentos, evitando así la artroplastia de cadera a una edad tan temprana, y las complicaciones que ésta puede acarrear.

P-33 EL USO DE ANESTESIA WIDE-AWAKE EN LA CIRUGÍA DE MANO Y MUÑECA. NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES.

Gómez Albarracín José Miguel, Esplugas Mimó Mireia, Pradillo Gutiérrez José, Cebral Moreno Juan, Anguera Garcia Jaume, Margarit Martín Xavier.

Activa Mutua 2008.

Introducción. El uso electivo de una dosis baja de epinefrina en la cirugía de la mano ha permitido la realización de procedimientos quirúrgicos con anestesia local sin isquemia (anestesia Wide-Awake), sin la necesidad de una anestesia general o regional. **Material y Métodos.** Presentamos nuestros resultados utilizando anestesia Wide-Awake sin isquemia en cirugía y artroscopia de mano entre agosto 2017 y enero 2018. Nueve casos; 1 ganglionectomía volar artroscópica, 1 transposición tendinosa del Extensor Indicis Proprius a Extensor Pollicis Longus, 2 liberaciones del túnel del carpo, 2 Tenolisis (aparato extensor y flexor profundo), 2 suturas de tendones flexores y 1 apertura de polea A1. Seis hombres y tres mujeres, media de edad: 43 años. La técnica anestésica se fundamentó en la descrita por Lalonde (cirugías abiertas) y una combinación de las técnicas descritas por Hagert y Ong (artroscopia), se usó Lidocaína Hidrocloruro al 2% con Epinefrina 1:100.000 (Octocaine®). **Resultados.** Se realizaron con éxito todos los casos bajo anestesia local sin isquemia y sin presencia de anestesista. No hubo efectos adversos durante la administración de anestésico local con epinefrina. Los pacientes manifestaron dolor leve en el momento de la inyección, y ausencia de dolor durante las cirugías. Escala Visual Analógica (EVA) de 1. Durante las tenolisis la técnica nos permitió determinar el sitio exacto donde estaban atrapados los tendones. En la transposición tendinosa pudimos ajustar la tensión correcta mediante el movimiento activo inmediato. En las suturas tendinosas pudimos constatar la ausencia de gap y/o efecto de cuerda de arco. la movilidad activa y trabajar sin isquemia nos permitió descartar lesiones iatrogénicas y/o complicaciones. **Conclusiones.** Esta técnica es segura, más barata y representa claras ventajas para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de diferentes patologías, es uno de los mayores avances en los últimos años en la cirugía y artroscopia de la mano y muñeca.

P-34 CONDROLISIS IDIOPÁTICA DE CADERA DEL ADOLESCENTE.

Martínez Mendez, Daniel; González Navarro, Blanca; Mahiques Segura, Gerard; Lizaur Utrilla, Alejandro.
Hospital General Universitario de Elda.

Introducción. La condrolisis de cadera fue descrita por Waldeström en 1930. Posteriormente Low (1970) y Jones (1971) describieron los primeros casos de condrolisis en caderas previamente sanas, sin antecedentes de patología sistémica. Su etiología es desconocida. Suele ocurrir entre los 9 y 15 años, debutando con coxalgia mecánica y restricción de la movilidad de la cadera. El diagnóstico es de exclusión, tras descartar otras posibles causas (enfermedad reumática, inflamatoria, autoinmunitaria, traumática, infecciosa, tumoral o necrosis avascular). Presentamos el caso de un varón de 14 años con condrolisis idiopática de cadera. **Material y Métodos.** Varón de 14 años sano, que debuta con cojera por limitación funcional en cadera izquierda, sin traumatismo previo. La exploración física muestra articulación coxofemoral izquierda en rotación externa y ligera abducción. Todas las pruebas analíticas fueron normales. La RM informa de sinovitis inespecífica de la cadera izquierda. La TAC muestra pinzamiento del espacio articular coxofemoral. La Gammagrafia evidencia la presencia de monoartritis en la cadera izquierda. Se realiza cirugía artroscópica de cadera, practicando capsulotomía con sinovectomía y biopsia sinovial, que informa de ?sinovitis crónica?. Desde el servicio de RHB se han pautado infiltraciones con botox a nivel muscular con mejoría clínica progresiva, asociado a fisioterapia continuada. **Resultados.** Actualmente, con 3 años de evolución, el paciente no presenta dolor, manteniendo aún un leve flexo de cadera izquierda durante la bipedestación, que no limita la práctica deportiva. **Conclusiones.** La historia natural de la enfermedad es variable, oscilando entre la recuperación espontánea sin secuelas hasta la anquilosis, no existiendo consenso sobre el tratamiento idóneo de esta enfermedad. El 50-60 % tiene una evolución favorable con el tratamiento conservador, indicándose la cirugía cuando fracasa las opciones conservadoras.

P-35 QUISTE SINOVIOL EN MUSLO TRAS PERFORACIONES DE CABEZA FEMORAL EN NACF.

Mahiques Segura, Gerard; Martín Grandes, Maria Del Rosario; Cebrián Gómez, Roman; Sebastián Forcada, Emilio; Lizaur Utrilla, Alejandro.

Hospital General Universitario de Elda.

Introducción. El objetivo es dar a conocer una complicación poco frecuente y llamativa, tras perforaciones en una necrosis avascular de cabeza femoral (NACF). La NACF se da sobre todo en varones, entre 35-50 años, con bilateralidad del 60%. La

etiología suele ser no traumática, siendo los corticoides y el alcoholismo los principales responsables. La clasificación más utilizada es la de Ficat y Arlet. El tratamiento en fases iniciales son las perforaciones, en intermedias: osteotomías e injertos y en avanzadas: artroplastia. **Material y Métodos.** Varón de 37 años con antecedentes de osteonecrosis ambos astrágalos, enfermedad de Kienböck izquierdo y necrosis de ambas cabezas femorales de años de evolución. Remitido a consultas de COT por coxalgia e importante limitación funcional en cadera derecha. El paciente, tras realizar estudio radiológico y RNM, es diagnosticado de necrosis avascular en cabeza femoral en estadio II y se decidió tratamiento mediante perforaciones y descarga. **Resultados.** El paciente presentó una leve mejoría clínica, no hubo progresión radiológica de la necrosis en controles posteriores, y se decidió seguir con un tratamiento conservador. A los 3 años el paciente acudió a Urgencias con coxalgia importante, cojera y una tumoración en muslo a tensión. En el estudio radiológico se evidencia una progresión de la necrosis femoral sin otros hallazgos de interés. Se solicitó estudio de RNM dónde podemos ver la progresión de la necrosis femoral y la existencia de una tumoración de contenido líquido de 14 cm en zona lateral del muslo que parece comunicar con la articulación coxofemoral. El quiste no requirió de tratamiento quirúrgico y se reabsorbió en unos meses. Finalmente se procedió a la artroplastia total de cadera ante la no desaparición de la clínica incapacitante del paciente. **Conclusiones.** Las perforaciones, pese a no ser una técnica compleja, no está exenta de complicaciones, y no ha demostrado ser una buena solución a esta patología.

P-36 FRACTURA OSTEOCONDAL DE RÓTULA TRAS LUXACIÓN AGUDA.

Mahiques Segura, Gerard; González Navarro, Blanca; Rubio Morales, Marta; Lizaur Utrilla, Alejandro.

Hospital General Universitario de Elda.

Introducción. La edad media de presentación de la primera luxación es de 11 años para algunos estudios, y el porcentaje de fracturas osteocondrales entre 20-40%. Tras una luxación aguda las fracturas pueden ser de la faceta medial rotuliana, tróclea femoral o cóndilo lateral. El tratamiento consistirá en la exéresis artroscópica del fragmento y, si el fragmento es de gran tamaño o en zona de carga, su fijación. **Material y Métodos.** Niña de 10 años, que refiere torsión de rodilla presentando impotencia funcional severa y derrame articular significativo, con rótula centrada. La artrocentesis evidencia la presencia de hemartros con gotas de grasa. Las radiografías muestran un fragmento lateral al cóndilo externo del fémur, realizando TAC que objetivó la fractura osteocondral de la faceta medial de la rótula, con migración lateral del fragmento. Se realiza cirugía artroscópica, durante

la cual se evidencia las dimensiones del fragmento osteocondral, practicando la fijación del fragmento con 2 tornillos tipo Acutrak 2R Mini, mediante pequeña artrotomía parapatelar medial. Se asoció la reparación del ligamento patelofemoral medial, que, evidentemente, como indica la literatura, suele estar roto en el 95 % de los casos. Se inmovilizó la rodilla durante 4 semanas, iniciando posteriormente tratamiento fisioterápico.

Resultados. Tras 6 meses de evolución, camina sin dolor, con movilidad completa. La rótula es estable, sin nuevos episodios de inestabilidad, continuando con los ejercicios de potenciación muscular, planteándose cirugía secundaria para la extracción de los tornillos.

Conclusiones. Las fracturas osteocondrales en edad pediátrica son una entidad rara, pudiendo pasar desapercibidas en el estudio radiológico simple. La literatura recomienda la fijación del fragmento con pines reabsorbibles, si bien por las potenciales reacciones adversas (reacción granulomatosa con sinovitis y osteolisis) se eligió la fijación metálica, con un resultado clínico excelente.

P-37 SARCOMA SINOVIOL PLANTAR.

González Navarro Blanca, Marta Rubio Morales, Maria Del Rosario Martin Grandes, Alejandro Lizaur Utrilla.

Hospital General Universitario de Elda.

Introducción. Los sarcomas sinoviales representan un 5-10% de los sarcomas de partes blandas, diagnosticándose el 80% de los casos entre los 15 y los 40 años de edad. Su diagnóstico no es fácil ya que no son frecuentes y suelen presentarse como una tumoración indolora que aumenta de tamaño de forma progresiva, siendo necesario para su estudio la resonancia magnética y la TAC ya que el 80 % de las metástasis se localizan en pulmón. El pronóstico depende del grado histológico, el tamaño del tumor y la presencia de metástasis en el momento del diagnóstico. Presentamos el caso de un sarcoma sinovial plantar que en un principio fue diagnosticado, según las pruebas de imagen, de ganglión. **Material y Métodos.** Paciente varón de 33 años, sin antecedentes médicos de interés, que presenta una tumoración blanda en cara medial y plantar del hallux derecho, de 1 año de evolución, dolorosa y de crecimiento progresivo. La RM informa de masa polilobulada de 52x40x50 hiperintensa en T2 e hipointensa en T1 sin realce tras la administración de contraste, sin infiltrar el músculo del abductor y flexor corto del hallux y tendones del flexor largo y abductor del hallux que mantienen su estructura, concluyendo que los hallazgos son sugestivos de ganglión plantar.

Resultados. Se realizó biopsia excisional de la tumoración plantar en la que se evidencia apariencia de tejido graso, no encapsulado y con patrón infiltrativo de difícil disección. El diagnóstico histológico fue de sarcoma sinovial bifásico con áreas poco diferenciadas

de alto grado histológico, siendo remitido a Unidad de Tumores de referencia completar el tratamiento con terapias adyuvantes. **Conclusiones.** El sarcoma sinovial es un tumor poco frecuente, siendo rara su localización plantar, debiendo estar alerta cuando la lesión presenta un tamaño considerable, es sintomática y de crecimiento progresivo.

P-38 SARCOMA DE EWING DE PALA ILIACA EN UN NIÑO DE 7 AÑOS. UN RETO QUIRÚRGICO MEJORADO.

Jordà, Pablo; Salom, Marta; Baixauli, Francisco; Pérez, Alberto; Bas, Teresa.

Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia.

