

Vol.11 (1) 2014

Revista de

Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia





Revista de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia

DIRECTOR

Joan Girós Torres

CAP DE REDACCIÓ

Ángeles Sanjuan Castillo

CONSELL DE REDACCIÓ

Ivan Clarés Moreno

Joan Girós Torres

Pere Mir Batlle

Frederic Portabella Blavia

Lluís Puig Verdie

Miquel Sales Pérez

Ángeles Sanjuan Castillo

Pere Torner Pifarré

SECRETÀRIA DE REDACCIÓ

Mercè Balcells

mercebalcells@academia.cat

EDITA

Societat Catalana de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia

Vol. (1) 2014

Reservats tots els drets. Cap part d'aquesta publicació pot ser reproduïda, emmagatzemada o transmesa en qualsevol forma ni per qualsevol procediment electrònic, mecànic, de fotocòpia de registre o d'altre tipus, sense el permís previ de la SCCOT.

D.L.: B-22.782-2010

Imprès a Mozart Art S.L.

Maquetat a Tractament i ajuda gràfica, S.L.

Continguts

1a. TAULA RODONA: MANEIG DEL PACIENT AMB ARTROPLÀSTIA DE GENOLL DOLOROSA

Possada al dia en l'algorritme diagnòstic de la PTG dolorosa. Què hem de fer davant d'una pròtesi que fa mal? <i>F. Maculé</i>	4
L'aflluixament asèptic. La inestabilitat protèsica com a causa de pròtesi dolorosa. Algorritme terapèutic <i>J.M. Hernández Hermoso</i>	6
L'aflluixament asèptic. La posició dels components com a causa de dolor a la PTG. L'articulació fèmoro-patelar. Algorritme terapèutic <i>P. Hinarejos</i>	9
Possada al dia en el diagnòstic de la PTG dolorosa amb sospita sèptica. Com ho hem de fer? <i>X. Flores</i>	12
La pròtesi de genoll dolorosa. Els pacients múltiples multioperats com a gran dilema terapèutic. <i>R. González</i>	16

2a. TAULA RODONA: ARTROPLÀSTIA DE MALUC INESTABLE

Introducció <i>Antonio Coscujuela</i>	19
Factors de risc <i>Xavier Gallart</i>	21
El primer episodi <i>José Luis Agulló</i>	24
Artroplàstia inestable: presa de decisions <i>Francesc Anglès</i>	26
Cúpula de doble mobilitat <i>Mario Jarma</i>	28
Còtila retentiva <i>Manel Fernández</i>	31
I si és luxe una hemiartroplàstia? <i>Lluís Carrera</i>	33
Luxacions tardanes <i>Alfredo Rodríguez</i>	36

COMUNICACIONS ORALS

MILLORS COMUNICACIONS ORALS

CARTELLS CIENTÍFICS

MILLORS CARTELLS CIENTÍFICS

CASOS CLÍNICS PER A RESIDENTS

NORMES EDITORIALS

1ª TAULA RODONA

Maneig del pacient amb artroplàstia de genoll dolorosa

POSADA AL DIA EN L'ALGORITME DIAGNÒSTIC DE LA PTG DOLOROSA. QUÈ HEM DE FER DAVANT D'UNA PRÒTESI QUE FA MAL?

Maculé, F.

Hospital Clínic. Barcelona

INTRODUCCIÓ

La pròtesi de genoll és un procediment segur i que proporciona una excel·lent qualitat de vida en el 90% dels procediments. Malgrat aquests alts percentatges d'èxit, hi ha entre un 15-30% de pacients insatisfets amb la seva artroplàstia de genoll i que busquen solució i que resulta un problema greu de segones consultes.

Les molèsties o dolor posterior a la implantació d'una pròtesi de genoll poden ser deguts a inestabilitat, rigidesa o inflamació, però de vegades, les manifestacions clíniques no es corresponen amb el dolor tan invalidant que té el pacient i per tant és un repte per al cirurgià fer un diagnòstic precís que permeti posar en pràctica les solucions.

La revisió precoç de l'implant, no és la solució si no tenim una causa concreta de certesa que provoqui el dolor i així, podem dir que els processos dolorosos que se solen presentar abans dels dos anys de la implantació, són la infecció, la inestabilitat i la malposició dels components. En canvi, les principals causes de revisió tardanes són el desgast del polietilè, l'afluixament dels components i la inestabilitat progressiva.

Una correcta història clínica, exploració física i els exàmens complementaris permetran descartar uns processos i orientar cap al diagnòstic correcte.

DIAGNÒSTIC

Les causes que podem assenyalar com a responsables d'aquestes pròtesis doloroses són múltiples i referides a diferents factors.

Des d'un punt de vista acadèmic les podem dividir en:

1. Causes atribuïbles al pacient

Obesitat, queloides, desaxacions, **deformitats**, manca de

col·laboració, poca tolerància al dolor, problemes psicològics, abús de fàrmacs, conflicte laboral etc ...

2. Errors tècnics i complicacions

A. Abans de l'implant:

- Manca d'alliberament de la càpsula posterior
- Permanència osteòfits posteriors
- Mal equilibrat dels espais en flexió / extensió (patela baixa)

B. En l'implant

- Anteriorització component femoral
- Mala rotació dels components femoral o tibial
- Sobredimensionament del component femoral
- Component tibial massa alt
- Pendent anterior tibial

3. Algorisme:

- A. Estudi Clínic
- B. Estudi radiològic
- C. Estudi isotòpic
- D. Estudi líquid articular

DISCUSIÓ

Existeixen nombroses causes de dolor que podem dividir en primàries, les que afecten l'articulació i secundàries, les que són alienes a la pròtesi entre les quals hem d'incloure la patologia de maluc, columna, del turmell i peu, de la marxa, Síndrome del dolor regional complex (SDRC), malalties degeneratives, vasculars, inflamatories, bursitis i tendinitis etc ...

Entre les causes primàries, estarien la infecció, l'afluixament asèptic i la inestabilitat. Qualsevol d'aquests procediments pot iniciar un procés de rigidesa articular o artrofibrosi, una de les causes de dolor posterior a la PTR.

La rigidesa de genoll és un procés no del tot aclarit i que no representa el mateix per diferents autors, així per a alguns, només la falta d'extensió seria una rigidesa establerta, mentre que per a altres és la pèrdua d'una gran part de l'arc de flexió.

Cal tenir en compte i estic completament d'acord amb Cuckler en què la majoria de pròtesis amb algun grau de rigidesa i per tant dolor, es produeixen per errors durant la cirurgia.

Els errors més freqüents solen estar potenciats per deformitats amb retraccions importants i falta d'alliberament de parts toves, majoritàriament de la càpsula posterior (Figura 1)



Fig. 1. Severa retracció de càpsula posterior

Entre altres causes hi ha la permanència de osteòfits posterior i un mal equilibrat de parts toves.

Pel que fa al moment de la implantació dels components, podem cometre errors de malposicionament, tant en el pla anteroposterior, mediolateral i rotacional amb la consegüent afectació de l'aparell extensor i tota l'alteració del component rotular.

Una mala mesura de talles, ens portaria a implantar pròtesis massa grans o petites i/o alterar els talls ossis. (Figura 2)



Fig. 2. Component femoral massa gran

L'Algorisme diagnòstic hauria de passar per ESTUDI CLÍNIC de les extremitats on tindriem informació dels signes flogòtics sempre comparats amb l'extremitat contralateral, podríem comprovar l'estabilitat mediolateral i anteroposterior i valorariem la possible distròfia dels teixits que envolten la pròtesi.

També és indispensable un ESTUDI RADIOLÒGIC, per veure la mida dels components, alineació global de l'extremitat, línies de radiolucència i possibles alteracions del nivell de la línia articular.

Necessitem un estudi isotòpic per descartar processos inflamatoris, infeccions de baix grau que han passat desapercebudes i les diferents presentacions de la Síndrome del Dolor Regional Complex.

Finalment, un ESTUDI BIOLÒGIC, que inclogui la Proteïna C reactiva, la velocitat de sementació, cèl·lules i cultiu del líquid articular.

BIBLIOGRAFIA

1. Aglietti P, Windsor RE, Buzzi R, et al. Arthroplasty for the stiff or ankylosed knee. *J Arthroplasty* 1989;4:1.
2. Christensen CP, Crawford JJ, Olin MD, Vail TP. Revision of stiff total knee arthroplasty. *J Arthroplasty* 2002;17:409-15.
3. Nicholls DW, Dorr LD. Revision surgery for stiff total knee arthroplasty. *J Arthroplasty* 1990;5(Suppl):73-7.
4. Scuderi GR. The Stiff Total Knee Arthroplasty. *J. Arthroplasty* 2005;20: 23-26.
5. Harden RN, Bruehl S, Stanos S, et al. Prospective examination of pain-related and psychological predictors of CRPS-like phenomena following total knee arthroplasty: a preliminary study. *Pain* 2003;106:393-400.
6. Fox JL, Poss R. The role of manipulation following total knee replacement. *J Bone Joint Surg [Am]* 1981;63-A:357-62.
7. Markel DC, Luessenhop CP, Windsor RE, Sculco TA. Arthroscopic treatment of peripatella fibrosis after total knee arthroplasty. *J Arthroplasty* 1996;11:293-7.
8. Laubenthal KN, Smidt GL, Kettlekamp DB. A quantitative analysis of knee motion during activities of daily living. *Phys Ther* 1972;52: 34-43.
9. Cuckler JM. The Stiff Knee: Evaluation and management. *Orthopedics* 2002; 25: 969.
10. Williams RJ III, Westrich GH, Siegel J, Windsor RE. Arthroscopic release of posterior cruciate ligament for stiff total knee arthroplasty. *Clin Orthop* 1996;331: 185-191.
11. Diduch DR, Scuderi GR, Scott WN, Insall JN, Kelly MA. The efficacy of arthroscopy following total knee replacement. *Arthroscopy* 1997;13: 166-171.
12. Hendrix RW, Anderson TM. Arthrographic and radiologic evaluation of prosthetic joints. *Radiol Clin North Am*;19 (1981);349-364.
13. Scuderi GR, Komistek RD, Dennis DA, Insall JN. The impact of femoral component rotational alignment on condylar lift-off. *Clin Orthop* 2003;410:148-154.

INESTABILITAT EN PRÒTESI TOTAL DE GENOLL

Hernández Hermoso, J.A.