Introducción. El sarcoma de Ewing es un tumor maligno con supervivencia menor del 35% a 5 años si no es posible realizar una resección quirúrgica completa. El tratamiento completo incluye además quimioterapia y radioterapia adyuvante en el caso de márgenes positivos tras la resección. Cuando aparece en la región pelviana, la exéresis necesaria para conseguir un aumento de supervivencia es una opción agresiva, y se debe plantear la reconstrucción del anillo pélvico tras la exéresis, para mantener la estabilidad tanto a nivel pelviano como raquídeo y la utilización de materiales que permitan completar el tratamiento con la radioterapia. **Material y Métodos.** Presentamos el caso de un niño de 7 años con un sarcoma de Ewing en pala iliaca izquierda en estadio III, con afectación ganglionar locoregional sin metástasis, (T2b, N1, M0). Se decide realizar una resección tumoral de pala iliaca izquierda y reconstrucción con peroné vascularizado del anillo pélvico, junto con barra de carbono desde L4- L5 a zona supraacetabular. Tras la intervención, el paciente continuó con sus ciclos de quimioterapia (VIDE protocolo EuroEwing) y recibió la radioterapia adyuvante. **Resultados.** Se observa consolidación ósea a las 11 semanas y tolerancia a la deambulación con ayuda de muletas a partir de la 8ª semana. No complicaciones quirúrgicas inmediatas y sin recidiva local ni sistémica y buen estado clínico tras 6 meses de seguimiento. **Conclusiones.** El autoinjerto con peroné vascularizado es una opción terapéutica para la restitución de la estructura y funcionalidad del anillo pélvico tras una cirugía de exéresis radical de Sarcoma de Ewing de pala iliaca que permite preservar el miembro y la función estática y dinámica de la pelvis y la columna. La utilización de barras que solidarizan la columna con la pelvis nos proporciona la estabilidad mecánica necesaria para permitir la consolidación del injerto de peroné vascularizado mientras el paciente puede realizar una carga precoz.

P-39 MIGRACIÓN INTRAPÉLVICA LÁMINA CEFÁLICA. UNA RARA COMPLICACIÓN DEL ENCLAVADO ENDOMEDULAR EN FRACTURAS PERTROCANTÉREAS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Aguilar González, Juan ; Alonso Pérez-Barquero, Jaime ; Balfagón Ferrer, Antonio ; Barrés Carsí, Mariano.

Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia.

Introducción. El tratamiento de las fracturas de la extremidad proximal del fémur mediante enclavado endomedular es de los procedimientos más extendidos mundialmente en traumatología y existen múltiples complicaciones asociadas, algunas de ellas muy frecuentes. Existen otras complicaciones raras como la que presentamos: un caso de migración intrapélvica de la lámina cefálica. **Material y Métodos.** Mujer de 85 años diagnosticada de fractura pertrocantérea izquierda tipo AO/OTA 31A2.2 se interviene quirúrgicamente: enclavado endomedular técnica estándar con clavo PFNA 130°, 10x200, bloqueo distal estático y lámina cefálica 105 mm. A las 5 semanas de evolución se advierte como única sintomatología dolor severo con deambulacion. El control radiográfico muestra una migración medial intrapélvica de la lámina cefálica. Se realiza una revisión bibliográfica a cerca de esta complicación específica. **Resultados.** En la literatura existen publicados únicamente once casos clínicos, dos series de dos casos y un artículo que analiza radiográficamente ocho casos para construir un modelo de análisis biomecánico. La complicación sin embargo ya había sido descrita previamente en series de dispositivos con 2 tornillos cefálicos, siendo denominada como “efecto Z” En nuestro caso, tras valorar riesgos y beneficios de alternativas terapéuticas se decide intervención para extracción de la lámina desestimando intraoperatoriamente realizar otros gestos. Se realiza inicio de carga a las 8 semanas. En el seguimiento a los 6 meses se observa la capacidad de deambulacion con ayudas externas y ausencia de dolor. **Conclusiones.** La migración intrapélvica de la lámina cefálica es una complicación rara, potencialmente grave y que supone un reto terapéutico. Mediante el análisis de las escasas publicaciones al respecto, conocemos los posibles mecanismos desencadenantes y podemos comprobar que coinciden con los presentes en nuestro caso. Es importante conocer las demandas funcionales del paciente a la hora de plantearnos el tratamiento definitivo de esta complicación.

P-40 SÍNDROME DEL DESFILADERO TORÁCICO: OSTECONDROMA EN COSTILLA CERVICAL.

Cuñat Aragó, Borja; López Ortiz-Tallo, Juan Carlos; Copete González, Iván; Aguilar González, Juan; García Espert, Carmen; Baixauli Perelló, Emilio.

Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia.

Introducción. El síndrome del desfiladero torácico (SDT) es un conjunto de signos y síntomas que se producen por la compresión de estructuras neurovasculares a su paso desde el cuello hacia los miembros superiores. La sintomatología es muy variada, incluyendo dolor, parestesias y debilidad del miembro afectado, siendo que el 90% de los casos tiene origen neurógeno. Por otro lado, el 30% de casos se produce por causa ósea, observando, en el caso de la costilla cervical, actúa como fulcro sobre el plexo comprimiendo y traccionando las estructuras. **Material y Métodos.** Descripción del diagnóstico y tratamiento realizado a esta paciente mediante estudio clínico, radiográfico, neurofisiológico y anatomopatológico. Asimismo, valoración del estado pre y postquirúrgico de la paciente mediante el Cervical Braquial Syntom Questionnaire (CBSQ), SF-36 y DASH. **Resultados.** Seguimiento de 6 meses tras la intervención de resección de la costilla cervical y el osteocondroma localizado en ella, no encontrando complicaciones y notando mejoría en los resultados de los test de calidad de vida. La paciente actualmente se encuentra en proceso de rehabilitación. **Conclusiones.** El SDT neurógeno afecta más frecuentemente a mujeres jóvenes y en la gran mayoría de casos se consigue una mejoría clínica con tratamiento conservador, si bien, ante la persistencia de sintomatología por fracaso de esta opción, la opción quirúrgica debe plantearse con sus diversas opciones técnicas.

P-41 FRACTURA-ARRANCAMIENTO DE LA APÓFISIS LATERAL DEL ASTRÁGALO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Antequera Cano, Juan Manuel; Jordà Gómez, Pablo; Ferràs Tarragó, Joan; Catalá De Las Marinas, Juan; Blasco Molla, M^a Ángeles; Salom Taverner, Marta.

Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia.

Introducción. Las fracturas de la apófisis lateral del astrágalo son infrecuentes. Es una fractura que afecta a tanto a la articulación peroneoastragalina como subastragalina. A menudo es confundido con un esguince de tobillo de alto grado. El tratamiento consiste en reducción abierta y fijación interna si el fragmento es grande o bien extirpación del mismo si es pequeño. **Material y Métodos.** presentamos un caso clínico de un varón de 10 años que acude a la puerta de urgencias de nuestro hospital tras torcedura de tobillo mientras corría. Presenta importante tumefacción de partes blandas y severa limitación funcional. Se realiza radiografía de

tobillo dónde se observa un fragmento óseo entre el maléolo externo y el astrágalo. Se realizó un TC que informa de una fractura-avulsión de la apófisis lateral del astrágalo. El paciente es intervenido de urgencia, realizándose una re inserción del fragmento óseo con arpon metálico, además de sujeción del fragmento con aguja Kirchner. **Resultados.** El paciente permaneció hospitalizado 2 días sin complicaciones. Fue dado de alta para seguimiento en consultas externa. Se realiza control radiográfico sin yeso a las 6 semanas, tras la cual se retira inmovilización. Se mantiene en descarga hasta completar 8 semanas desde la fractura, tras lo cual se inició carga progresiva. Se realiza control clínico-radiográfico a los 2 meses, observando una marcha sin claudicación, no inestabilidad en el tobillo, aunque presenta dolor a la presión en astrágalo. Se realiza nuevo control clínico-radiológico en un año: el paciente se encuentra asintomático, sin limitación funcional, realizando una vida normal. **Conclusiones.** La fractura de la apófisis lateral del astrágalo es una afección rara y requiere de tratamiento quirúrgico. Puede ser confundida con un esguince de tobillo de alto grado o epifisiolisis de peroné distal, por lo que ante la sospecha deberemos ampliar estudio mediante TC, ya que su manejo difiere de las otras dos entidades descritas, y en sí misma, en función del tamaño del fragmento.

P-42 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA TORTÍCOLIS CONGÉNITA EVOLUCIONADA.

Darás Ballester, Álvaro; Bas Hermida, Teresa.

Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia.

Introducción. La tortícolis es una deformidad del cuello cuya principal causa es la afectación congénita del músculo Esternocleidomastoideo, que suele estar acortado y fibrosado, produciendo una desviación de la cabeza hacia el lado afectado. El tratamiento de elección de la tortícolis congénita es conservador, consiguiéndose la corrección de la deformidad en más del 90% de los casos. No obstante, en aproximadamente el 10% de los casos, en los que no se consigue restaurar la movilidad o corregir la deformidad, se plantea un tratamiento quirúrgico. En estos casos, la técnica quirúrgica debe ser planificada cuidadosamente. El objetivo de este trabajo es analizar el enfoque terapéutico ante una tortícolis avanzada, y realizar una revisión bibliográfica de las diferentes opciones de tratamiento quirúrgico. **Material y Métodos.** Presentamos el caso de un varón de 14 años que es remitido al Hospital por una tortícolis evolucionada del Esternocleidomastoideo derecho. Ante la falta de respuesta al tratamiento conservador, se plantea el tratamiento quirúrgico. En este caso, se realizó un abordaje bipolar del Esternocleidomastoideo, en el cual se realizó, en un solo tiempo quirúrgico, la tenotomía y liberación de los tendones ETERNAL y CLAVICULAR, y la

liberación de las adherencias y la sección de la inserción del ECM en la apófisis mastoides. **Resultados.** El paciente presentó un postoperatorio sin complicaciones, iniciando la deambulacion y rehabilitación al 2º día postoperatorio, y se le colocó un corsé bivalva para mantener la posición de la cabeza. Fue dado de alta y seguido en Consultas Externas de la Unidad de Raquis, apreciándose una evolución satisfactoria, y, a las 8 semanas, una movilidad completa del cuello. **Conclusiones.** La tortícolis suele tratarse de forma conservadora pero, en casos avanzados, el tratamiento quirúrgico es una opción a tener en cuenta. Dentro de las opciones de tratamiento quirúrgico, el abordaje bipolar del Esternocleidomastoideo suele ser la opción con mejores resultados.

P-43 EVALUACIÓN DE LA MAGNIFICACIÓN DE LAS RADIOGRAFÍAS DIGITALES EN ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA.

Aparisi Miralles, Tamara Lorena Olmedo García, Nuria Isabel Martínez Vergara, José Luis Mesado Vives, Adela.

Hospital General Universitario de Castellón.