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona

INTRODUCCIÓ

La incidència de laxitud femoro tibial després de la col·locació d'una pròtesi total de genoll (PTG) és relativament alta, però només en un 1-2 % dels casos serà realment simptomàtica i provocarà inestabilitat. Fins a un 26% dels recanvis per fracàs de la pròtesi primària de genoll pot ser degut a inestabilitat, sent la segona causa de fracàs darrere de la infecció, seguida de l'artrofibrosis.

La inestabilitat és un símptoma que refereix el pacient portador de PTG que manifesta la sensació d'un moviment anòmal dels elements articulars de la pròtesi, que pot anar acompanyada o no d'altres símptomes. Laxitud és l'objectivació d'un desplaçament anòmal en el pla frontal o sagital de la PTG. No obstant això, s'ha utilitzat inestabilitat de forma indistinta per a designar tant al símptoma com a signe. La inestabilitat es pot presentar de forma aguda o tardana. La laxitud pot donar-se en extensió, en flexió o de forma global i pot ser deguda a diferents causes que van des de fallades en l'equilibrat lligamentós dels espais en extensió i flexió, reseccions òssies inadequades, posició inadequada dels components, elecció inadequada del grau de constricció de la pròtesi, insuficiència aïllada d'un lligament, insuficiència del mecanisme extensor, afluixament dels components, desgast del polietilè o combinació de les anteriors. El diagnòstic no sempre és fàcil i la radiologia forçant el var o valg pot ser útil.

Les deformitats de genoll greus que requereixen alliberaments extenses poden ser un factor predisposant, així com les alteracions del control neuromuscular locals o generals, les alteracions del maluc o el peu, l'artritis reumatoide, les cirurgies prèvies tipus patel·lectomia u osteotomia tibial o l'artrosi posttraumàtica. Quan es preveu la possibilitat d'inestabilitat aquesta pot ser evitada mitjançant una tècnica quirúrgica acurada i l'elecció de l'implant protètic amb el grau de constricció adequat.

La inestabilitat després d'una pròtesi primària de genoll normalment requereix cirurgia de revisió que ha de solucionar la causa de la mateixa per tenir èxit.

TIPUS D'INESTABILITAT I CAUSES

La inestabilitat la podem classificar en precoç o tardana, segons el moment temporal en què es manifesten els símptomes en relació a la col·locació de la pròtesi. I també en inestabilitat en extensió, flexió o global, segons el pla en què s'objectiva el desplaçament anòmal dels implants o laxitud.

La inestabilitat precoç és la que es presenta relativament aviat després de la cirurgia, setmanes o mesos després. Típicament aquest tipus d'inestabilitat es deu a una resecció òssia inadequada, a una alineació incorrecta dels components, a un inadequat equilibrat dels lligaments en extensió i / o flexió o a trencament del lligament creuat posterior, del lligament col·lateral medial, del tendó rotular o fractura de la ròtula.

La inestabilitat tardana és la que es presenta diversos anys després de la cirurgia i sol ser deguda a desgast del polietilè amb o sense afluixament de l'implant. El desgast del polietilè sol ser degut a una alineació anòmala de l'implant, per que no és estrany trobar un desgast asimètric de la porció medial de l'implant.

La inestabilitat en extensió pot ser simètrica o asimètrica. La simètrica presenta un desplaçament anòmal en var i valg, sol ser degut a una resecció inadequada del fèmur. Si al costat de la inestabilitat en extensió també s'aprecia en flexió, llavors pot ser degut a una resecció excessiva de la tibia.

La inestabilitat en extensió asimètrica és més comú. Presenta un desplaçament anòmal sol en var o en valg. Es relaciona amb deformitats angulars greus i pot ser degut al mal equilibrat lligamentós previ o iatrogènic. També es pot relacionar amb mala alineació dels implants i un desgast del polietilè asimètric o un afluixament de l'implant amb enfonsament del mateix en var o valg.

La inestabilitat en flexió presenta un desplaçament augmentat en var o valg i/o antero posterior en flexió. Es deu a un espai en flexió que és més gran que el d'extensió. En dissenys protètics amb retenció del lligament encreuat posterior (LCP) la lesió del mateix durant la cirurgia o més tardana, pot ocasionar aquest problema. La inestabilitat en mitja flexió pot ser difícil de diagnosticar durant la cirurgia ja que la resta de les estructures capsulo lligamentoses poden em-

mascarar inicialment el problema. Altres causes d'augment de l'espai en flexió són el propi sacrifici del LCP, un pendent tibial excessiva o una mala alineació en rotació del component femoral.

La inestabilitat global presenta un desplaçament augmentat en extensió i flexió, en totes les direccions. Pot ser deguda a un tall tibial excessiu no compensat pel inserit tibial, a un desgast del polietilè, a l'enfonsament global de l'implant per aflluixament o disfunció de l'aparell extensor.

FACTORS DE RISC

Alguns factors estan relacionats amb una més alta incidència d'inestabilitat després d'implantar una PTG. Les deformitats angulars greus, especialment les associades amb deformitat extraarticular, que requereixen alliberaments lligamentoses àmplies per compensar l'espai en flexió i extensió i en què aconseguir un correcte equilibrat és difícil.

Alteracions del control neuromuscular del genoll per debilitat del quàdriceps o per debilitat dels abductors del maluc, afavoreix adducció i valg del genoll. El peu pla per insuficiència del tibial posterior, també afavoreix el valg del genoll. L'obesitat també és un factor de risc, ja que dificulta l'exposició amb una major incidència de lesions del lligament col·lateral medial i de mal posició dels components.

L'existència de cirurgia prèvia com la patel·lectomia o la osteotomia tibial alta afavoreixen la insuficiència del LCP i dificulten l'exposició quirúrgica i l'equilibrat dels espais en extensió i flexió.

CLÍNICA

Els símptomes que presenta el pacient amb laxitud d'una PTG varien enormement i poden anar des de la vaga sensació d'inestabilitat, sense caigudes, en caminar o pujar o baixar escales a una franca luxació de l'implant.

La inestabilitat en flexió pot ocasionar sinovitis i vessament articular permanent o recurrent, hemartrosi i dolor anterior de genoll en aixecar una cadira o en baixar escales. Moltes vegades els símptomes d'una insuficiència del LCP es presenten passats uns mesos de la cirurgia, ja que inicialment la càpsula articular i els lligaments col·laterals proporcionen suficient estabilitat.

A l'examen físic és important observar l'alineació de l'extremitat i la marxa del pacient. Poden existir alteracions de l'alineació en el pla frontal, sagital i rotacional. Aquestes últimes es posen de manifest per rotació externa o interna del peu en bipedestació o assegut. Es poden trobar múltiples àrees de dolor a la pressió peri patel·lar, de la pota d'ànec i dels isqui tibiais. L'existència d'un badall articular en var o valg, en extensió o en flexió, posa de manifest inestabilitats simètriques o asimètriques. El calaix anterior o posterior augmentat a 90 graus permet avaluar inestabilitats en flexió.

No es coneix el grau d'alteració en l'alineació, ni el grau de laxitud que és tolerable o no, de manera que sempre aquests signes clínics han de correlacionar-se amb els símptomes que refereix el pacient.

DIAGNÒSTIC

La telemetria i la radiografia simple en projecció antero posterior i lateral, pot ser útil per a valorar defectes tècnics de col·locació de l'implant, com alteracions de l'alineació frontal o sagital, elevació de la interlínia articular que pot afavorir una inestabilitat en extensió o una resecció excessiva dels còndils femorals posteriors que pot ser causa d'inestabilitat en flexió. Permetrà avaluar l'existència d'aflluixament dels implants amb enfonsament o no dels mateixos. El desgast de polietilè es podrà avaluar millor en una radiografia en càrrega. (Figures 1a i 1b)

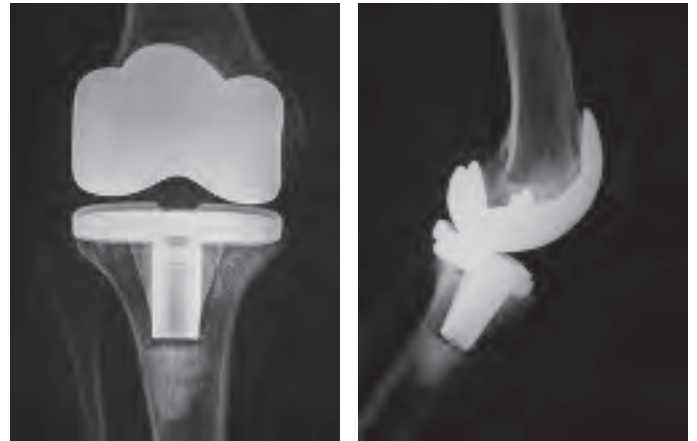


Fig. 1a i 1b: Radiografia postero anterior i lateral de pròtesi de genoll. Component femoral gran i aflluixament tibial.

La radiografia forçada en var valg en extensió o en flexió amb dispositius especials que permeten bloquejar el maluc i la cuixa i buscar el millor angle de flexió que permet que el raig sigui paral·lel a la superfície articular de la tibia. (Figures 2a i 2b).

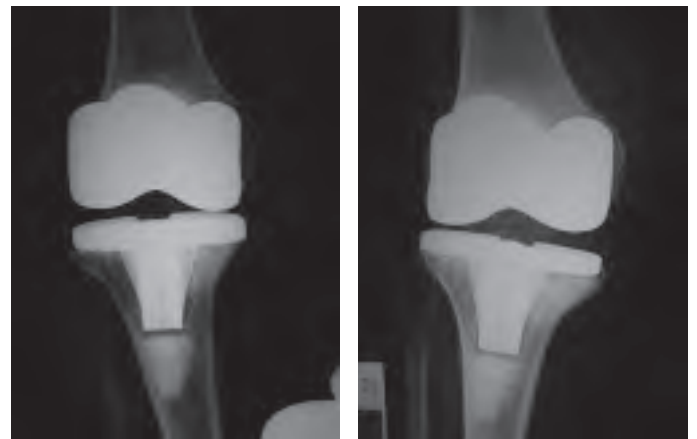


Fig. 2a i 2b: Radiografia forçada en var i valg en extensió, amb badall articular medial i lateral.

La tomografia axial computada (TAC) és útil per objectivar alteracions rotacionals de col·locació de l'implant del fèmur i la tibia, que poden causar inestabilitat en flexió. També, augmenta la precisió en mesuraments d'alineació en el pla frontal i sagital.