Introducción. Un avance en la artroplastia total de cadera (ATC) es la planificación radiográfica preoperatoria. Existen programas informáticos especiales pero necesitan calibrar el tamaño de las imágenes radiográficas para que coincidan con las plantillas protésicas. Algunos artículos han demostrado errores de calibración con marcadores externos y resaltan la necesidad de mejores métodos de medición de la ampliación de las imágenes. Nuestro objetivo es evaluar la verdadera ampliación del tamaño de la cadera medido en una radiografía estándar en comparación con el tamaño conocido de cabeza femoral protésica y del componente acetabular; y cuál de ellos es más preciso. Así como evaluar si el aumento está relacionado con el sexo, la estatura, el peso o el IMC. **Material y Métodos.** En 137 ATC se ha medido el diámetro de la cabeza femoral protésica y del componente acetabular con herramientas del PACS sobre radiografías de pelvis estándar, realizadas a una distancia fija de un metro entre emisor y placa. Se ha calculado el factor de ampliación (FA) por comparación con el diámetro conocido de la cabeza femoral (FAcf) y del componente acetabular (FAca). Se ha analizado la correlación entre sexo, edad, estatura, peso e IMC con la ampliación radiográfica obtenida. **Resultados.** La ampliación media de la cabeza femoral fue de 113,2(SD±4,357) y del componente acetabular de 113,4(SD±3,585). La ampliación no presentaba ninguna diferencia entre hombres y mujeres y no se obtuvo ninguna correlación entre la ampliación radiográfica y la estatura, el peso o el IMC. **Conclusiones.** Existe una gran discrepancia en la ampliación de las radiografías de cadera, posiblemente debido a una

técnica radiográfica diferente con distancias entre emisor y placa variables. Debido a la discrepancia hallada respecto a otras publicaciones, creemos que, la ampliación de la radiografía de cadera estándar debería calibrarse en cada centro para mayor precisión de la planificación preoperatoria.

P-44 EPIFISIOLÍISIS DE FÉMUR DISTAL EN VARÓN DE 9 AÑOS.

Martínez-Méndez, D; González-Navarro, B; González-Parreño, S; Lizaur-Utrilla, Alejandro.

Hospital General Universitario de Elda.

Introducción. A nivel de la rodilla los cartílagos de crecimiento contribuyen en un alto porcentaje al crecimiento total del segmento correspondiente y del total de la extremidad inferior, por lo que las secuelas de las fracturas van a provocar muy probablemente una disimetría. La epifisiolisis tipo II de Salter-Harris es el tipo más frecuente en el fémur distal. Según el desplazamiento, el medio-lateral es el más frecuente seguido por el anterior (caso actual). **Material y Métodos.** Varón de 9 años de edad que acude a urgencias tras sufrir atropello por un tractor presentando dolor y deformidad en rodilla. A la exploración física presenta pulso pedio y tibial presentes y simétricos, relleno vascular enlentecido, sensibilidad conservada y movilidad de dedos correcta. El estudio radiológico muestra epifisiolisis de fémur distal tipo II, según la clasificación de Salter-Harris. Tras inmovilización enyesada, se realiza intervención quirúrgica urgente, realizando osteosíntesis mediante agujas de Kirschner, precisando de cirugía abierta para la reducción de la fractura. A las 6 semanas se retiraron agujas e inmovilización remitiendo al paciente al Servicio de Rehabilitación permitiendo carga parcial progresiva a los 2 meses. **Resultados.** A los 3 años, presenta discrepancia de longitud de miembros inferiores de 175 cms, sin angulaciones patológicas, precisando de alza compensatoria. Realiza vida normal, sin limitaciones para la práctica deportiva. **Conclusiones.** El objetivo del tratamiento es obtener y mantener una reducción satisfactoria, recuperar un balance articular funcional de la articulación de la rodilla y evitar futuros daños a la fisis. Se debe intentar la reducción cerrada pero dado que es necesaria una reducción anatómica, se precisa en ocasiones de la reducción abierta, sobre todo en casos con interposición de tejidos blandos (periostio o músculo). La síntesis con agujas de Kirschner o tornillos constituyen los métodos de elección.

P-45 CETOACIDOSIS, SHOCK SÉPTICO Y ÉXITOS EN PACIENTE CON ABSCESO EPIDURAL CERVICAL

Poveda Cerrillo, César; Bonilla Enseñat, Fernando; Pérez Vergara, Silvia; Rubio Belmar, Pedro Antonio.

Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia.

Introducción. Los abscesos epidurales suponen una patología infrecuente (1 de cada 10.000 pacientes), con elevadas tasas de morbimortalidad y que requiere de alto índice de sospecha para conseguir un diagnóstico temprano que permita una intervención de cara a evitar complicaciones irreversibles. **Material y Métodos.** Varón de 55 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 1 y consumo de cocaína, trasladado a Urgencias en contexto de cetoacidosis diabética y sepsis, por la cual ingresa en la UCI de nuestro centro. Ante cuadro de hemiparesia derecha y fluctuación neurológica, así como presencia de una gran tumoración cervical, se solicita TC craneocervicodorsal donde se aprecia una gran colección en la región posterolateral cervical derecha, así como focos de consolidación en pulmón derecho. Posteriormente, en la RM solicitada por el servicio de COT ante la necesidad de intervención quirúrgica urgente, se evidencia una basta colección de 12 cm con osteomielitis de niveles C2, C3 y C4, con zonas de absceso epidural a nivel de C2-C3 y C5-C6, así como compromiso de la vena yugular interna derecha. **Resultados.** Se procedió a cirugía mediante abordaje posterior para drenaje, remisión de muestras y estabilización posterior con tornillos en masas y uñas. Esta vía no resulta habitual, pues hasta un 71% de casos tienen una extensión ventral. En el postoperatorio, el paciente vio su estado comprometido por un sangrado de arteria epigástrica izquierda con hematoma retroperitoneal, que requirió de embolización en contexto de probable coagulopatía de consumo, hasta que finalmente resultó éxitus en contexto de shock séptico por microorganismos gram negativos, pese a la mejoría de la infección estafilocócica cervical. **Conclusiones.** Un cuando se lleva a cabo un tratamiento óptimo, el diagnóstico temprano supone un elemento vital en el pronóstico de pacientes con abscesos epidurales, así como la necesidad de mantener un seguimiento estrecho y un abordaje multidisciplinar.

P-46 FIJACIÓN INTERNA CON AGUJAS DE KIRSCHNER EN FRACTURAS DE HUESOS LARGOS CON GRANDES DEFORMIDADES.

Poveda Mira, Jose; Darás Ballester, Alvaro; Barrés Carsi.

Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia.

Introducción. Los métodos más utilizados para la fijación interna de las fracturas en la actualidad son la utilización de placas y/o clavos intramedulares, pero en pacientes con grandes deformidades óseas previas a la fractura, este tipo de osteosíntesis suponen un reto debido a la complejidad quirúrgica que suponen, pudiendo llegar a ser necesarias osteotomías para su correcta posición. En pacientes pediátricos, está descrito la utilización de clavos flexibles intramedulares para este tipo de fracturas con buenos resultados, pero no hay una evidencia clara de

su utilización en adultos con grandes deformidades. **Material y Métodos.** Presentamos dos casos: un varón de 45 años con osteogénesis imperfecta con fractura de diáfisis humeral tipo 12- A3 de la AO con 30mm de acortamiento y una angulación de 5 grados en valgo en un hueso con deformidad previa de 48 grados en varo; y una mujer de 75 años, secuela de polio, con fractura subtrocantérea de fémur tipo 31-A3 de la AO sobre una deformidad diafisaria de 45 grados en el plano sagital. A ambos pacientes se les intervino quirúrgicamente mediante la reducción de la fractura y fijación mediante 2 agujas de Kirschner (AK) intramedulares e inmovilización con férula de yeso. Posteriormente, se realizó una radiografía de control postoperatoria y revisión en consultas externas en 14 días y a las 6 semanas. **Resultados.** Se realiza seguimiento periódico en consultas externas de Traumatología observándose a las 6 semanas de la intervención que no hay desplazamiento del foco de fractura ni rotura de la osteosíntesis y ha comenzado la aparición de puentes óseos. **Conclusiones.** La fijación mediante AK intramedulares es una opción terapéutica, pese a que no hay una evidencia clara, en el tratamiento de las fracturas en pacientes adultos con alteraciones morfológicas óseas importantes previas, obteniéndose en nuestros casos resultados satisfactorios tras 6 semanas de evolución.

P-47 LA LIMPIEZA QUIRÚRGICA CON RECAMBIO DEL POLIETILENO ES EFICAZ FRENTE A LA INFECCIÓN PERIPROTÉSICA AGUDA DE RODILLA?

González-Navarro, B; Mahiques-Segura, G; González-Parreño, S; Lizaur-Utrilla, A.

Hospital General Universitario de Elda.

Introducción. Actualmente la revisión en dos tiempos utilizando un espaciador de cemento cargado de antibiótico en el tiempo intermedio se considera el patrón de referencia para el tratamiento de la infección periprotésica de rodilla. Sin embargo, la revisión en dos tiempos tiene desventajas. Por ello, el tratamiento con desbridamiento, irrigación y retención de la prótesis se ha mostrado como una atractiva alternativa tanto para el cirujano como para el paciente. La comparación entre opciones de tratamiento quirúrgico es difícil, no solo por las numerosas variables de confusión sino también por la ausencia de estudios comparativos. **Material y Métodos.** El diseño de este estudio era retrospectivo comparativo de casos-controles con pacientes prospectivamente evaluados pertenecientes a dos grupos de tratamiento cronológicamente secuenciales. Como población de estudio, se seleccionaron todos los pacientes consecutivos tratados en nuestro centro entre 2000 y 2011 por infección periprotésica de rodilla profunda y aguda, entendiéndose por tal la diagnosticada dentro de los 3 meses siguientes a la implantación de la

prótesis en la que se produjo la infección. **Resultados.** La muestra global consistía de 64 pacientes, distribuidos en 39 en el grupo de desbridamiento, y 25 en el grupo de revisión. En el grupo de desbridamiento tuvo éxito el procedimiento inicial en 15 pacientes (38,5%) y fracasó en 24 pacientes (61,5%), mientras que en el grupo de revisión inicial tuvo éxito en 22 pacientes (88,0%) y fracasó en 3 pacientes (12,0%), siendo la diferencia estadísticamente significativa. **Conclusiones.** El tratamiento con desbridamiento y retención de la prótesis es ineficaz para controlar la infección, con una tasa de fracasos significativamente mayor que con el tratamiento de revisión en dos tiempos.

P-48 ¿EL TRATAMIENTO MEDIANTE INFILTRACIÓN DE PLASMA RICO EN PLAQUETA RETRASA LA IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN PACIENTES CON GONARTROSIS?

María del Carmen González Jara, Miguel Ángel Palazón Banegas, Francisco Lajara Marco, María del Mar Díez Galán, Silvia Correoso Castellanos, Elena Blay Domínguez, Juan Antonio Lozano Requena
Hospital Vega Baja (Orihuela)

Introducción. El aumento en la prevalencia de gonartrosis ha provocado un incremento del gasto sanitario. Una de las herramientas disponibles para retrasar o evitar tratamientos invasivos, artroscopia (CAR) o prótesis de rodilla (PTR), puede ser las infiltraciones de plasma rico en plaquetas (PRP). El objetivo de este estudio es tratar de determinar si la infiltración con PRP demora la necesidad de tratamientos invasivos en pacientes con gonartrosis. **Material y Métodos.** Se analizaron pacientes con gonartrosis tratados mediante infiltración intraarticular de plasma rico en plaquetas (PRP) en nuestro centro. Criterios de inclusión: pacientes >59 años, IMC < 36 Kg/ m², WOMAC dolor>8 y gonartrosis grado II-IV de Kellgren-Lawrence. Criterios de exclusión: enfermedad reumática, antiagregantes o anticoagulantes. Se les realizaron tres inyecciones intraarticulares de PRP-HM en intervalos de siete días. Se recogieron los tratamientos previos. Finalmente se recogieron el momento y paso de los pacientes a tratamientos invasivos. **Resultados.** Entre octubre de 2010 y junio de 2014, se incluyeron en el estudio 64 pacientes, hubo 7 pérdidas de seguimiento. Finalmente se estudiaron 67 rodillas (57 pacientes), con una edad media de 64 años, 70,15% mujeres. El 46% eran Kellgren grado III. 24 rodillas habían recibido tratamientos previos. Tras un seguimiento medio de 34 meses, 32 rodillas continuaron en tratamiento con PRP, 10 rodillas pasaron a ácido hialurónico y 25 rodillas a tratamientos invasivos (6 CAR y 19 PTR). La CAR se realizó tras una media de 14 meses de la

primera infiltración con PRP y la PTR tras 37 meses.