TRACTAMENT

La prevenció és el millor tractament de la inestabilitat. L'examen físic preoperatori ajuda a valorar el grau de deformitat, la situació neuromuscular i l'estat dels lligaments. Una bona planificació quirúrgica i l'elecció de l'implant amb el grau de constricció adequats ajuda a evitar aquest problema. S'ha de fer un alliberament seqüencial dels lligaments fins a aconseguir un correcte equilibrat i cal conèixer les diferents situacions de desequilibri dels espais de flexió i extensió que es poden presentar durant la cirurgia i com solucionar-les.

S'ha d'utilitzar un implant més constret, tipus PS, en aquells casos en què es preveu insuficiència del LCP per deformitat prèvia greu, especialment quan té un component extraarticular, o per osteotomia o patellectomia, prèvia. En les situacions en què es requereix estabilitat en var-valg és necessari un dispositiu de genoll de constrenyiment condilar (CCK), la limitació de la rotació i el var-valg augmenta la transmissió de forces a la interfície entre la pròtesi i l'os. Aquests dispositius no controlen la inestabilitat en flexió greu, en aquest cas es requereix una frontissa rotatòria.

El tractament conservador està indicat en els casos de luxació aguda traumàtica, mitjançant reducció i immobilització en una ortesi durant 6 a 8 setmanes. En els casos amb inestabilitat lleu es pot intentar l'enfortiment del quàdriceps i els isqui tibials que ajuda a millorar l'estabilitat dinàmica del genoll o millorar l'estabilitat estàtica mitjançant una ortesi articulada. Aquestes ortesis són mal tolerades per empitjorar el drenatge venós de l'extremitat, precisant en la majoria dels casos tractament quirúrgic.

El diagnòstic etiològic és fonamental per obtenir un bon resultat. Una bona planificació preoperatoria del tipus d'implant i del grau de constricció necessari és fonamental per assegurar l'èxit de la cirurgia. S'ha d'intentar estabilitzar el genoll amb el mínim grau de constricció possible. Si no es corregeix la causa i no s'aconsegueix una correcta alineació i equilibrat dels espais, encara que s'utilitzi un dispositiu molt constret pot trencar-se o afluir-se.

En el cas d'inestabilitat simètrica en extensió per resecció excessiva del fèmur, s'han d'utilitzar augments distals femorals per compensar l'espai en extensió. Si la inestabilitat és simètrica en flexió i extensió, en aquest cas pot ser deguda a una resecció excessiva de la tibia i requerir un polietilè més gruixut. Els implants tipus CR requereixen la indemnitat del LCP, en els casos de revisió és estrany que el LCP estigui íntegre, pel que el mínim grau de constricció recomanat és un insert PS.

La inestabilitat asimètrica pot ser deguda a una incorrecta alineació dels implants primària o secundària a afluirament, que requerirà el recanvi dels mateixos. Si hi ha un desgast asimètric del polietilè requerirà recanvi del polietilè i correcte equilibrat dels espais en flexió i extensió o correcta alineació de l'implant. Els casos d'inestabilitat asimètrica per persistència de la inestabilitat prèvia requereixen un re-equilibrat correcte mitjançant alliberaments adequades o revisió de l'implant. Si la inestabilitat asimètrica es deu a una lesió aguda, iatrogènica o no, o crònica d'un lligament, prèvia o no a la cirurgia, pot ser necessària la realització d'una plàstia extraarticular o augmentar el grau de constricció de l'implant a un tipus CCK o de frontissa rotatòria.

La inestabilitat en flexió es deu a un espai en flexió més gran que el d'extensió, Si aquesta situació es dona durant la cirurgia requerirà augmentar la mida del component femoral i augmentar el grau de constricció de l'implant de CR a PS. En casos d'implants CR en què es produeix una lesió del LCP tardana, pot ser necessari el recanvi a un implant més constret. Si la inestabilitat en flexió es deu a una mala rotació del component femoral cal la revisió del component per corregir la mal rotació i col·locar un implant més constret.

La inestabilitat global pot ser deguda a un desgast del polietilè o enfonsament dels components per afluirament i requerir la revisió dels components. L'alteració motora o de l'aparell extensor també pot ocasionar una inestabilitat global que requereix reconstrucció de l'aparell extensor o potenciació d'aquest.

BIBLIOGRAFIA

- Rodríguez- Merchan, EC. Instability following total knee arthroplasty. *HSSJ* ; 2011 ; 7: 272-278
- Stähelin T, Kessler O, Pfirrmann Ch, Jacob HAC, Romero J. Fluoroscopically assisted estrès radiography for varus - valgus stability assesment in flexió after total knee arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty* 2003; 18 : 513-5
- Schwab JH, Haidukewych GJ, Hanssen AD, Jacofsky DJ, Pagnano MW. Flexion instability without dislocation after posterior stabilized total knees. *Clin Orthop Relat Res* 2005; 440: 96-100
- Song SJ, Detch RC, Maloney WJ, Goodman SB, Huddleston JL. Causes of instability after total knee arthroplasty. *J Arthroplasty* 2014; 29 (2): 360-4
- Le DH, Goodman SB, Maloney WJ, Huddleston JL. Current modes of failure in TKA: Infection, Instability and Stiffnes predominate. *Clin Orthop Relat Res* 2014; 11: Epub ahead of print

L'AFUIXAMENT ASÈPTIC. LA POSICIÓ DELS COMPONENTS COM A CAUSA DE DOLOR A LA PTG. COMPLICACIONS DE L'ARTICULACIÓ FEMORO-PATEL·LAR

*Hinarejos, P., Leal, J., Pelfort, X., Torres, R., Monllau, J.C.
Parc de Salut Mar. Barcelona*

1. L'AFUIXAMENT ASÈPTIC. LA POSICIÓ DELS COMPONENTS COM A CAUSA DE DOLOR

Diversos errors tècnics en relació a la posició dels components han estat descrits com a causes de dolor, baixa funcionalitat i afuixament dels implants després de pròtesis total de genoll (PTG). En aquest article s'exposaran els errors més freqüents d'alineació dels components protètics, per tal de simplificar classificarem aquests errors en els 3 plans de l'espai, encara que com és lògic es poden combinar errors en més d'un pla

1.1. POSICIÓ DEFECTUOSA DELS COMPONENTS AL PLA CORONAL

Encara que als últims anys s'ha posat en qüestió,(1-3) el concepte més àmpliament acceptat és que l'alineació que hem de buscar al pla frontal amb els components protètics és implantar-los perpendiculars a l'eix mecànic tibial i femoral, per tal d'obtenir un eix mecànic femoro-tibial de 180° (amb errors no més grans de 3°-5°). Estudis a llarg termini han demostrat una major supervivència dels implants amb una alineació neutra al pla frontal respecte a les pròtesis alineades en var o valg(4-5). La implantació en aquesta posició ens asseguraria una interlínia paral·lela a terra i una distribució de càrregues més uniforme, que evitaria el desgast accelerat del polietilè. No obstant, no hauríem d'intentar compensar una mala alineació en var del component tibial amb un excés de valgus del component femoral, doncs això comportaria una interlínia obliqua, i s'ha associat a una pitjor supervivència de l'implant.(5)

Els defectes d'alineació en var s'han correlacionat amb un augment de la incidència d'afuixament per col·lapse de la part medial del component tibial(4) i augment del desgast del polietilè i osteòlisi,(6) mentre que els defectes d'alineació en valg s'han correlacionat amb un augment de la incidència de revisió protètica per inestabilitat lligamentosa(4).

La utilització de la navegació quirúrgica ha demostrat a la última dècada aconseguir una millor alineació dels components i de l'extremitat al pla coronal a múltiples assajos clínics i diversos metanàlisis,(7-8) encara que la seva eficàcia en millorar els resultats funcionals o la supervivència dels

implants no ha estat absolutament provada.

Per contra, la utilització de plantilles de tall específiques, encara que amb variabilitat important depenent del sistema, no ha mostrat una millor precisió que la instrumentació convencional a la implantació dels components protètics(9).

1.2. POSICIÓ DEFECTUOSA AL PLA SAGITAL

Al pla sagital encara hi ha menys consens sobre la posició òptima dels components protètics. Donat que aquest és el pla principal de moviment del genoll (flexió-extensió) sembla que petits errors a la posició dels implants a aquest pla puguin ser millor tolerats que als altres plans.

Quan fem servir instrumentació convencional, pel component femoral acostumem a prendre l'eix intramedul·lar com a referència per l'alineació, que és molt més reproducible que les guies extramedul·lars(10). Com que al pla sagital la corba del fèmur es bastant variable, això ens pot conduir a alinear el component femoral en una flexió excessiva als fèmurs anatòmicament més corbats quan fem servir una instrumentació convencional. Si fem servir un navegador i busquem una flexió de 0° pel component femoral ens pot causar una invasió de la cortical anterior. Per aquests motius, un dels elements de referència per alinear el fèmur al pla sagital hauria de ser la cortical femoral anterior.

Al component tibial hauríem de evitar alterar massa la pendent posterior fisiològica de la tibia. Una inversió de la pendent tibial pot provocar restriccions del moviment del genoll i una pendent excessiva seria causa de sobrecàrrega del polietilè a la part posterior de la pròtesis. En un treball recent Kim et al. varen demostrar un risc incrementat d'afuixament protètic tibial si el component tibial té una pendent invertida o una pendent superior a 7°; per tant, l'objectiu durant la implantació de la pròtesi hauria de ser obtenir una pendent posterior entre 0° i 7°(11).

També al pla sagital la utilització de la navegació quirúrgica ha demostrat una millor alineació dels components i de l'extremitat al pla coronal a diversos metanàlisis(7-8).

1. L'AFLUIXAMENT ASÈPTIC. LA POSICIÓ DELS COMPONENTS COM A CAUSA DE DOLOR

Diversos errors tècnics en relació a la posició dels components han estat descrits com a causes de dolor, baixa funcionalitat i aflluixament dels implants després de pròtesis total de genoll (PTG). En aquest article s'exposaran els errors més freqüents d'alineació dels components protètics, per tal de simplificar classificarem aquests errors en els 3 plans de l'espai, encara que com és lògic es poden combinar errors en més d'un pla

1.1. POSICIÓ DEFECTUOSA DELS COMPONENTS AL PLA CORONAL

Encara que als últims anys s'ha posat en qüestió,(1-3) el concepte més àmpliament acceptat és que l'alineació que hem de buscar al pla frontal amb els components protètics és implantar-los perpendiculars a l'eix mecànic tibial i femoral, per tal d'obtenir un eix mecànic femoro-tibial de 180° (amb errors no més grans de 3°-5°). Estudis a llarg termini han demostrat una major supervivència dels implants amb una alineació neutra al pla frontal respecte a les pròtesis alineades en var o valg(4-5). La implantació en aquesta posició ens asseguraria una interlínia paral·lela a terra i una distribució de càrregues més uniforme, que evitaria el desgast accelerat del polietilè. No obstant, no hauríem d'intentar compensar una mala alineació en var del component tibial amb un excés de valgus del component femoral, doncs això comportaria una interlínia obliqua, i s'ha associat a una pitjor supervivència de l'implant.(5)

Els defectes d'alineació en var s'han correlacionat amb un augment de la incidència d'aflluixament per col·lapse de la part medial del component tibial(4) i augment del desgast del polietilè i osteòlisi,(6) mentre que els defectes d'alineació en valg s'han correlacionat amb un augment de la incidència de revisió protètica per inestabilitat lligamentosa(4).

La utilització de la navegació quirúrgica ha demostrat a la última dècada aconseguir una millor alineació dels components i de l'extremitat al pla coronal a múltiples assajos clínics i diversos metanàlisis,(7-8) encara que la seva eficàcia en millorar els resultats funcionals o la supervivència dels implants no ha estat absolutament provada.

Per contra, la utilització de plantilles de tall específiques, encara que amb variabilitat important depenent del sistema, no ha mostrat una millor precisió que la instrumentació convencional a la implantació dels components protètics(9).

1.2. POSICIÓ DEFECTUOSA AL PLA SAGITAL

Al pla sagital encara hi ha menys consens sobre la posició òptima dels components protètics. Donat que aquest és el pla principal de moviment del genoll (flexió-extensió) sembla que petits errors a la posició dels implants a aquest pla

puguin ser millor tolerats que als altres plans.

Quan fem servir instrumentació convencional, pel component femoral acostumem a prendre l'eix intramedul·lar com a referència per l'alineació, que és molt més reproducible que les guies extramedul·lars(10). Com que al pla sagital la corba del fèmur es bastant variable, això ens pot conduir a alinear el component femoral en una flexió excessiva als fèmurs anatòmicament més corbats quan fem servir una instrumentació convencional. Si fem servir un navegador i busquem una flexió de 0° pel component femoral ens pot causar una invasió de la cortical anterior. Per aquests motius, un dels elements de referència per alinear el fèmur al pla sagital hauria de ser la cortical femoral anterior.

Al component tibial hauríem de evitar alterar massa la pendent posterior fisiològica de la tibia. Una inversió de la pendent tibial pot provocar restriccions del moviment del genoll i una pendent excessiva seria causa de sobrecàrrega del polietilè a la part posterior de la pròtesis. En un treball recent Kim et al. varen demostrar un risc incrementat d'aflluixament protètic tibial si el component tibial té una pendent invertida o una pendent superior a 7°; per tant, l'objectiu durant la implantació de la pròtesi hauria de ser obtenir una pendent posterior entre 0° i 7°(11).

També al pla sagital la utilització de la navegació quirúrgica ha demostrat una millor alineació dels components i de l'extremitat al pla coronal a diversos metanàlisis(7-8).

1.3. POSICIÓ DEFECTUOSA AL PLA AXIAL

La alineació ideal al pla axial del component femoral busca que la rotació del mateix sigui paral·lela a l'eix epicondili (el que passa pels 2 epicondils)(12-13). El problema és que la localització intraoperatòria dels epicondils femorals s'ha mostrat menys reproduïble que altres referències anatòmiques com la línia condílica posterior o la línia anteroposterior de Whiteside(14-15). Si fem servir la línia condílica posterior hem de recordar que l'eix epicondili té uns 3° de rotació externa de promig respecte a la mateixa(16). No obstant hauríem d'evitar fer servir aquestes últimes referències en alguns casos: la línia condílica posterior és errònia en casos de genuvalgum amb displàsia del còndil lateral (fer servir aquesta referència ens causarà una rotació interna del component femoral), i la línia de Whiteside no és útil en casos de displàsia de tròclea, per la manca de formació del solc troclear.

La rotació interna del component femoral pot ser causa d'instabilitat de l'aparell extensor amb subluxació o luxació(17). Encara que no provoqui instabilitat de l'aparell extensor, la rotació interna del fèmur s'ha associat a un pitjor resultat funcional de la pròtesi(18).

La rotació interna o externa del component femoral també causa un desequilibri de l'espai en flexió, augmentant l'espai lateral o medial, respectivament. Aquest desequilibri de l'espai en flexió pot causar instabilitat en flexió que el malalt pot referir com dificultats o dolor en moviments com aixecar-se d'una cadira o pujar i baixar escales.

S'han descrit diverses referències anatòmiques per la alineació axial del component tibial a les PTG. La referència més reproduïble és probable que sigui alinear el centre del component a nivell anterior amb la unió entre el terç medial i els dos terços laterals de la tuberositat tibial anterior(19). Altres referències descrites a la literatura són l'eix del segon metatarsià o la morfologia de la cortical anterior. Una referència que hauríem d'evitar és la cortical posterior de la tibia, doncs en molts casos ens pot conduir a una rotació

interna del component tibial. La rotació interna inadequada del component tibial pot ser causa d'instabilitat de l'aparell extensor del genoll i per tant de dolor. Hem de tenir en compte que els errors rotacionals del component tibial són sumatoris amb els del component femoral.

2. COMPLICACIONS DE L'ARTICULACIÓ FEMORO-PATEL·LAR.

L'articulació femoro-patel·lar pot ser causa de diverses complicacions:

2.1. DOLOR FEMORO-PATEL·LAR

La presència de dolor a la cara anterior del genoll ha estat àmpliament publicada en el seguiment de PTG's, amb o sense substitució patel·lar. No obstant, diversos estudis aleatoritzats(20) i recents metanàlisis(21) han demostrat que la incidència de dolor a la cara anterior és més freqüent si no s'ha protetitza la ròtula (13.4% si es protetitza respecte 23.5% si no es protetitza a un ampli metanàlisis publicat recentment per Pilling et al.)(21) La no protetitza de la ròtula ha mostrat estar relacionada amb una més alta incidència de no satisfacció amb la pròtesis al registre suec(22).

Diversos errors tècnics han estat descrits com a causes de dolor femoro-patel·lar després de PTG quan es protetitza la patel·la. L'augment del gruix del compartiment anterior del genoll, que pot ser per col·locació massa anterior del component femoral o d'un component patel·lar massa gruixut, provocant un augment de les pressions al compartiment anterior del genoll.

2.2. INESTABILITAT FEMORO-PATEL·LAR

Els errors tècnics que ens poden causar una instabilitat femoro-patel·lar són:

- Rotació interna del component femoral.
- Rotació interna del component tibial.
- Col·locació molt medial del component femoral.

POSADA AL DIA EN EL DIAGNÒSTIC DE LA PTG DOLOROSA AMB SOSPITA SÈPTICA. COM HO HEM DE FER?

Flores, X., Amat, C., Corona, P.
Hospital Vall d'Hebron. Barcelona

En rebre l'encàrrec de Miguel Angel Foufe pensem quina millor posada al dia que presentar les conclusions desenvolupades a l'International Consensus Meeting celebrat a Philadelphia els dies 31 de juliol i 1 d'agost 2013?

Dos dels membres de la U.P.S.C.R.A.L. vam ser convidats a aquesta Reunió de Consens organitzada per **Javad Parvizi MD i Thorsten Gehrke MD**, la reunió va tenir lloc a Philadelphia, es van reunir més de 300 Especialistes Experts en infecció periprotèsica (IPP) de 52 països, representant més de 160 societats, per valorar el consens existent en la pràctica de procediments amb alt nivell d'evidència. La majoria dels Experts formaven part de dues societats, la Musculoskeletal Infection Society (MISS) i L'European Bone and Joint Infection Society (EBJIS).

Els temes rellevants es van assignar a 15 diferents grups de treball integrats pels assistents al Consens, nosaltres vàrem participar en el grup de treball 10 amb el tema assignat de la "utilitat del Desbridament i irrigació en la infecció periprotèsica precoç i aguda hematògena", al grup 7 li va correspondre treballar sobre el "diagnòstic de la infecció periprotèsica" el grup estava integrat per: **Benjamin Zmistowski, BS** en qualitat d'enllaç, **Craig Della Valle, Thomas B Bauer i Kostantinos N. Malizos** com a líders. Van participar com delegats: **Abbas Alavi MD, Thomas Bauer MD, Hani Bedair MD, Robert I Booth MD, Peter Choong MD, Carl Deirmengian MD, Paul E. DiCesare MD, Garth D Ehrlic PhD, A Gambir MD, Ron Huang MD, Yair Kissin MD, Naomi Kobayashi MD, Veit Krenn MD, Drago Lorenzo MD, SB Marston MD, G Meermans MD, Javier Perez MD, JJ Ploegmakers MD, Matthew Ramsey MD, Aaron Rosenberg MD, C Sempendorfer MD, John Sperling MD, Peter Thomas MD, Stephan Tohtz MD, Jorge A. Villafuerte MD, Peter Wahl MD, Frank - Christiaan Wagenaar MD, Eivind Witso MD.**

Després d'un treball de gairebé un any, més de 300 delegats es van reunir a Philadelphia integrats en grups reduïts el dia 31 de juliol per discutir i resoldre les faltes d'acord existents i per elaborar les corresponents conclusions. El dia següent 1 d'agost de 2013 a Assemblea General, tots els delegats van

votar 207 acords en forma de pregunta, els resultats es van agrupar en la següent escala:

1. Majoria simple: No Consens (50.1%-59% estaven d'acord)
2. Majoria: Consens precari (acord entre el 60%-65%)
3. Majoria absoluta: Consens potent (66%-99% d'acord)
4. Unànime: Acord del 100%.

El resultat va ser: Unanimitat en una de les preguntes, 202 respostes van coincidir per forta majoria (Consens potent), dues preguntes van obtenir un Consens precari i només dues de les preguntes no van aconseguir el Consens.

A continuació transcrivim el Consens obtingut en el capítol "**Diagnòstic de la Infecció periprotèsica**"

Pregunta 1A Quina és la definició d'infecció periprotèsica (IPP)?