Conclusiones. El tratamiento con PRP en pacientes con gonartrosis puede demorar la necesidad de artroscopia de rodilla una media de 14 meses y la implantación de prótesis entre 10 y 46 meses.

P-49 OSTECONDROITIS DISECANTE DE RODILLA. ACTUALIZACIÓN DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA. SERIE DE CASOS CLÍNICOS.

Lozano Casarrubios, Adrián; Mas Martínez, Pablo; García-López, Antonio; Gutiérrez Sánchez, Luis.

Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción. La osteocondritis disecante de rodilla (ODR) es una necrosis avascular de etiología idiopática de un segmento focal de hueso subcondral y cartílago articular, el cual, puede llegar a desprenderse parcial o completamente del hueso suprayacente, dando lugar a una alteración de la superficie articular y desarrollo de artrosis secundaria precoz. Es más frecuente en varones adolescentes-adultos jóvenes deportistas. Suele ser unilateral, siendo la localización predilecta el borde lateral del cóndilo femoral interno. La clínica va a depender de la estabilidad del segmento osteocondral valorada mediante RMN y artroscopia. Habitualmente se presenta como dolor difuso inespecífico siendo necesaria una gran sospecha clínica para un correcto diagnóstico y tratamiento precoz que mejorará el pronóstico de la enfermedad. **Material y Métodos.** Se ha diseñado un estudio descriptivo retrospectivo (serie de 10 casos clínicos) en el que se han analizado: factores de riesgo individuales, sintomatología clínica, pruebas diagnósticas y clasificación, métodos terapéuticos y seguimiento evolutivo. Asimismo, se ha realizado una revisión bibliográfica de las diferentes pruebas diagnósticas (radiología, RMN y artroscopia) y opciones terapéuticas (tratamiento conservador VS quirúrgico) disponibles. **Resultados.** El tratamiento conservador se ha indicado en ODR con fisis abiertas (juvenil) y fragmento estable. Por el contrario, el tratamiento quirúrgico se ha reservado en ODR con fisis cerradas (adulto) y fragmento inestable. Dentro del tratamiento quirúrgico se han comparado diferentes técnicas entre sí en función de: localización, tamaño y estabilidad del segmento osteocondral, siendo este último, el factor más importante para la decisión terapéutica final. **Conclusiones.** La modalidad terapéutica más empleada en segmento osteocondral estable fue la fijación mediante tornillos/clavos de compresión reabsorbibles; en segmento inestable fue el legrado del lecho, la extirpación del cuerpo libre y las perforaciones osteocondrales. Existen nuevos tratamientos prometedores, aunque son necesarios estudios analíticos a largo plazo para demostrar la efectividad de los mismos.

P-50 REPARACIÓN CAPSULAR SUPERIOR EN ROTURAS MASIVAS RETRAÍDAS DE MANGUITO ROTADOR..

Lozano Casarrubios, Adrián; Más Martínez, Pablo; Villena Gozalvo, Máximo; Arlandis Villarroya, Santiago.

Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción. El manejo de las roturas irreparables de manguito rotador supone un problema complejo. El tratamiento incluye desde el no quirúrgico, el desbridamiento con o sin tenotomía de la porción larga del bíceps, la tuberoplastia, las reparaciones parciales, las transferencias tendinosas, los parches de aumentación, los espaciadores biodegradables y la artroplastia invertida de hombro. La reparación capsular superior es una técnica descrita por Mihata en 2013, que permite restaurar la estabilidad gleno humeral superior y evitar la migración de la cabeza humeral en ausencia de manguito rotador. **Material y Métodos.** Presentamos el caso de una paciente de 57 años, que a raíz de un traumatismo infra diagnosticado en 2009, presentó un dolor progresivo de hombro D de larga evolución, con pseudoparálisis en estadios finales. El estudio ecográfico y de RMN mostró una rotura masiva retraída de supraespinoso, con atrofia grasa muscular asociada. La paciente fue sometida a una reparación artroscópica capsular superior siguiendo la técnica de Mihata modificada, con un xenoinjerto de matriz dérmica acelular fijado a borde superior de la glena y a troquíter mediante implantes. **Resultados.** La reconstrucción capsular superior previene la migración superior de la cabeza del húmero y permite restaurar el fulcro de la articulación gleno humeral, optimizando los pares de fuerzas de los músculos de la cintura escapulo humeral. El efecto conseguido consiste en una disminución del dolor del paciente y una mejora del rango de movilidad, incluso en hombros que presenten pseudoparálisis previo a la cirugía. **Conclusiones.** La reparación capsular superior es una técnica de reciente descripción, que permite ampliar las opciones de tratamiento de las roturas de manguito no reparables en pacientes jóvenes, obteniendo resultados equiparables a otras técnicas.

P-51 TRANSPORTE ÓSEO CON ATRAQUE ASISTIDO POR ENDOSCOPIA.

Francisco Javier Ferrández; Javier Alonso Hernández; Jorge Salvador Marín; Carlos Miranda Gorozarri; Daniel Jimenez Arias.

Hospital Universitario San Juan de Alicante.

Introducción. Exponemos un caso de cirugía de transporte óseo para tratamiento de pseudoartrosis tibial tras cirugía de resección tumoral, realizando el “*docking*” asistido por artroscopia en un niño de 8. **Material y Métodos.** En 2016 presentó fractura

patológica sobre adamantinoma. Se realizó resección de la lesión e injerto con peroné vascularizado. Al año requirió nueva osteosíntesis con placa. En enero de 2017, el paciente presenta nueva fractura. A la llegada a nuestro centro, el proceso ha evolucionado a pseudoartrosis de tibia tras 2 cirugías previas, con escaso remanente óseo distal y afectación fisaria de tibia distal. Planteamos nueva cirugía para extracción de material, refrescar extremos óseos, aporte de injerto y alargamiento óseo mediante fijador tipo Ilizarov en un primer tiempo y cirugía de atraque óseo en un segundo tiempo. Tras alargamiento de 6 cm realizamos el segundo tiempo quirúrgico “docking” asistido por endoscopia, con 2 portales a nivel del atraque óseo, realizando cruentación endoscópica de bordes y aporte de injerto de cresta iliaca. Tras 5 meses desde la colocación del Ilizarov, se observa consolidación en la zona de “docking”, por lo que se programa para retirada de fijador externo. **Resultados.** Las técnicas de transporte óseo pueden estar indicadas en casos complejos de defectos óseos tras resecciones tumorales, pseudoartrosis o infecciones. Una vez realizada la fase de inicial de transporte, es necesaria la osteointegración del fragmento migrado con el extremo distal del hueso afecto. Existen diversas técnicas para facilitar esta unión, atraque o “docking”, Nosotros proponemos una alternativa utilizando ópticas y material de artroscopia para realizar una endoscopia del sitio de unión y poder refrescar los extremos, así como aportar injerto para favorecer la consolidación e integración. **Conclusiones.** La asistencia artroscópica de la fase de “docking” es una manera segura y con menor morbilidad que las técnicas clásicas, pudiendo ser una alternativa a tener en cuenta.

P-52 ACTUALIZACIÓN SOBRE ARTROPLASTIA ANTIALÉRGICA DE RODILLA. NUESTRO USO Y EVIDENCIAS.

Ruiz Piñana, Enrique; Gutiérrez Sánchez, Luis; Bascuñana Mas, Emilio; Ley Rojo, Alfonso; Huerta López, Olga M; Madrigal Quevedo, Alejandro.

Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción. Con el presente trabajo tratamos de realizar una actualización bibliográfica sobre el uso y la evidencia científica en la utilización de las prótesis antialérgicas de rodilla. Su uso sigue siendo un tema muy controvertido. El diagnóstico de un fallo protésico debido a una reacción alérgica a metales es muy difícil y ninguna prueba es suficientemente concluyente. El eje hipersensibilidad a metales frente a metalosis es de fronteras difusas y superpuestas. Muchos pacientes con clínica compatible con aflojamiento protésico y pruebas epicutáneas positivas, mejoran tras la colocación de una artroplastia de revisión antialérgica; lo que no está claro, es si se debe a la mejor colocación de los componentes, a la supuesta

mejora del par de fricción u otras causas. En nuestra práctica profesional, en aquellos pacientes que refieren clínica compatible, se les pide pruebas epicutáneas. En caso de resultar positivas, se le indica prótesis de rodilla primaria antialérgica. **Material y Métodos.** Se realiza una revisión bibliográfica usando el motor de búsquedas pubmed. Las palabras clave utilizadas fueron: artroplasty, knee, hipersensibility, A su vez se realiza un estudio retrospectivo y descriptivo de los últimos 2 años de número de casos de prótesis de rodilla antialérgicas primarias y de revisión. **Resultados.** Se revisaron 16 artículos entre 1977 (primero que se tiene constancia sobre el tema) y 2017. Casos clínicos, revisiones bibliográficas y otros. En los últimos 2 años ha habido un total de 43 casos de prótesis de rodilla primarias antialérgicas cumpliendo los criterios de inclusión. No obstante, no se han encontrado casos de revisión de prótesis de rodilla por motivo alérgico a metales. **Conclusiones.** Dadas las limitaciones y la falta de evidencia científica de los métodos diagnósticos actuales, no se justifica la detección generalizada de pacientes con hipersensibilidad a metales antes de la PTR. Está justificado no obstante, debido a un enfoque práctico, el uso de la artroplastia antialérgica de rodilla en aquellos pacientes con necesidad de revisión protésica, con clínica de aflojamiento, test epicutáneo positivo, habiéndose descartado otras causas.

P-53 EN LA CIRUGÍA DE FRACTURA DE CADERA, ¿REDUCE LA TASA DE COMPLICACIONES DE LA HERIDA QUIRÚRGICA EL USO DE DOS ANTIBIÓTICOS COMO PROFILAXIS PREQUIRÚRGICA?

María del Carmen González Jara, María del Mar Díez Galán, Francisco Lajara Marco, Silvia Correo Castellanos, Elena Blay Domínguez, Pablo Federico Bernáldez Silveti, Juan Antonio Lozano Requena.

Hospital Vega Baja (Orihuela).

Introducción. En un estudio previo, detectamos una mayor tasa de infecciones postoperatorias causadas por bacterias Gram- negativas (GNB) en pacientes con fractura de cadera. La Comisión de Infecciosas añadió tobramicina a la profilaxis antibiótica habitual (cefazolina). El objetivo de este estudio es comparar la eficacia de la profilaxis doble en términos de complicaciones de la herida quirúrgica. **Material y Métodos.** Se diseñó un estudio de cohortes retrospectivo y se analizaron 503 pacientes sometidos a cirugía de fractura de cadera entre 2012 y 2017. Los pacientes se dividieron en dos grupos: el grupo A incluyó un total de 100 pacientes, que se sometieron a cirugía con profilaxis prequirúrgica habitual y formaron el grupo control; y el grupo B incluyó a 403 pacientes que se sometieron a cirugía después del establecimiento del nuevo protocolo (cefazolina y tobramicina). Se registraron y analizaron las siguientes

variables como posibles predictores de complicaciones en la herida quirúrgica: cuantitativas (edad, índice de Barthel, ...), cualitativas (sexo, tipo de fractura, AAS, técnica quirúrgica). **Resultados.** Al comparar ambos grupos, no se encontraron diferencias respecto a los factores preoperatorios. Encontramos una mayor tasa de pacientes con linfopenia en el grupo B ($p = 0.02$). En cuanto a los factores intraoperatorios, encontramos una mayor tasa de reducción abierta en el grupo A ($p = 0.02$). La tasa de complicaciones de la herida quirúrgica (hematoma, drenaje persistente o infección) fue de un 22% en el grupo A y un 10,9% en el grupo B ($p = 0,003$). **Conclusiones.** El establecimiento del nuevo protocolo de profilaxis antibiótica redujo las complicaciones de la herida quirúrgica del 11%. Por lo tanto, teniendo en cuenta que dichas complicaciones suelen ocultar una infección, creemos que la disminución en la tasa de complicaciones de la herida quirúrgica se debe, en gran parte, al cambio de la profilaxis con antibióticos.