CONSENS:

- dos cultius periprotèsics positius d'organismes fenotípicament idèntics, o
- existència de fistula que comunica amb l'articulació, o
- presència de tres dels següents criteris menors:
 - Elevació de P.C.R. i de la V.S.G.
 - Augment de leucòcits en líquid sinovial, o + + a les tires d'esterasa leucocitària.
 - Augment percentual dels PMN neutròfils en líquid sinovial.
 - Anàlisi histològic positiu en els teixits periprotèsics.
 - Un cultiu positiu.

VOTACIÓ: acord 85%, desacord 13%, Abstenció 2%.

CONSENS POTENT

Pregunta 1B Algunes consideracions sobre la definició d'infecció periprotèsica

CONSENS: No obstant això

La IPP pot estar present sense cap dels anteriors criteris, concretament a les IPP de baixa virulència com les degudes a *Propionibacterium acnes* i algunes soques de *Estafilococs plasmocoagulasa negatius*.

L'esterasa leucocitària sinovial gràcies a les tires d'anàlisis d'orina pot constituir un mètode diagnòstic intraoperatori immediat.

En cas d'artrocentesi hemàtica, la centrifugació ha demostrat que preserva la precisió del test colorimètric per a la leucòcit esterasa.

VOTACIÓ: acord 76%, desacord 14%, Abstenció 10%.
CONSENS POTENT

Pregunta 2 Estan vostès d'acord amb l'algorisme diagnòstic d'IPP de l'Acadèmia Americana de Cirurgians Ortopèdics (AAOS)?

CONSENS: La següent és una adaptació de l'algorisme AAOS per al diagnòstic de l'IPP. L'algorisme ha de ser aplicat en pacients que presenten dolor en pròtesis disfuncionals.

VOTACIÓ: acord 91%, desacord 0%, Abstenció 9%.
CONSENS POTENT

Pregunta 3A Quins han de ser els llindars per a la VSG, PCR en sèrum, % de PMN i recompte de leucòcits en la IPP aguda?

CONSENS: Els valors aproximats llistats més endavant es corresponen amb els tests obtinguts dins de les sis setmanes posteriors a la cirurgia.

- P.C.R. > 100 mg / L (genoll i maluc)
- Recompte de leucòcits en líquid sinovial > 10.000 cèl·lules / ml, i
- Percentatge de P.M.N. > 90%.

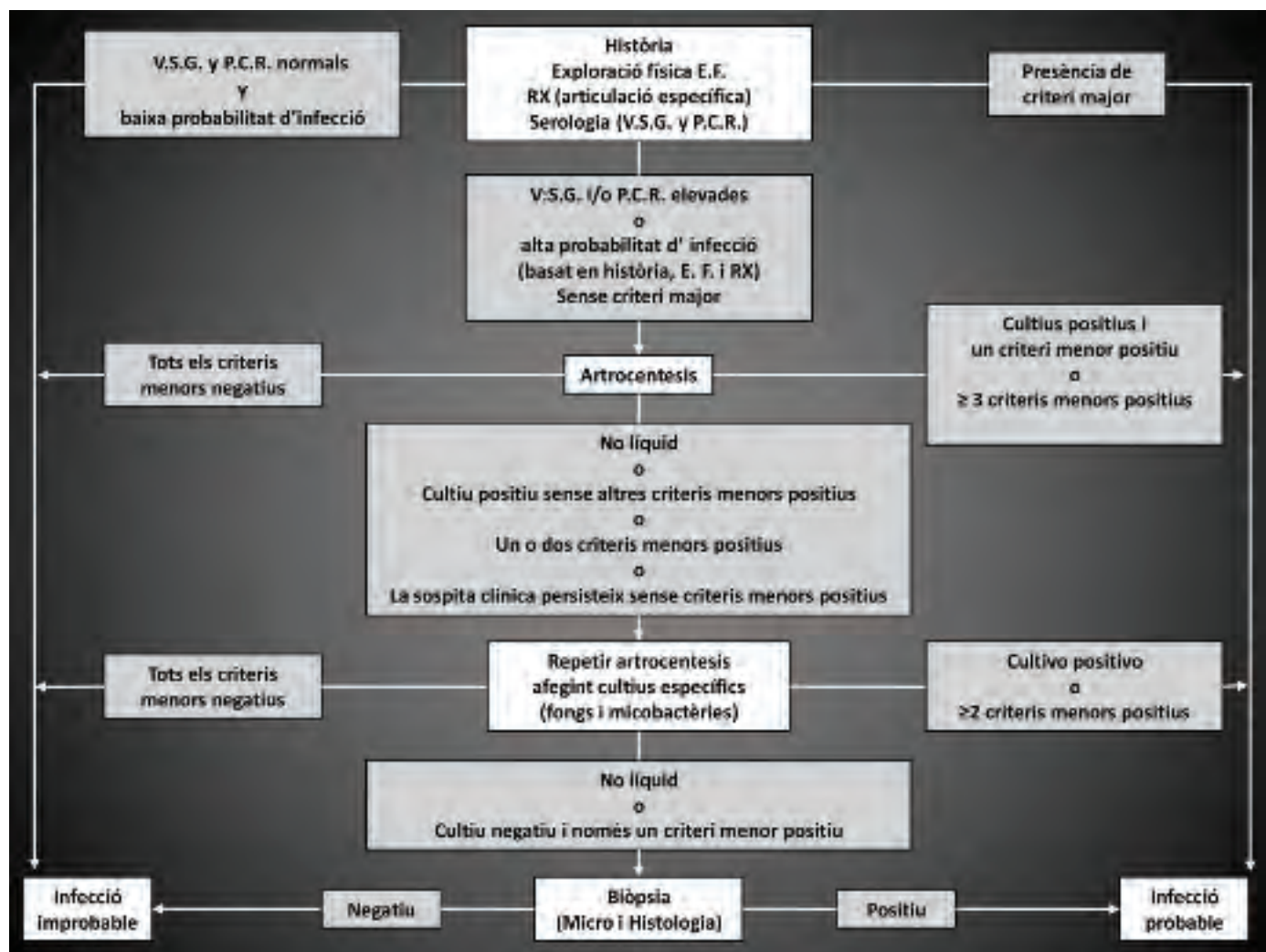
VOTACIÓ: acord 81%, desacord 12%, Abstenció 7%.
CONSENS POTENT

Pregunta 3B Quins han de ser els llindars per a la VSG, PCR en sèrum, % de PMN i recompte de leucòcits en la IPP crònica ?

CONSENS: Els valors aproximats enunciats més endavant es corresponen amb els tests obtinguts després de sis setmanes de la cirurgia.

- V.S.G. > 30 mm / h,
- P.C.R. > 10 mg / L,
- Recompte de leucòcits en líquid sinovial > 3.000 cèl·lules/ml, i
- Percentatge de P.M.N. > 80%.

VOTACIÓ: acord 81%, desacord 14%, Abstenció 5%.
CONSENS POTENT



Pregunta 3C Quins han de ser els líndars per a la VSG, PCR en sèrum, % de PMN i recompte de leucòcits en la IPP en les artropaties inflamatòries?

CONSENS: Basat en una evidència molt limitada, nosaltres recomanem no canviar dels valors basals elevats per a la VSG, PCR sèrica, % de PMN, recompte de leucòcits en líquid sinovial per al diagnòstic d'IPP en pacients que pateixen artropaties inflamatòries. No obstant això, cal més investigació per confirmar aquesta afirmació.

VOTACIÓ: acord 87%, desacord 9%, Abstenció 4%.
CONSENS POTENT

Pregunta 4 En la determinació de recompte de leucòcits en el líquid sinovial, quines són les tècniques per minimitzar les variacions?

CONSENS: Per a un recompte fiable de cèl·lules en líquid sinovial, és aconsellable que el resultat del recompte de leucòcits en líquid sinovial s'obtingui utilitzant les concentracions d'hematies en líquid sinovial, i hematies i leucòcits en sèrum per ajustar la xifra en les aspiracions traumàtiques (contaminades per sang) i en articulacions amb parells de fricció metall-metall és aconsellable realitzar la determinació de leucòcits manualment.

VOTACIÓ: acord 92%, desacord 1%, Abstenció 7%.
CONSENS POTENT

Pregunta 5 Habitualment quant de temps s'han de mantenir els cultius?

CONSENS: Es recomana que els cultius habituals es mantinguin en incubació entre 5 i 14 dies. En aquells casos on se sospita IPP deguda a organismes de baixa virulència o si els cultius preoperatoris han fracassat en la identificació i el quadre clínic és consistent amb una IPP (sospita d'IPP amb cultius negatius) els cultius s'han de mantenir durant 14 dies o més.

VOTACIÓ: acord 93%, desacord 5%, Abstenció 2%.
CONSENS POTENT

Pregunta 6A Són necessàries habitualment les tècniques per a cultiu de bacils àcid alcohol resistent i de fongs en la sospita IPP?

CONSENS: En IPP provades o sospitades, els cultius de bacils àcid alcohol resistent i de fongs s'han de limitar a aquells pacients de risc d'aquestes infeccions, quan altres patògens tradicionals no s'han aïllat o quan la sospita clínica d'infecció persisteix davant d'uns cultius convencionals negatius.

VOTACIÓ: acord 92%, desacord 6%, Abstenció 1%.
CONSENS POTENT

Pregunta 6B Quin és el paper de la investigació de bacils àcid alcohol resistent i fongs en el fracàs protèsic suposadament asèptic?

CONSENS: No s'ha de fer, els cultius per bacils àcid alcohol resistent no juguen cap paper en els casos asèptics (exemple: aquells casos en què la investigació en líquid sinovial del recompte de leucòcits i % de neutròfils és normal i no suggereixen infecció).

VOTACIÓ: acord 91%, desacord 7%, Abstenció 2%.
CONSENS POTENT

Pregunta 7A Quantes mostres tissulars intraoperatories s'han d'enviar per al seu cultiu en casos sospitosos de fracàs asèptic?

CONSENS: En la majoria de procediments de revisió, almenys tres però no més de sis mostres tissulars diferents s'han d'enviar per cultiu aerobi i anaerobi.

VOTACIÓ: acord 88%, desacord 10%, Abstenció 2%.
CONSENS POTENT

Pregunta 7B D'on s'han de prendre les mostres?

CONSENS: Les mostres tissulars o líquides s'han de prendre d'àrees representatives, preferentment de la interfase, cada mostra s'ha de prendre amb un nou instrument estèril. Es recomana no prendre mostres amb hisops de ferides o teixits periarticulars.

VOTACIÓ: acord 97%, desacord 2%, Abstenció 1%.
CONSENS POTENT

Pregunta 7C S'han de suprimir els antibiòtics abans d'obtenir les mostres per a cultiu en tots els casos?