P-54 FRACTURAS POR ESTRÉS DE TIBIA Y PERONÉ.

Asensio Pascual, Alfredo Elías; González Navarro, Blanca; Mahiques Segura, Gerard; Lizaur Utrilla, Alejandro.

Hospital Universitario de Elda.

Introducción. Las fracturas de estrés son debidas a un fallo focal en el hueso, inducido por fuerzas repetitivas que exceden el ciclo de remodelación ósea normal. Pueden ser por fatiga, cuando un hueso normal es sometido a cargas excesivas; o por insuficiencia, cuando un estrés normal es aplicado a un hueso debilitado por cualquier causa. **Material y Métodos.** Mujer de 61 años sin antecedentes personales de interés, que acude al servicio de Urgencias por dolor en maléolo externo de tobillo derecho de dos días de evolución, sin traumatismo previo, siendo diagnosticada de tendinitis de tobillo. Dos semanas más tarde, acude nuevamente al servicio de Urgencias por persistencia de la sintomatología, siendo dada de alta con el mismo diagnóstico. La paciente refiere empeoramiento progresivo, por lo que es remitida a consultas externas de Traumatología donde se objetiva fracturas por estrés de tibia y peroné distales con desviación en valgo del tobillo. Es ingresada para tratamiento quirúrgico de la deformidad. Se realiza osteotomía tibial varizante de sustracción y osteosíntesis con placa en tibia y peroné. **Resultados.** Preciso de inmovilización con férula suropédica posterior y en descarga durante seis semanas. Posteriormente se autoriza movilización de tobillo en descarga durante dos semanas más, autorizando el apoyo a los dos meses. A los 7 meses la paciente está asintomática, deambula sin ayudas, presentando corrección del eje tibial, balance articular de tobillo completo y consolidación radiológica de las fracturas. **Conclusiones.** Las fracturas por estrés

no se reconocen fácilmente en las radiografías, su identificación puede precisar otras pruebas de imagen. La clínica es similar a otras condiciones inflamatorias más comunes pudiendo transcurrir varias semanas hasta el diagnóstico, lo cual aumenta la morbilidad. La mayoría responde al tratamiento conservador con reposo durante 4 a 8 semanas.

P-56 DEFORMIDAD DE CLAVO FEMORAL EN PSEUDOARTROSIS TRAS TRAUMATISMO. REPORTE DE UN CASO Y RESOLUCIÓN.

Ruiz Piñana, Enrique; Gómez González, Daniel A; Bailén García, Ana; Vera Giménez, Eva; Arlandis Villarroya, Santiago; Lozano Casarrubios, Adrian
Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción. La extracción de clavos intramedulares deformados o rotos en el contexto de nuevas lesiones periimplante es un problema común entre los cirujanos ortopédicos. Existen diferentes técnicas descritas para retirar el clavo roto pero la gran variabilidad de materiales que ofrece la industria y la configuración de la fractura provocan que esas técnicas no sean siempre reproducibles. Nosotros describimos una cirugía abierta usando material simple que puede ser utilizado cuando otros métodos de extracción han fallado. **Material y Métodos.** Se presenta el caso de un varón de 17 años que tras un primer accidente de motocicleta se produce una fractura abierta de fémur izquierdo tratada mediante clavo intramedular. Debido a la conflictividad del sujeto se pierde el seguimiento del paciente. A los 12 meses, tras un nuevo accidente de motocicleta es traído a Urgencias presentando una deformidad diafisaria femoral en flexión de 90° grados por deformación del implante sobre un foco de pseudoartrosis. **Resultados.** Dada la imposibilidad de enderezar con maniobras externas el miembro, se optó por cortar el clavo a cielo abierto a través del foco de pseudoartrosis, utilizando una broca de tungsteno, cuyo uso habitual es la extracción de vástagos la revisión de artroplastias de cadera. Se extrajo la mitad distal del clavo por el foco de pseudoartrosis y la mitad proximal de manera reglada por la zona de inserción trocantérea con el material habitual. Se trató la pseudoartrosis mediante fresado endóstico y otro clavo de fémur de mayor diámetro encerrojado distal estático. **Conclusiones.** La extracción de un clavo endomedular roto o deformado puede ser un desafío técnico por la gran variabilidad de material y la forma de presentación, en donde resolver el caso en un único acto quirúrgico es fundamental. El caso presentado puede ser de ayuda para tratar futuros desafíos similares.

P-57 PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA FEMORAL SUPERFICIAL TRAS ENCLAVADO CÉFALO-MEDULAR CON SISTEMA GAMMA3 EN UNA FRACTURA INTERTROCANTÉREA.

Pérez Ortiz, Sergio; Alastrué Giner, Blanca; Martínez Pérez, Carles, Gallego Cruz, Miguel.

Hospital Universitario Doctor Peset.

Introducción. Las lesiones vasculares iatrogénicas en la cirugía de las fracturas intertrocanterias son raras, pero pueden tener consecuencias catastróficas, por lo que es conveniente minimizar el riesgo. La adducción y rotación interna en la maniobra de reducción de estas fracturas aproxima la arteria femoral superficial al fémur, siendo susceptible de lesionarse durante el brocado o colocación del tornillo de bloqueo distal.

Material y Métodos. Presentamos el caso de una paciente con una fractura intertrocanterea de fémur derecho tipo 31A1.2 intervenida mediante reducción cerrada y fijación interna con clavo Gamma3® (Stryker®) con bloqueo distal. Tras la intervención, la paciente desarrolla un hematoma en cara lateral de vasto externo y una anemia progresiva que precisa la transfusión de 7 unidades de concentrados de hematíes (UCH) a lo largo de 12 días, sin conseguir un adecuado rendimiento postransfusional, por lo que se realiza una tomografía computarizada (TC) con contraste que objetiva un pseudoaneurisma contenido de la arteria femoral superficial derecha próximo al tornillo de bloqueo distal. **Resultados.** Se introdujo una endoprótesis cubierta Gore® Viabahn® de 6x50 mm con posterior remodelado con balón de angioplastia transluminal percutánea (ATP) de 7x40 mm para excluir el pseudoaneurisma. Tras ello, se reabsorbió el hematoma y se normalizaron las cifras de hemoglobina, precisando una única transfusión de 1 UCH posterior. **Conclusiones.** La colocación del miembro intervenido en posición neutra durante las maniobras de brocado y atornillado del tornillo de bloqueo distal en este tipo de intervenciones es fundamental para minimizar el riesgo de lesión de la arteria femoral superficial.

P-58 REPARACIÓN DE LAS TUBEROSIDADES EN FRACTURAS DE HÚMERO PROXIMAL TRATADAS CON ARTROPLASTIA TOTAL INVERSA.

Issam Menchi Elanzi, María Dolores Fernández Ruiz, Fernando López Prats.

Hospital General Universitario de Elche.

Introducción. La artroplastia total inversa es una nueva opción de tratamiento de las fracturas de húmero proximal desplazadas en las que no se puede conseguir una reducción y fijación estable. El objetivo de este estudio es analizar los resultados radiológicos y clínicos de una serie de pacientes tratados con prótesis inversa y reparación de las tuberosidades. **Material y Métodos.** Se realiza un estudio transversal en el que

se incluyen 25 pacientes con una edad media de 76 años que presentan una fractura de húmero proximal en 3 y 4 fragmentos. El seguimiento medio fue de 18 meses. Todos los pacientes fueron tratados con prótesis inversa y reparación de las tuberosidades. **Resultados.** En el 76,67% las tuberosidades cicatrizaron en posición anatómica. El resultado funcional especialmente en relación a la elevación y rotación externa fue mejor en aquellos pacientes en los que se evidenció una consolidación radiológica de la tuberosidad mayor con una puntuación media en la escala de Constant de 72,92 puntos. **Conclusiones.** La artroplastia total inversa es una buena opción de tratamiento en pacientes mayores con fractura de húmero proximal desplazada y factores de riesgo que pueden comprometer los resultados de la osteosíntesis o hemiarthroplastia. El resultado funcional es mejor cuando se consigue una cicatrización de las tuberosidades en posición anatómica.

P-59 TUBERCULOSIS PÉLVICA, UN GRAN IMITADOR.

Bonilla Enseñat, Fernando; Poveda Cerrillo, César; Jordà Gómez, Pablo; Pérez Vergara, Silvia; Rubio Belmar, Pedro; Morales Valencia, Jorge; Bas Hermida, José Luis; Bas Hermida, Paloma Bas Hermida, Teresa. *Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia.*

Introducción. Ante una lesión lítica ósea pélvica en el adulto debemos plantear un diagnóstico diferencial entre lesión tumoral o infecciosa. Las metástasis y mieloma deben ser las primeras patologías a sospechar. Las discitis, osteomielitis por bacterias típicas y la tuberculosis son otra posibilidad. La clínica y la ausencia alteraciones analíticas específica hace que sea habitual el retraso en el diagnóstico y en el tratamiento. La TC y la RM son útiles en el diagnóstico, pero suele ser necesaria una biopsia. **Material y Métodos.** Presentamos el caso de una mujer de 70 años sin antecedentes de interés, con clínica de dolor al ponerse de pie en zona retroglútea y en sacro sin irradiación de 6 meses de evolución. No hay signos clínicos de infección, pero sí pérdida de 5 Kg en los últimos meses. A la exploración destaca nódulo en mama derecha, masa de unos 3 cm en zona suprapúbica no dolorosa y adenopatías en ingle derecha. Tras ser expuesto el caso en un comité multidisciplinar, se decide realizar mamografía, TC toraco-abdomino-pélvico y RM pelvis. **Resultados.** Se detectó un nódulo pulmonar de 7 mm en el LSI y artritis séptica sacroilíaca derecha y en pubis, con colecciones yuxtaarticulares. Se realizó biopsia y drenaje de los abscesos y se inició antibioterapia empírica con Linezolid y Ceftazidima. El análisis de DNA mycobacterium detecta M. tuberculosis complex, Quantiferon positivo por lo que se cambió el tratamiento a rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol. La paciente evolucionó favorablemente. **Conclusiones.** La tuberculosis pélvica

es infrecuente en nuestro medio, pero se debe pensar en ella ante lesiones líticas a este nivel. La colaboración con equipos multidisciplinares ha permitido optimizar el diagnóstico y tratamiento de la paciente evitando abordajes más agresivos.

P-60 AMPUTACIÓN TRANSTIBIAL BILATERAL POR QUERATODERMIA PALMOPLANTAR MUTILANTE (ENFERMEDAD DE VOHWINKEL).

Aguilar Hernández, Angel; Blasco Molla, Maria del Carmen; Segura Llopis, Francisco; Silvestre Muñoz, Antonio.

Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Introducción. La Queratodermia Palmoplantar Mutilante (enfermedad de Vohwinkel) es una queratosis hereditaria que cursa con hiperqueratosis palmoplantar, bandas fibrosas digitales que pueden provocar autoamputaciones e hiperqueratosis en 'estrella de mar' en dorso de pies y manos. Presentamos el caso de un paciente con dicha enfermedad que presentó osteomielitis de ambos pies tras años de úlceras cutáneas de mala evolución, provocando destrucción ósea pese a tratamiento antibiótico y autoamputación de varios dedos de los pies. El paciente era incapaz de deambular por dolor y pérdida de estructura de ambos pies. Al plantear el tratamiento quirúrgico la afectación se extendía hasta la base los metatarsianos, por lo que se decidió amputación bilateral a nivel transtibial

Material y Métodos. En un primer tiempo se realizó la amputación del miembro inferior izquierdo (marzo 2016), al encontrarse en peor estado. En un segundo tiempo (noviembre 2017) tras adaptación a prótesis externa del miembro izquierdo y por empeoramiento del derecho, se realizó la segunda amputación. En ambas ocasiones se conservaron muñones de 15 centímetros. El paciente es seguido en consultas externas de COT, Dermatología y Rehabilitación según criterio clínico.

Resultados. Ambas piezas amputadas fueron enviadas a Anatomía Patológica para su análisis, resultando ambas afectas de Carcinoma Verrucoso Cutáneo, variante Cuniculatum. En los dos casos los márgenes de resección resultaron libres, así como también fueron negativos los estudios de extensión. Tras ambas amputaciones, el paciente realizó rehabilitación, consiguiendo un rango articular de rodillas completo y un balance motor 5/5 en todos los grupos musculares. Se realizó la adaptación a prótesis externas tras ambas cirugías, siendo capaz actualmente (5 meses tras segunda amputación) de deambular sin apoyos.

Conclusiones. La Queratodermia Palmoplantar Mutilante es una enfermedad que actúa de forma primaria sobre la piel, y cuyo tratamiento es médico inicialmente (retinoides orales). Sin embargo, como se puede apreciar en el caso presentado, también puede desarrollarse con complicaciones que afectan a nuestra

especialidad. El tratamiento quirúrgico, pese a no curar la enfermedad, puede mejorar la calidad de vida del paciente al volver a recuperar la funcionalidad y disminuir el dolor.

P-61 REPARACIÓN DE LA DEFORMIDAD DE LA UÑA EN GANCHO DE SEGUNDO DEDO TRAS AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE EXTREMO DISTAL.

Mas Martínez, Pablo; Lozano Casarrubios, Adrián; Sáez Avilés, Ignacio; Bailén García, Ana; Vera Giménez, Eva María; García López, Antonio.

Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción. La deformidad digital en forma de pico de loro o en forma de gancho corresponde a una secuela secundaria a la amputación traumática del pulpejo en sentido oblicuo palmar, con pérdida parcial de la falange distal. Ésta pérdida provoca que el lecho se haga insostenible, resultando en una curvatura de la lámina ungueal que lleva a su crecimiento anormal. Si no se produce pérdida ósea y solo se amputan tejidos blandos no se produciría esta deformidad, con lo que solo obtendríamos acortamiento o angostamiento de la uña sin una curvatura anómala. **Material y Métodos.**

Las técnicas descritas hasta el momento para la deformidad de la uña en gancho, no corrigen el defecto óseo, que puede ser la causa principal del problema. Se presenta el caso de una paciente de 15 años de edad con una deformidad en pico de loro consecuencia de una amputación oblicua traumática del 2º dedo, que se reparó mediante un colgajo de avance local tipo Atasoy. En este caso, se empleó una técnica quirúrgica basada en un colgajo de avance homodigital compuesto combinando hueso de la falange distal, pulpa de dedo y piel. **Resultados.** Se realizó una reparación del defecto mediante el restablecimiento del soporte óseo al lecho ungueal y reintroducción de tejido blando. Usando un colgajo de avance homodigital osteocutáneo compuesto con osteotomía de falange. Esta técnica se basa en una modificación del colgajo de Ventakaswami.

Conclusiones. La deformidad de la uña en gancho se observa en las amputaciones de la zona III en la clasificación de Allen. En la mayoría de los casos, hay suficiente falange para realizar una osteotomía y el avance del hueso tal y como se hizo en nuestro caso, siendo esta, una técnica delicada, que requiere un corte preciso de la falange distal.

**P-62 ESPONDILODISCITIS Y
OSTEOMIELITIS VERTEBRAL POR
CAPNOCYTOPHAGA SPUTIGENA, UN
GERMEN POCO USUAL.**

E. Tortosa Sipán, L. Vélez Toledano, D. Valverde Belda, A.m. Morales Codina, J.a. Martín Benlloch.

Hospital Universitario Doctor Peset.

Introducción. *Capnocytophaga sputigena* es un bacilo gramnegativo perteneciente a la familia Flavobacteriaceae. Comensal en bucofaringe humana y mucosa gingival o periodontal, presenta resistencia natural a los antibióticos polipeptídicos y a los aminoglucósidos. Patógeno oportunista, que afecta principalmente a personas inmunocomprometidas produciendo cuadros de bacteriemia, infecciones musculoesqueléticas, abscesos pulmonares, peritonitis, endocarditis o meningitis, siendo extremadamente infrecuente en inmunocompetentes. **Material y Métodos.** Se presenta el caso de una mujer de 68 años sin antecedentes patológicos de interés, que acude a urgencias por hipoestesia y pérdida progresiva en las últimas horas de fuerza en MMII, sin afectación esfinteriana. Afebril y normotensa. En la exploración se objetiva hipoestesia por debajo de las mamas y un balance muscular 1/5 en cuádriceps, psoas y extensor de hallux y 3/5 para flexión plantar, todo ello bilateral. ROT abolidos. Ante la clínica se solicita RMN y TC urgentes, donde se aprecia: masa que engloba a somas vertebrales T6 y T7 con ocupación de espacio prevertebral y espacio epidural, condicionando mielopatía severa desde T5 a T7. Destrucción ósea a nivel de T6 y T7, no pudiéndose descartar etiología neoplásica. En la analítica destaca una PCR de 273 y leve leucocitosis con desviación a la izquierda. **Resultados.** En función de la clínica, y analizadas las imágenes por equipo de cirugía de columna, se establece como más plausible la etiología infecciosa: espondilodiscitis con osteomielitis vertebral T6 y T7, indicándose la cirugía urgente descompresiva con estabilización posterior que se realiza el mismo día. Los cultivos dan positivo para *Capnocytophaga sputigena*, quedando descartada malignidad. La evolución en días posteriores con ATB iv y rehabilitación es satisfactoria, recuperando de forma progresiva potencia muscular y sensibilidad. Valores de PCR normalizados. **Conclusiones.** *Capnocytophaga sputigena* es un patógeno infrecuente en personas inmunocompetentes, pudiendo originar cuadros silentes de espondilodiscitis como el presentado. El tratamiento descompresivo y antibioterapia precoz evitaron un desenlace desafortunado.

P-63 MIOSITIS DE PERONEOS, UN CASO PARA NO DORMIR

Vélez Toledano, Laura; Tortosa Sipán, Esteban; Cerezueta Jordán, Cristina Isabel.

Hospital Universitario Doctor Peset.

Introducción. Hay diversos tipos de miositis: autoinmune, infecciosa, aguda benigna, inducida por fármacos. La cloroquina es un fármaco antipalúdico que produce desde un simple daño muscular, hasta una rabiomielosis y muerte. En muchas ocasiones su retirada es suficiente para la recuperación. **Material y Métodos.** Mujer de 33 años con antecedente de artritis reumatoide de reciente diagnóstico, en tratamiento con hidroxicloroquina. Acude a urgencias por inicio súbito de dolor en pierna derecha, sin antecedente traumático. Ecografía compatible con rotura fibrilar de peroneos. 72 horas después consulta por empeoramiento con intenso dolor y tumefacción indurada y picos febriles de 39°. En analítica elevación de RFA Y CPK Se procede a ingreso en medicina interna y se inicia antibioterapia amplio espectro previa toma de hemocultivos. Se retira antipalúdico En RMN se informa miositis aguda infecciosa en compartimento peroneo y fascitis necrotizante tibial anterior Se decide desbridamiento urgente y fasciotomía con toma de muestras microbiología y anatomía patológica. **Resultados.** Durante postoperatorio se mantiene apirética y se normalizan los marcadores de inflamación y daño muscular. hemocultivos negativos Se descarta influenza AB, VEB, CMV, gripe AB, VRS, S.Pyogenes grupo A?. Los resultados de AP sugirieron miositis inflamatoria autoinmune (polimiositis) y no descartan el origen farmacológico de la misma Tras dos meses de evolución la paciente está realizando rehabilitación por parálisis de CPE y precisa de heparina por trombosis de venas gemelares. **Conclusiones.** Pese al no aislamiento de un microorganismo causante del cuadro, la toma de decisiones ante una situación en la que coexisten varias etiologías, debe ser cautelosa y debe primar la vida del paciente, aunque ello conlleve la realización de tratamientos potencialmente lesivos. La realización de pruebas y un buen reconocimiento clínico es necesario. la decisión entre retirar un fármaco y esperar o realizar un desbridamiento quirúrgico urgente puede marcar una gran diferencia

P-65 RECONSTRUCCIÓN ACETABULAR CON INJERTO ÓSEO COMO OPCIÓN TERAPÉUTICA PARA LA ARTROPATÍA DE CADERA EN MUJER JOVEN GUIADO POR IMPRESIÓN 3D.

Ferràs Tarragó, Joan; Escrivá Urios, Ismael.

Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia.

Introducción. Presentamos a una mujer que tras precipitarse por un intento de autólisis presenta fractura pertrocanterea de cadera derecha. Se realiza

tratamiento mediante clavo proximal de fémur que se infecta. Como medida terapéutica se requiere la extracción del clavo corto, y como consecuencia se produce un defecto en la articulación de la cadera que produce luxación de cadera. Se plantea un reto terapéutico en una deformidad grave en mujer joven.

Material y Métodos. Se plantea una reconstrucción acetabular mediante injerto óseo para evitar la artroplastia de sustitución a una edad tan temprana. Para guiar la reconstrucción, se realiza un modelado 3D a partir de una imagen de TC que permite calcular el defecto y la forma del mismo para la preparación del injerto óseo. **Resultados.** Se consigue realizar una reconstrucción acetabular mediante injerto óseo que mantiene la articulación de la cadera de una forma funcionante, que evita la necesidad de implantar una artroplastia de sustitución en una mujer joven y ganar tiempo hasta la misma. **Conclusiones.** La artroplastia de reconstrucción es una opción terapéutica útil en el retraso de la artroplastia de sustitución en una mujer joven con artropatía de cadera. Para casos complejos, la impresión 3D permite obtener medidas y moldes que reducen el tiempo quirúrgico y mejora la técnica quirúrgica.

P-66 RECONSTRUCCIÓN DE ROTURA INVETERADA APARATO EXTENSOR CON ALOINJERTO ESTRUCTURADO.

Soler Peiro, Manuel; Fernández García, Ernesto.

Hospital de La Ribera, Alzira.

Introducción. Los problemas asociados al aparato extensor sobre una artroplastia total de rodilla constituyen el principal problema de revisión no infecciosa. Representan una complicación devastadora en la cirugía protésica de la rodilla que suele ser secundaria a un defecto en la técnica quirúrgica. Las complicaciones derivadas de la rótula alcanzan el 10%, y entre otras, se haya la rotura del tendón rotuliano.

Material y Métodos. Paciente de 59 años que es remitida a consultas externas de traumatología por gonartrosis rodilla izquierda, tras no ser efectivo el tratamiento conservador, se efectúa artroplastia total de rodilla, con buen resultado hasta que vuelve a los 6 años con un aflojamiento aséptico, se realiza recambio en un tiempo y en el post-operatorio inmediato se produce una rotura del aparato extensor a nivel del tendón rotuliano con arrancamiento del polo inferior de la rótula, que es reintervenido con realización de suturas transóseas. A las 8 semanas se observa de nuevo rotura del aparato extensor con fractura transversa desplazada de rótula. Se interviene mediante reconstrucción del tendón rotuliano con plastia en ?8? de isquiotibiales que de nuevo vuelve a fracasar. **Resultados.** Ante el fracaso de 2 cirugías de intento de reconstrucción del aparato extensor se plantea aloinjerto estructurado de aparato extensor consistente en fragmento de tuberosidad

tibial anterior + tendón rotuliano + rotula + tendón cuadriceps, la paciente acepta el tratamiento y es intervenida con éxito, alcanzando a los 6 meses tras la intervención un rango articular de -10° extensión y 100° flexión, sin dolor, una radiografía donde se aprecia osteointegración del injerto, y un KSS de 81.

Conclusiones. La reconstrucción con aloinjerto del aparato extensor es una técnica compleja, con una curva de aprendizaje larga, que permite restaurar la función del paciente con rotura del tendón rotuliano que desee recuperar la función perdida y con buena calidad de los tejidos.

P-67 CELULITIS EN MIEMBRO INFERIOR CAUSADA POR PHIALEMONIUM SPP. A PROPÓSITO DE UN CASO.

José García Moreno, Javier Hurtado Cerezo, Cristina Cerezuela Jordán, José Luis Rodrigo.

Hospital Universitario Doctor Peset.

Introducción. Las celulitis por hongos son entidades poco frecuentes. Presentamos un caso de una celulitis en miembro inferior, causada por *Phialemonium Spp*, un hongo dematiáceo, del que no existen muchos casos publicados. Esta especie tiene un nivel bajo de virulencia y su capacidad invasiva depende principalmente del estado inmunitario del huésped. Las infecciones causadas por estos hongos reciben el nombre de phaeohyphomycosis. Suelen causar infecciones localizadas en la piel y en los tejidos blandos tras inoculación traumática percutánea. En pacientes inmunocomprometidos, pueden causar infecciones diseminadas, llegando a comprometer la vida del paciente. **Material y Métodos.** Presentamos un caso de una celulitis causada por este patógeno afectando al pie y tobillo de una mujer inmunocompetente tras realizarse una infiltración articular. **Resultados.** Tras realizar un desbridamiento quirúrgico y tratamiento antifúngico específico (Voriconazol asociado a Linezolid y Meropenem, dada la sospecha de sobreinfección bacteriana) se consiguió la resolución del cuadro. Tras 10 días de ingreso la paciente fue remitida al servicio de Cirugía Plástica para realizar una cobertura cutánea del defecto. Al alta se mantuvo una pauta de antibioterapia oral durante 4 semanas con Itraconazol 200mg/12 horas, asociando la primera semana Cefuroxima 500 mg/8h. **Conclusiones.** La verdadera incidencia de estas infecciones y su manejo son poco conocidos debido a las dificultades en el cultivo y la identificación de estas especies. Es importante tener medios de detección en nuestros hospitales y aplicar el tratamiento adecuado.

P-68 LUXACIÓN VOLAR AISLADA DEL SEMILUNAR TRATADA MEDIANTE FIJACIÓN INTERNA Y RECONSTRUCCIÓN DEL LIGAMENTO EL DORSAL MEDIANTE AUTOINJERTO HUESO-RETINÁCULO-HUESO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

José García Moreno, Pablo Correa Bellido, Daniel Montaner Alonso, José Luis Rodrigo Pérez.

Hospital Universitario Doctor Peset.

Introducción. Las luxaciones y fracturas-luxaciones perilunares del carpo son lesiones graves que pueden alterar la biomecánica de la muñeca. Es importante hacer un diagnóstico temprano de estas lesiones para conseguir unos mejores resultados. Se presenta un caso de un paciente varón de 46 años diagnosticado de una luxación volar del semilunar a las 6 semanas de evolución tras un accidente laboral. Se le realizó una reducción abierta y fijación interna mediante agujas de Kirschner y una reconstrucción del ligamento EL dorsal mediante autoinjerto obtenido con retináculo del Tubérculo de Lister. **Material y Métodos.** Se realiza una reducción abierta y fijación interna mediante agujas de Kirschner (escafogrande y escafolunar) más reconstrucción del ligamento EL dorsal mediante autoinjerto obtenido del retináculo del Tubérculo de Lister (hueso-retináculo-hueso) mediante 2 anclajes roscados de 1,7 mm y 2 mm, y dos anclajes Microfix de refuerzo. **Resultados.** Tras 12 semanas de seguimiento, el paciente presenta una evolución favorable con un buen balance articular activo (Extensión 35°, Flexión 30°), ausencia de dolor y pérdida de fuerza del 40% respecto al lado contralateral. Actualmente, el paciente se encuentra satisfecho con el resultado. A la espera de inicio de su actividad laboral. **Conclusiones.** Las luxaciones de los huesos del carpo pueden pasar desapercibidas en el diagnóstico inicial en Urgencias. Es importante conocer bien la clínica y las características radiológicas para realizar un diagnóstico certero. La reconstrucción del ligamento EL dorsal mediante autoinjerto obtenido del retináculo del Tubérculo de Lister (hueso-retináculo-hueso), es una opción válida para el tratamiento de estas lesiones.

P-69 FENÓMENO DE CUT-OUT EN FRACTURAS EXTRACAPSULARES DE CADERA TRATADAS CON CLAVOS TROCANTÉRICOS.

Mas Martínez, Pablo; Lozano Casarrubios, Adrián; Arlandis Villarroya, Santiago; Bascañana Mas, Emilio; Ley Rojo, Alfonso.

Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción. Se define al Cut-out como “*la perforación anterosuperior de la cabeza o cuello femoral con rotación, desplazamiento en varo del fragmento cervicocefálico y migración del material de osteosíntesis en fracturas extracapsulares*

sinetizadas con un tornillo cefálico”. Esto ocurre generalmente en los primeros 3-6 meses tras la cirugía. Las tasas de fracaso del implante de los estudios clásicos oscilan entre el 5 y el 16% con los sistemas de tornillo deslizante. El fenómeno de cut-out es la complicación más frecuente (75-84%) dentro del total de los fallos mecánicos. Actualmente la incidencia está descendiendo (2-3%). El objetivo de este estudio es analizar los factores que influyen en la aparición del cut-out y cuáles de ellos son dependientes del traumatólogo y, por tanto, corregibles. **Material y Métodos.** Se revisaron un total de 674 fracturas de caderas extracapsulares intervenidas mediante clavos trocántéricos con tres tipos de implante entre los años 2015-2017 en nuestro centro. Se revisó la edad de los pacientes, sexo, tiempo en que se realizó la cirugía, existencia de complicaciones y tipo de implante. Radiológicamente se analizó la posición del implante en la cabeza femoral, la distancia punta vértice, la reducción anatómica de la fractura y los métodos de tratamiento de los 5 cut-out que aparecieron. **Resultados.** De las 674 fracturas se observaron 5 fenómenos de cut-out que no se relacionaron con el tipo de implante pero sí con la posición del tornillo cefálico y la reducción de la fractura. Nuestros resultados fueron comparados con la literatura existente. **Conclusiones.** La reducción de la fractura debe ser óptima, con un ángulo cervicodiafisario normal o con tendencia al valgo en la radiografía anteroposterior y menor de 20° en la radiografía lateral; que la posición del implante cefálico debe ser centro-centro o centro-inferior para evitar el cut-out; y que la distancia óptima de la punta vértice debe ser menor de 25 milímetros.

P-70 OSTEOMIELITIS DE PUBIS. ¿QUÉ SABEMOS?

Cuñat Aragón, Borja Rubén; Aguilar González, Juan; Copete González, Iván; López Ortiz-Tallo, Juan Carlos; Fuertes Lanzuela, Manuel; Baeza Oliete, José. *HUP La Fe*

Introducción. La patología infecciosa de pubis incluyendo la artritis séptica de sínfisis púbica y la osteomielitis es una entidad poco frecuente y de difícil diagnóstico que se produce por diseminación hematogena (<1%), inoculación directa o contigüidad. Como causas comunes encontramos traumatismos, complicaciones postquirúrgicas ginecológicas, urológicas o asociadas a patología herniaria. El *S. Aureus* es el principal organismo causante seguido de bacilos Gram negativos (BGN) e infecciones polimicrobianas. **Material y Métodos.** Revisión bibliográfica sobre patología infecciosa del pubis complementada con el reporte de dos casos tratados en nuestro hospital como consecuencia de patología prostática intervenida que presentaron cultivos positivos para *Citrobacter Koseri* y *Pseudomona Aeruginosa* respectivamente y que

precisaron antibioterapia y desbridamiento quirúrgico. **Resultados.** La patología infecciosa de pubis debe tener un tratamiento rápido basado en analgesia y control del dolor, terapia antimicrobiana y cirugía de desbridamiento. Tras esto, los pacientes tratados en nuestro centro han presentado una evolución satisfactoria a pesar de que uno de ellos presentó dolor en región sacroiliaca. **Conclusiones.** El retraso diagnóstico y la ausencia de tratamiento de la patología infecciosa del pubis conduce a una osteomielitis crónica que precisaría tratamientos más agresivos, por lo que esta patología debe entrar en el diagnóstico diferencial cuando nos enfrentamos ante una pubalgia en presencia de factores de riesgo tales como traumatismos del anillo pélvico, cirugía urológica, ginecológica o derivada de patología herniaria.

P-71 FRACTURA DE ESTRÉS SACRA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Sonia Escribano Zacarés, José David Segura Serralta, Marta Gracia Ochoa, Sònia Orenga Montoliu, Cristina Villanueva Dolcet, Benito Ramón Picazo Gabaldón.

Hospital Francesc de Borja. Gandía (Valencia).

Introducción. Las fracturas de estrés de sacro se encuentran infradiagnosticadas. Se localizan en las alas sacras y no requieren de un traumatismo violento para su producción. Pueden afectar a personas de características diferentes, desde ancianos o pacientes con tratamientos crónicos a jóvenes atletas. Su diagnóstico es complejo. Las radiografías suelen ser normales y se requieren de otros estudios, como el TAC o la RMN, para su confirmación. **Objetivo.** Presentar un caso clínico de fractura de estrés sacra por insuficiencia en paciente de 62 años, remitida desde Atención Primaria por lumbalgia persistente, para incluir esta entidad en el diagnóstico diferencial del dolor lumbar bajo. **Material y Métodos.** Presentamos un paciente de 62 años, remitido por dolor lumbar y glúteo izquierdo de inicio insidioso, sin traumatismo previo. El paciente presenta un empeoramiento progresivo con irradiación a cara posterior de miembros inferiores. Sin clínica de parestesias, ni pérdida de fuerza, sin manifestaciones sistémicas ni relajación de esfínteres. Las radiografías simples no mostraron la fractura y fue necesaria la realización de TAC y RMN para llegar al diagnóstico. **Resultados.** Se decidió tratar de forma conservadora, mediante reposo relativo, analgésicos y rehabilitación. La evolución fue buena consiguiéndose una recuperación satisfactoria. **Conclusiones.** Las fracturas de estrés se clasifican, según su patogenia, en fracturas por fatiga o por insuficiencia. Estas últimas se producen sobre un hueso debilitado y expuesto a un mayor riesgo de fractura, siendo la osteoporosis la causa más frecuente. Las fracturas de estrés sacras son una localización rara y su prevalencia es mayor en mujeres. Su clínica habitual se confunde con otras

patologías. Su diagnóstico requiere de técnicas de imagen como el TAC y la RMN ya que las radiografías simples suelen ser normales. Su diagnóstico temprano permite instaurar un tratamiento precoz, basado en el reposo, analgesia y rehabilitación, con el que se conseguirá una correcta recuperación funcional.