CONSENS: No, els antibiòtics peroperatoris profilàctics només s'han de retirar en els casos d'alta sospita d'IPP en els quals l'organisme responsable no ha estat aïllat.

VOTACIÓ: acord 87%, desacord 12%, Abstenció 1%.
CONSENS POTENT

Pregunta 8 És d'utilitat la sonicació rutinària de les pròtesis? I si ho és, en quin grup de pacients s'ha de fer?

CONSENS: No, el 84% dels delegats no recomanen la sonicació rutinària dels implants. La sonicació s'ha de limitar als casos de sospita o provada IPP (basada en la forma de presentació i en altres proves) en les quals l'artrocentesi preoperatoria no ha proporcionat cultius positius i s'han administrat antibiòtics durant les dues setmanes prèvies a la cirurgia d'explantació.

VOTACIÓ: acord 84%, desacord 9%, Abstenció 7%.
CONSENS POTENT

Pregunta 9 Són d'utilitat les tècniques moleculars tals com la reacció de les cadenes de polimerasa (PCR) per al diagnòstic de la IPP? I si ho són, en quin grup de pacients s'ha de fer?

CONSENS: Les proves basades en tècniques moleculars no són correntment recomanades com a test de diagnòstic rutinari a la IPP. En aquells casos amb alta sospita d'infecció però amb cultius negatius, igual que altres proves diagnòstiques,

les tècniques moleculars associades o no a la sonicació poden ajudar a identificar un patogen desconegut o la seva sensibilitat antibiòtica per orientar teràpies antimicrobianes.

VOTACIÓ: acord 96%, desacord 3%, Abstenció 1%.

CONSENS POTENT

Pregunta 10 Són d'utilitat les tècniques d'imatge per al diagnòstic de la IPP?

CONSENS: Les radiografies convencionals s'han d'efectuar en tots els casos de sospita d'IPP. La Ressonància Magnètica Nuclear (RMN), la Tomografia Axial Computeritzada (TAC) i les gammagrafies habitualment no tenen una utilitat en el diagnòstic d'IPP però poden ser d'ajuda en la identificació d'altres causes de dolor o fracàs articular.

VOTACIÓ: acord 93%, desacord 7%, Abstenció 0%.

CONSENS POTENT

BIBLIOGRAFIA

Parvizi J, Gehrke T. Proceedings of the International Meeting on Periprosthetic Joint Infection. Diagnosis of periprosthetic Joint Infection. From The International Consensus Meeting on Periprosthetic Joint Infection. International Consensus Group LLC. Data Trace Publishing Company. 2013; 157-76. ISBN: 978-1-57400-147-1.

PRÒTESI DE GENOLL DOLOROSA

*González, R., Froufe, MA., Fonseca, F., Graells, G., Baraldes, M., Castro, A.
Hospital Universitari de Girona Dr. J Trueta*

INTRODUCCIÓ

Encara que la cirurgia substitutiva de genoll és un procediment segur i eficaç, amb taxes de supervivència que oscil·len entre el 65 i el 90% als 10 anys, hi ha factors que augmenten el risc de fracàs quirúrgic.

Actualment el número d'intervencions quirúrgiques de substitució protèsica de genoll que es fan cada any a Espanya és de 25.000. Esperem que l'any 2030 el núm. de pròtesis total de genoll es multiplicarà per 7 (al voltant de 175.000 pròtesis).

Això farà que assistim a una epidèmia de recanvis que només a Espanya implicaria un número molt elevat de cirurgies.

Habitualment les causes de revisió, de manera general, impliquen la inestabilitat i l'afluixament (tant sèptic com asèptic), havent altres causes menys freqüents, com les fractures periprotèsiques o les lesions de l'aparell extensor.

En la gran majoria de pacients que es reintervenien per un problema de fracàs protèsic, la primera cirurgia solucionarà el problema, però un tant per cent no menyspreable de casos requerirà noves reintervencions, per una evolució no satisfactòria del procés.

Aquests pacients multioperats representen un gran repte pel cirurgià ortopèdic, en tant que molts d'ells presenten un estat general deficitari, amb un compromís local de l'articulació (tant de les parts toves com de l'estoc ossi).

En aquests malalts moltes vegades és difícil prendre una decisió terapèutica, amb un ventall de possibilitats que inclou des de l'abstenció terapèutica fins a l'enèsim recanvi, l'artrodesi o l'amputació.

Abordatge del tractament. Criteris d'inclusió segons estat general i local articular

Fer servir un sistema de classificació en malalts pendents de cirurgia de revisió optimitza els resultats d'aquesta.

Hem de tenir present que les causes de revisió per fracàs de PTG en USA (60.355 revisions) són del 25.2% per infecció i d'un 16.1% per afluixament asèptic.

D'altra banda, la mortalitat en revisió PTG asèptica és similar al de PTG primària mentre que la revisió de PTG sèptica té un índex de mortalitat 6 vegades superior al del recanvi asèptic.

George Cierny va establir als anys 90 l'algoritme diagnòstic i de tractament de l'osteomielitis crònica, basant-se en la localització de l'afectació òssia, de l'osteïtis i l'estat general del pacient.

L'any 2011 l'algoritme va afegir també la patologia sèptica articular post-artroplastia, inclouent l'afectació òssia i l'estat del pacient graus II i IV.

McPherson a l'any 2002 va introduir la seva classificació dels recanvis sèptics de maluc, on s'inclou un apartat referent al moment d'aparició de la infecció després de la cirurgia, i dos apartats més d'afectació local i sistèmica del pacient.

Els avantatges de fer servir un sistema de classificació en malalts pendents de cirurgia de revisió són, com hem dit, conegudes. En el cas de les infeccions de PTG, els sistemes de Cierny i Mc Pherson ens ajuden a classificar el malalt segons els factors de risc de reinfecció.

La presència de factors de risc és acumulativa i la incidència d'infecció va esdevenint major en funció del nombre de condicions adverses afegides.

Les contraindicacions de cirurgia electiva serien:

- Infecció activa
- ADVP (administració de drogues per via parenteral)
- Inmunodepressió

També cal tenir molt presents les mesures preoperatòries per tal d'identificar i tractar factors de risc modificables com els següents:

Sistèmics:

Obesitat, Malnutrició, Hiperglicèmies-diabetis, Tractaments immunosupressors, corticoteràpia perllongada, Infeccions de tracte urinari, Anèmia, Colonització per gèrmens Resistent, Tabaquisme.

Locals:

Patologia arterial, Reperfusió vascular, Dèficits de parts toves, Penjolls, expandors, Infeccions cutànies concomitants, Úlcères cutànies, Abscessos.

Així, les precacions que hem de tenir presents en malats amb comorbiditats serien:

- Triar una cirurgia de baix risc
- Curta durada del procediment
- Abordatge quirúrgic directe
- Limitar material (reacció a cos estrany)
- Ciment amb antibiòtic

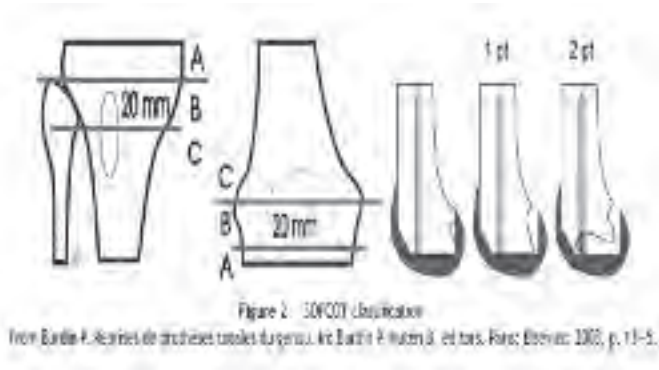
... i el seguiment estricte i tractament precoç de les complicacions:

- Necrosi cutània
- Drenatge perllongat
- Hematoma expansiu
- Signes d'infecció precoç

Planificació preoperatòria

1. Estudi de l'estoc ossi

Recordant que els defectes sempre són majors del previst inicialment, es classificaran segons les característiques del dèficit: (sistemes d'ENGH el més utilitzat o el de SOFCOT 2.000)



Segons l'alçada del defecte es determina:

Col·locació del implant en A, B o C, que pot ser M Medial, L Lateral o les 2 ML.

Segons la disminució òssia es determina:

Continguts centrals o excèntrics.

No Continguts

Profunditat en la mateixa àrea ABC o mes

D (afectació diafisària)

Segons el defecte s'utilitzen:

Falques o blocs femorotibials, empelt ossi de banc (os esponjós), struts (puntals), suplementes de titani i tàntali amb conus de suplementació femorals i tibials, empelt estructural en marqueteria, megapròtesi.

2. Estudi de l'estat local

- Cicatrius, escars.
- Estat vascular
- Mesures de separació de les incisions de com a mínim 5 cm
- Creuament perpendicular d'altres incisions.
- Cicatriu (utilitzar la més lateral de les prèvies)

Opcions terapèutiques en el pacient després de múltiples IQ de genoll:

Les opcions terapèutiques habituals previ estudi diagnòstic curós són;

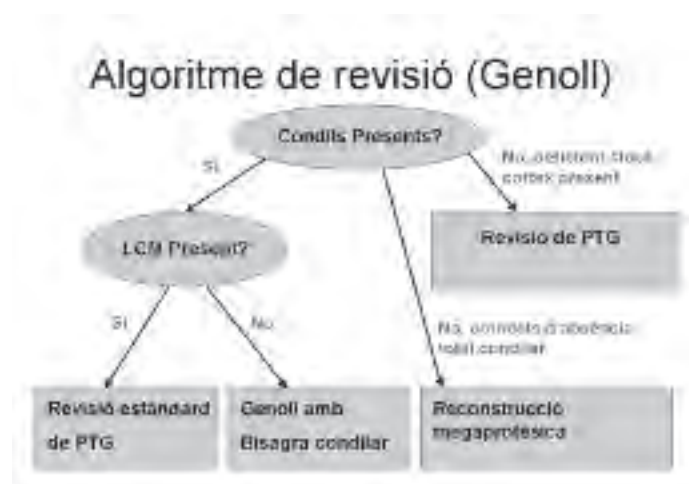
- Tractaments supressors crònic i mesures paliatives
- Reimplantació protètica
- Artròdesi
- Artroplàstia fibrosa o de resecció
- Amputació

1. REIMPLANTACIÓ PROTÈTICA

És la opció funcionalment més satisfactòria, però no és sempre possible.

Considerant sempre la possibilitat de fracàs i el tractament corresponent.

Ch. Llugo descriu un algoritme terapèutic progressiu per la indicació de la PTG de revisió amb els diferents graus de complexitat i estabilització



Així, en casos de gran pèrdua òssia podríem optar per les tècniques de reconstrucció amb al·loempelt estructural o bé per les pròtesis tumorals (megapròtesis)

Nosaltres habitualment ens decantem per la substitució protètica, en tant que la considerem una tècnica més senzilla, dins la complexitat d'aquests casos, obviant una part de les complicacions, derivades de l'osteointegració dels al·loempelts.

Els implants protèsics disponibles avui dia aporten cada vegada més una major versatilitat que ens permet la reconstrucció articular precisa dels defectes, però aquests no estan

lliures de complicacions i quan aquestes es presenten moltes vegades la amputació és la solució final.

2. ARTRÒDESI DE GENOLL

Indicada fonamentalment quan hi ha lesió de l'aparell extensor, compromís de parts toves, en situacions de gran afectació local i després de múltiples intervencions fracassades, sent això el més habitual.

Quan la possibilitat de reimplantació no és factible condicionada per l'estat general del pacient, el conjunt de possibilitats terapèutiques descrites és el següent (2 són les utilitzades de manera habitual):

1. Fixació externa
2. Enclavat endomedular femorotibial.
3. Doble placa a compressió
4. Enclavat endomedular cimentat o no cimentat introduït des de genoll (diversos sistemes (Wichita, Lnk o KAM entre d'altres))

El bon resultat en la consolidació depèn de l'estoc ossi remanent

3. ARTROPLÀSTIA FIBROSA

S'aconsegueix una pseudoartrosi fibrosa per mitjà de l'apòsició dels extrems o possible millora òssia i es complementa amb un guix funcional.

Les seqüeles de dolor mecànic són habituals i la funcionalitat i l'autonomia queden limitades.

Els pacients candidats són principalment malalts de risc dels grups B i C de Cierny amb poques possibilitats d'èxit amb un recanvi protètic o artròdesi condicionat per patologies associades, ja siguin locals o sistèmiques, pacients tipus B.

4. AMPUTACIÓ

L'amputació supracondílea sol ser utilitzada en casos amb risc de septicèmia mortal o després d'haver esgotat les altres opcions de rescat.

La seva incidència és baixa (0,18% de les PTG), però quan es tracta de PTG infectades la seva incidència és del 6% en alguna sèrie.

S'escull com a opció terapèutica i solució definitiva després d'intents de revisió múltiples, en presència de pèrdua òssia greu o bé en casos dolor refractari a la teràpia.

S'aconsella evitar els intents múltiples de revisió en presència d'infecció crònica, pèrdua òssia greu, cobertura deficient de parts toves i factors de risc relacionats amb l'amfitrió.

5. TRACTAMENT ANTIBIÒTIC SUPRESSOR

La supressió antibiòtica de llarg termini amb o sense desbridaments quirúrgics de repetició té una molt alta taxa de recurrència i és tant sols recomanada en pacients molt seleccionats que presenten un alt risc anestèsic o bé microbiologia de baixa patogenicitat.

BIBLIOGRAFIA

1. Future and economic impact of revision total hip and knee arthroplasty. *J Bone and Joint Surgery Am.* 2007; 89-A; 144-51
2. The Socioeconomic Impact of Musculoskeletal infections. By Lazaros A. Poultsides, MD. MSc, PhD, Lycurgus, PhD, and Konstantinus N. Malizos, MD, PhD *Journal Bone and Joint Sur Am.* 2010;92 ;e13(1-12)
3. Diagnosis and Management of prosthetic Joint Infection: Clinical Practice. Guidelines by the Infectious Diseases Society of America. *IDSA GUIDLINES CID2013:* 56 (1 January)
4. Diagnosis and Management of Chronic Infection. J. Agner Forsberg, MD, MAJ Benjamin Kyle Potter, MD, George Cierny III, MD, Lawrence Webb, MD, *J Am Acad Orthop Surg* 2011 19 (suppl 1): s8-s19
5. Procedure-Related Reduction of the risk of Infection. George Cierny III, MD, Nalini Rao, MD, FACP, FSHEA. *Orthopaedic Knowledge Update: Musculoskeletal Infection. Chapter 4 AAOS*
6. Mortality Following Revision Total Knee Arthroplasty: A Matched Cohort Study of Septic versus Aseptic Revisions. Ho-Rim Choi, MD, Hany Be-dair, MD, *J Arthroplasty* 2013 Dec 2. Epub 2013 Dec 2.
7. Femorotibial bone loss during total knee arthroplasty. *D.Huten Orthopedics Et Traumatology: surgery Et Research(2013) 99S, S22-s23*
8. Coping with Extensive Bone Loss; The use of Megaprosthesis Replacements for Difficult Knee Revisions, Charles L. Luppó, and Richard L. McGough. *Operative Techniques in Orthopaedics, 2012-12-01 Volume 22, Issue 4*
9. Rotating Hinge Total Knee Replacement Use with Caution. By Aidin Es-lam Pour, MD Javad Parvizi, MD, Peter F. Sharley, MD. *J. Bone Joint Surg Am.* 2007; 89: 1735-41
10. Reinfection After Prior Staged Reimplantation for Septic Total Knee Arthroplasty: Is Salvage Still Possible. Aditya V Maheshwari, Md Edward Y. Cheng, MD. *The Journal arthroplasty Vol 25 No.6 Suppl .1 20120*
11. Obesity, Diabetes, and Preoperative Hypoglycemia as predictor of Periprosthetic Joint Infection. Esa Jamsèn, MD, PhD, Pasi Nevalainen, MD, Antti Eskelinen, MD PhD, Kaisa Huotari MD. PhD. *Journal bone and Joint Surgery Am.* 2012; 94 e 101 (1-9)
12. (American Academy of Orthopaedic Surgeons; Zimmerli and Moser; Recommendations for bone and joint prosthetic device infections in clinical practice (prosthesis, implants, osteosynthesis). *Societe de Pathologie Infectieuse de Langue Francaise 185-211*)

2ª TAULA RODONA

Artroplastia de maluc inestable

ARTROPLASTIA DE MALUC INESTABLE

Coscujuela, A.

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona

INTRODUCCIÓ

La luxació d'una pròtesi total de maluc és una complicació important, decebedor per al pacient, frustrant per al cirurgià i desgraciadament freqüent.

Una revisió de referència publicada per Woo i Morrey el 1982 informen, sobre 10.000 ATC primàries, d'una taxa de luxació del 3.2%(1). altres treballs han informat de taxes de luxació de l' 0.3 al 10% en ATC primàries i del 10 fins al 28% en cirurgia de revisió(2).

La bibliografia esmenta que el 50-70% de luxacions ocorren dins de les 5 primeres setmanes fins als 3 mesos del postoperatori i el 75% dins del primer any després de la cirurgia(1,3). El risc acumulat s'incrementa de forma continuada amb el pas del temps(4). Fins i tot aquestes dades poden estar subestimades atès que els procediments de reducció tancada es practiquen en l'àrea d'Urgències, amb nocturnitat, i sovint no es registren de forma adequada(5).

No ha de ser menyspreat el cost econòmic addicional que comporta la luxació d'una artroplàstia. Sánchez-Sotelo situa en un 19% el sobrecost hospitalari d'una reducció tancada i al 148% si cal cirurgia de revisió de l'implant(6).

Encara que, afortunadament, la majoria de les luxacions són episodis aïllats que es tracten de forma conservadora mitjançant reducció tancada, alguns pacients han de ser

reintervinguts per solucionar o prevenir inestabilitats recurrents(7,8).

La luxació recurrent definida com dos o més episodis de luxació ocorre entre el 10.3% i el 60% dels pacients després d'un primer episodi(9,10). En una meticulosa sèrie de l'Avon Orthopedic Centre de Bristol, les luxacions recurrents després ATC primària van ser el 58.5%, i pot arribar fins a un 70% després de cirurgia de revisió(11).

Numèricament, la revisió per inestabilitat representa la segona causa de revisió de les artroplàsties(12).

El tractament dels pacients amb artroplàstia de maluc inestable representa un notable desafiament per al cirurgià responsable per les diverses causes d'inestabilitat i les diferents opcions quirúrgiques, el que provoca confusió i, moltes vegades, presa de decisions aleatòries amb poc criteri respecte al motiu essencial de la inestabilitat.

Els nombrosos estudis publicats sobre el tema són imprecisos i poc concloents, de vegades amb resultats contradictoris, dirigits més cap a avaluar el resultat de les diverses tècniques que el factor o factors que provoquen el problema(13).

Sembla que la tendència actual és utilitzar guions o algorismes basats en experiències prèvies, classificar els factors que han provocat la inestabilitat i aparellar la tècnica quirúrgica amb la causa primària d'inestabilitat(14,15).