P-72 FRACTURA-AVULSIÓN PÉLVICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.

Sonia Escribano Zacarés, José David Segura Serralta, Marta Gracia Ochoa, Sònia Orenga Montoliu, Irina Capó Soliveres, Benito Ramón Picazo Gabaldón.

Hospital Francesc de Borja. Gandía (Valencia).

Introducción. Las fracturas-avulsiones pélvicas son lesiones con una una baja incidencia. Es durante la adolescencia cuando se producen un mayor número de casos, ya que coincide con el periodo de crecimiento en el que los núcleos de osificación se fusionan con la pelvis. El mecanismo de producción se da durante la realización de actividades deportivas de impacto.

Objetivo. Presentar la buena evolución tras tratamiento conservador, de dos pacientes diagnosticados de fractura-avulsión de espina iliaca anteroinferior derecha. **Material y Métodos.** Presentamos dos pacientes de 10 años, sin antecedentes de interés, que tras realizar una carrera forzada durante la práctica deportiva, presentaron dolor súbito en ingle con molestias a la deambulación y limitación a la flexión de la cadera D. En la exploración física destaca dolor a la palpación en EIAl, con limitación a la flexión activa de la cadera con la pierna extendida y ligero déficit de fuerza. En radiografías AP de pelvis y axial de cadera se constató la fractura-avulsión de la espina iliaca anteroinferior derecha. **Resultados.** Se decidió tratar de forma conservadora mediante reposo relativo, deambulación con ayuda de muletas y restricción de la flexión activa de cadera. Tras una nueva valoración a las tres semanas con radiografías de control, se observaron signos de consolidación. Ambos se encontraban asintomáticos y con movilidad de cadera completa y sin déficits de fuerza. **Conclusiones.** Entre las fracturas-avulsiones de pelvis, las más frecuentes son las localizadas en la EIAs seguidas de la EIAl, siendo más frecuentes en niños y adolescentes varones. El mecanismo de producción está relacionado con una contracción muscular brusca frente a la resistencia del cartílago apofisario en el que se inserta. Los deportes de impacto se asocian a un mayor riesgo y la aparición de un dolor súbito de cadera durante la práctica deportiva, que impide continuar la actividad, debe hacernos sospechar esta entidad. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y los estudios radiográficos. El tratamiento generalmente es conservador y su evolución suele ser satisfactoria.

P-73 FIJACIÓN DE FRACTURA PERIIMPLANTE SOBRE HUESO PATOLÓGICO EN HIDATIDOSIS ÓSEA.

Juan Catala De Las Marinas; Juan Carlos López Ortiz Tallo, Pablo Jordá Gómez, Joan Ferrás Tarrago, Juanmanuel Antequera Cano, Antonio Balfagón Ferrer. *Hospital Universitario La Fe de Valencia.*

Introducción. La hidatidosis es una zoonosis producida por la larva *Echinococcus granulosus*. La afectación ósea se produce entre un 0,5-4% de los casos en humanos. Tiene un curso insidioso con largo periodo de latencia y suele diagnosticarse en estadios avanzados, como fracturas patológicas, siendo de difícil manejo. Las fracturas periimplante distales a un clavo femoral anterógrado son poco comunes y no hay consenso respecto a la mejor forma de tratamiento.

Material y Métodos. Se presenta un caso clínico de un varón de 45 años con una fractura periimplante distal a un clavo anterógrado femoral, en el contexto de una infección hidatídica ósea diseminada. Se realiza EMO del clavo, y se coloca un clavo anterógrado, con 2 pernos proximales y 3 pernos distales. Como tratamiento coadyuvante médico se asoció albendazol, calcio, vitamina D y bifosfonatos. **Resultados.** La fractura en el fémur proximal consolidó a las 7 semanas. Se asoció tratamiento con Albendazol 400 mg tras la intervención. A las 16 semanas buena capacidad funcional, con deambulación conservada. Durante el seguimiento no presentó refracturas ni problemas de consolidación de la misma. Las complicaciones a nivel extraóseo del miembro inferior afecto fueron difíciles de controlar pese a la buena consolidación ósea. A los 7 años, regular control de la enfermedad con diseminación de los quistes en glúteos y muslo, incomodidad, dificultad para la deambulación, terminando en desarticulación de la extremidad. **Conclusiones.** El enclavado femoral anterógrado con 3 cerrojos distales puede ser un sistema de osteosíntesis adecuado para el tratamiento de la fractura periimplante femoral distal en hueso patológico. El tratamiento de la enfermedad sistémica es clave para una correcta consolidación de la fractura. Para realizar un tratamiento curativo es necesario eliminar el foco de enfermedad a nivel óseo.

P-74 ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL TORNILLO DESLIZANTE DE CADERA Y EL CLAVO ENDOMEDULAR CORTO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS PERTROCANTÉREAS ESTABLES DE CADERA.

Esteban Tudela, Clara; Olmedo García, Nuria; Mesado Vives, Adela; Martínez Vergara, José Luis. *Hospital General Universitario de Castellón.*

Introducción. Históricamente, el tratamiento en las fracturas pertrocantéreas estables de cadera ha sido el tornillo deslizante de cadera (DHS). El clavo endomedular corto ha ganado popularidad en los

últimos años, porque, al reducir la distancia entre la articulación y el implante, es biomecánicamente más estable, con una cirugía menos agresiva, pero de mayor coste económico. Hay pocos estudios que comparen el uso de ambos dispositivos en este tipo de fracturas. Por tanto, el objetivo de este estudio es comparar ambos tratamientos para las fracturas pertrocantéreas 31-A1 de AO. **Material y Métodos.** Se revisan retrospectivamente los pacientes intervenidos de fractura pertrocantérea de cadera en los años 2010 y 2015, dando un total de 213 fracturas. Tras clasificarlas, se estudian las estables (31-A1), siendo 93 (44 en 2010 y 45 en 2015). De estas, se analizan las fracturas tratadas con DHS en 2010 (44) y se comparan con los clavos cortos implantados en 2015 (25), excluyendo las demás. Se estudia: demora quirúrgica, estancia hospitalaria, edad, inicio de deambulación, pérdida de Hemoglobina con necesidad de transfusión, distancia Tip-Apex y buena reducción según Baumgaertner, además de complicaciones como infección, fractura periimplante, cut-out, back-out y acortamiento-colapso en varo. Para el análisis estadístico, se emplea el SPSS-Statistics-v.22. **Resultados.** La demora quirúrgica está significativamente aumentada en el tornillo deslizante ($p < 0,001$). Se inicia la deambulación más tardíamente en el DHS ($p = 0,049$). La distancia Tip-Apex está aumentada en el DHS ($p = 0,035$). En cambio, la duración de la intervención y la estancia hospitalaria no fueron significativamente diferentes ($p = 0,001$). El resto de parámetros no obtienen significación estadística. **Conclusiones.** La demora quirúrgica, el inicio de la deambulación y la distancia tip-apex estuvieron aumentadas en el grupo-DHS. Las complicaciones parecieron estar incrementadas en el grupo-DHS, pero con $p > 0,05$. Un estudio con menos limitaciones sería necesario para distinguir cuál es el mejor implante para las fracturas estables.

P-75 CADERA DE SUPERFICIE: POCAS INDICACIONES, POCOS CIRUJANOS Y POCOS IMPLANTES.

Sánchez Mateo, Jose Francisco; Pau Rey Vidal, Lina Marcela Pérez Estupiñan.

Hospital Lluís Alcanyis Xativa.

Introducción. El desafío de conservar stock óseo en pacientes jóvenes con indicación protésica representa un problema no resuelto. Los diferentes intentos desde los años '40 han sido desechados por problemas de fijación, desgaste y diversas complicaciones. Tras el entusiasmo de hace 15 años el empleo de la Prótesis de Superficie es residual, limitado a pocas indicaciones, pocos cirujanos y pocos diseños. Nuevos materiales como el par cerámico están en fase de desarrollo. **Material y Métodos.** Se revisa la experiencia en nuestro Servicio con la Prótesis de Superficie Conserve. Fueron intervenidos por un solo cirujano y por vía antero-lateral.

Se recogen 93 prótesis consecutivas, en 81 pacientes, 74 hombre y 7 mujeres. El seguimiento entre 6 y 11 años. **Resultados.** Se registraron 6 revisiones. No hubo fracturas de cuello. Hubo 2 revisiones en 2 tiempos por infección, 3 revisiones por aflojamiento femoral, uno de ellos a Prótesis de Doble Movilidad conservando la copa; 1 recambio por dolor y por reacción adversa observada en RM sin pseudotumor. Se realizó analítica de Cobalto y Cromo a los 3 meses, y posteriormente de forma anual a pacientes sintomáticos y cada 2-3 años a los asintomáticos. No se realizó ningún recambio por metalosis. Dos pacientes mujeres y un hombre presentan cambios en Resonancia Magnética por reacción adversa sin clínica ni aumento de metales. **Conclusiones.** Tras la alarma creada en los medios, los resultados de los Registros y Publicaciones y retirada de la mayoría de marcas, la Prótesis de Superficie ha caído en porcentaje del 9 al 1% en los últimos años. A pesar de ellos los resultados en un tipo particular de implante son muy favorables. Hoy solo empleamos el modelo BHR. Nuestra experiencia es alentadora. Unos pocos cirujanos continuamos pensando que en la adecuada indicación, con minuciosa técnica y el implante adecuado la Prótesis de Superficie todavía tiene futuro.

P-76 ROTURA EXTENSORES 2º Y 3º DEDO MANO IZQUIERDA TRAS OSTEOSÍNTESIS CON PLACA VOLAR POR FRACTURA DE RADIO DISTAL.

Capó Soliveres, Irina; Ribas García-Peñuela, Juan Salvador; Hurtado Oliver, Vicent; Gracia Ochoa, Marta; Escribano Zacarés, Sonia; Picazo Gabaldón, Benito Ramón.

Hospital Francesc de Borja, Gandía.

Introducción. La rotura de tendones extensores tras fractura de muñeca se relaciona habitualmente con el tratamiento conservador. Sin embargo está descrito también tras la osteosíntesis con placa volar, con una incidencia entre el 3% y 5%. El tendón más frecuentemente afectado es el Extensor Pollicis Longus (EPL) y menos frecuente el Extensor Digitorum Communis (EDC). Presentamos un caso de rotura de los extensores de 2º y 3er dedos tras osteosíntesis con placa volar. **Material y Métodos.** Mujer de 55 años intervenida por una fractura conminuta de radio y cúbito distal izquierdos mediante reducción abierta del radio y fijación con placa volar y fijación percutánea con AK del cúbito. Progresivamente la paciente inicia cuadro de impotencia para la extensión del 2º y 3er dedos. Se confirma ecográficamente la rotura con retracción de ambos tendones extensores en zona VIII. 9 meses tras la cirugía inicial se procede a la retirada del material de osteosíntesis y sutura del tendón extensor del 3er dedo al extensor común de los dedos mediante sutura terminolateral. Sutura terminolateral del tendón

extensor común del 2º dedo al extensor común de los dedos. Trasferencia del extensor propio del 5º dedo al extensor propio del índice mediante sutura tipo Pulvertaft. **Resultados.** A los 4 meses y medio tras la intervención la movilidad era completa. La extensión de todos los dedos era completa aunque presentaba una actitud en reposo de flexión de la MTC-F del 3º dedo. **Conclusiones.** En el seguimiento de las fracturas de muñeca se debe vigilar siempre la posibilidad de lesión tendinosa e iniciar un tratamiento adecuado lo más precoz posible para recuperar la máxima función del aparato extensor. Suele ser necesaria la reparación quirúrgica con trasferencias tendinosas, injertos o sutura directa cuando sea posible.