BIBLIOGRAFIA

1. Woo RY, Morrey BF. Dislocations after total hip arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am* 1982; 64: 1295-1306
2. Fernández Fairen M, Hernández Vaquero D., Murcia Mazón A, Querales Leal V., Torres-Pérez A. y Murcia-Asensio A. Inestabilidad de la artroplastia total de cadera. Una aproximación desde los criterios de la evidencia científica. *Rev esp cir ortop traumatol.* 2011;55(6):460-475
3. Padgett DE, Warashina H. The unstable total hip replacement. *Clin Orthop Relat Res* 2004; 420: 72-79
4. Berry DJ, von Knoch M, Schleck CD, Harmsen WS. The cumulative long-term risk of dislocation after primary Charnley total hip arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am* 2004; 86-A:9-14
5. Devane PA, Wraight PJ, Ong DC, Horne JG. Do Joint Registries Report True Rates of Hip Dislocation?. *Clin Orthop Relat Res*(2012) 470:3003–3006
6. Sánchez Sotelo J., Haydukevich GJ, Boberg CJ. Hospital Cost of Dislocation After Primary Total Hip Arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am*, 2006 Feb 01;88(2):290-294
7. Yuan L, Shih C. Dislocation after total hip arthroplasty. *Arch OrthopTrauma Surg* 1999;119:263-6
8. Etienne A, Cupic Z, Charnley J. Postoperative dislocation after Charnley low-friction arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res.*1978;132:19-23.
9. Werner BC, Brown TE. Instability after total hip arthroplasty. *World J Orthop* 2012 August 18; 3(8): 122-130
10. Kotwal RS, Ganapathi M, John A, Maheson M, Jones SA. Outcome of treatment for dislocation after primary total hip replacement *J Bone Joint Surg Br* 2009; 91: 321-326
11. Blom AW, Rogers M, Taylor AH, Pattison AG, Whitehouse S, Bannister GC. Dislocation following total hip replacement: the Avon Orthopaedic Centre experience. *Ann R Coll Surg Engl.* 2008 Nov;90(8):658-62.
12. Sadoghi P, Liebensteiner M, Agreiter M, Leithner A, Böhler N, Labek G. Revision Surgery After Total Joint Arthroplasty: A Complication- Based Analysis Using Worldwide Arthroplasty Registers. *The Journal of Arthroplasty* 28(2013) 1329–1332
13. Kotwal RS, Ganapathi M, John A, Maheson M, Jones SA. Outcome of treatment for dislocation after primary total hip replacement. *J Bone Joint Surg Br* 2009; 91: 321-326
14. Saadat E, Diekmann G, Takemoto S, Ries MD. Is an Algorithmic Approach to the Treatment of Recurrent Dislocation After THA Effective? *Clin Orthop Relat Res*(2012) 470:482–489
15. Wera G, Ting N, Moric M, Paprosky WG, Sporer SM, Della Valle CJ. Classification and Management of the Unstable Total Hip Arthroplasty. *J Arthroplasty* 2012;27:7,10-15

ARTROPLÀSTIA DE MALUC INESTABLE: FACTORS DE RISC

Gallart, X.; Bori, G; Fernández-Valencia, J.; Riba, J.

Unitat de Maluc

Institut Clínic d'Espesialitats Médico-Quirúrgiques

Hospital Clínic. Universitat de Barcelona

RESUM

Tot i que la inestabilitat d'una pròtesi de maluc és una de les complicacions més freqüents, els factors de risc que fan que aparegui la luxació no sempre han estat prou clares. Es discuteix sobre si l'increment del diàmetre del cap, ha aconseguit ampliar els marges de la "zona segura" de Lewinnek. Alguns autors han publicat que la taxa és acumulativa i s'incrementa amb el pas del temps, anant des de l'1% al primer mes, 1.9% al primer any, 1% més cada 5 anys i arribant al 7% als 25 anys.

Les taxes d'èxit en el tractament depenen, en gran part, d'un correcte diagnòstic de l'etiologia de la inestabilitat. La descripció dels factors de risc fa possible que s'arribi amb més facilitat a aquest diagnòstic.

Els factors de risc es classifiquen en cinc categories diferents però que, a la vegada, poden aparèixer de forma conjunta en un mateix cas: factors inherents al propi pacient; factors deguts a la tècnica quirúrgica emprada; factors inherents al propi cirurgià; factors relacionats amb el disseny de la pròtesi; i els deguts a la integritat de les parts toves. Es descriuen quins són aquests factors i quina implicació tenen en l'aparició de la luxació i en el resultat del seu tractament.

INTRODUCCIÓ

La luxació de la pròtesi total de maluc és, encara avui, un dels problemes més comuns que tenim. Les taxes d'èxit en el seu tractament depenen en gran part d'identificar l'etiologia de la luxació(1).

Malgrat això, s'han definit un factors de risc de luxació, que s'han de tenir molt en compte a l'hora de fer aquest tipus de cirurgia. Alguns d'aquests factors de risc romanen en el terreny de la discussió. En efecte, quan parlem d'inestabilitat articular d'una pròtesi de maluc, el protagonisme que poden tenir determinats paràmetres no ha estat estudiat en profunditat. Ens referim a paràmetres com per exemple: l'an-teversió combinada; l'anomenada "zona segura de Lewinnek" quan s'utilitzen caps de gran diàmetre; l'offset global del maluc; o el conegut efecte Voss.

Els predictors de fallida en cirurgia de la inestabilitat recurrent, han estat estudiats, entre altres, per Carter AH et

al(2). Aquest autor només troba que sigui estadísticament significatiu la utilització de caps de 28 mm, el recanvi de components mòbils (cap i insert) i el nombre de cirurgies prèvies.

Però el principal factor de risc és el propi pas del temps. Per a Dan Berry, de la Clínica Mayo de Rochester(3), la taxa de luxació és acumulativa i s'incrementa amb el pas dels anys, anant des de l'1% en el primer mes, a l'1,9% durant el primer any, afegint un 1% més cada 5 anys i arribant al 7% als 25 anys.

També cal tenir en compte un altre factor de risc no menys important però que, sovint, roman en el terreny de la subjectivitat i té una repercussió transcendent en la qualitat de vida dels nostres pacients, l'activitat sexual. En efecte, aquest tema ha estat estudiat per diferents autors en els últims anys, però ningú ha fet un estudi amb dades tan objectives com el que presenta la helvètica doctora Caecilia Charbonnier et al(4). Segons aquest grup, el risc de luxació és més alt en les dones que en els homes i, això, és degut a que elles necessiten un rang de mobilitat més gran en 4 de les 12 posicions estudiades, mentre que els homes només estarien en risc en 1 de les situacions que es varen testar.

En general, després dels acords presos en el 2013 dins del marc del "Worldwide perspective on hip Instability after Total Hip Replacement"(5), els factors de risc més reconeguts en la literatura es poden dividir en cinc grans grups: factors inherents al propi pacient; factors deguts a la tècnica quirúrgica emprada; factors inherents al propi cirurgià; factors relacionats amb el disseny de la pròtesi; i els deguts a la integritat de les parts toves. A continuació els analitzem de forma més detallada.

Factors de risc específics del propi pacient

A part de l'activitat sexual ja comentada, hi ha d'altres factors que estant sempre en l'òrbita de les diferents sèries publicades, així podem parlar de: Edat, gènere i l'índex de massa corporal. En diferents treballs(6,7), on s'han fet anàlisi multivariant, aquestes dades demogràfiques no han resultat estadísticament significatives. En canvi, el barem de risc anestèsic ASA i l'artritis reumatoide sí que es consideren fac-

tors d'instabilitat després d'implantar una pròtesi al maluc. En un recent estudi realitzat sobre 43.997 pròtesis de maluc electives, Ravi et al(8), troben que la Artritis reumatoide és un factor de risc molt important en relació a la luxació. Mentre que els que tenen artrosi presenten un risc de l'1,21% de luxació, en els que tenen artritis, aquesta xifra puja al 2,45%.

Malgrat tot, quan estem davant d'un pacient obès mòrbid, haurem de prendre precaucions. Elkins JM et al(9), aconsella posicionar la cotila més horitzontal, utilitzar colls lateralitzats, i caps de gran diàmetre.

Altres factors relacionats amb el propi pacient poden ser: els trastorns cognitius; l'alcoholisme; les malalties neuromusculars; i, en general, els pacients poc disciplinats(10,11).

En un estudi fet per Hailer NP et al(12) fet sobre el Registre Suec d'Artroplasties, després de revisar 78.098 casos troba que els pacients amb fractura de coll de fèmur i amb osteonecrosi del cap, tenen més possibilitats de luxar-se. Segurament per la manca de fibrosi periarticular que existeix en aquests diagnòstics.

Factors de risc en relació a la tècnica quirúrgica

Segons Fukui et al(13), recanviar solament la cotila en casos on la tija està ben fixada, només s'hauria de fer quan s'estigui ben segur de que no hi hauran problemes d'estabilitat. Qualsevol dubte al respecte ens ha de portar a recanviar-ho tot, donat que la taxa de luxació és molt alta en aquests casos(27,4%). El mateix es pot aplicar a recanvis aïllats de tija femoral(15,2%).

El fet de que realitzem un recanvi sèptic situa el risc de luxació al voltant del 10,8%(14).

En relació a la via d'accés s'ha escrit molt. Hi ha articles a favor i en contra per a cada una de les vies. Sembla, en general, que tothom estaria d'acord en que la via anterior directe és la que té menys risc de luxació(15,16). Però la seva corba d'aprenentatge és més llarga.

Clàssicament, mentre no s'havien emprat caps de gran diàmetre, s'acceptava que la via posterior tenia un índex de luxació més alt que la via lateral. Però, actualment, d'ençà que es reparen els rotadors externs i la càpsula, això ja no és així. En efecte, els estudis de la Brigitte Jolles publicats a la Cochrane(17), ja no troba diferències estadísticament significatives. Per cert que, en aquest mateix meta-anàlisi, tampoc es troben diferències en quant a marxa en Trendelenburg, en relació a aquests dos abordatges.

La malposició de l'acetàbul també és un dels riscos clàssics molt esmentats en la literatura. El treball presentat per Callanan et al(18) va merèixer el prestigiós premi John Charnley que atorga l'Acadèmia Americana de Cirurgians Ortopèdics. En ell es fa menció de la importància que té aconseguir una correcta anteversió combinada per tal d'evitar el contacte entre coll i cotila.

Factors de risc relacionats amb el cirurgia

D'acord amb els treballs de Battaglia TC et al(19), la relació entre taxa de luxació i cirurgians que operen pocs casos a l'any, està molt clara. En hospitals de gran volum hi ha, en general, menors taxes de complicacions, i molt especialment en el cas de les luxacions de pròtesi de maluc.

Factors de risc derivats del disseny de l'implant

Els caps de diàmetre de 22 mm es varen utilitzar principalment en els anys 70's. En els 80's predominava l'ús del 26 i 28 mm. Els caps de 32 van ser propis dels anys 90 i, a partir de la meitat dels 2000's, s'han anat popularitzant els caps més grossos (36 mm i més), sobretot degut a l'aparició de ceràmiques més resistents. Aquest increment progressiu del diàmetre, sens dubte, ha millorat l'estabilitat articular, doncs ha millorat la relació cap-coll i la distància de salt per la luxació (sempre que l'implant estigui ben posionat, és clar). Malgrat aquest fet positiu, s'han generat dubtes raonables que traslladen la preocupació pel que pugui estar passant a nivell del conus Morse. Tal com s'esmenta en el treball de Srinivasan A et al(20), no es coneix si els efectes del parell de torsió a nivell de la unió cap-coll (anomenada "trunion"), poden esdevenir cap a fenòmens electrogalvànics que serien l'inici de una possible fatiga del material. Avui en dia, cada vegada més, sentim parlar de "trunionosis" o "trunionitis", en relació a la corrosió provocada pels caps modulars de gran diàmetre.

En un article publicat al The Bone & Joint Journal de Gener de 2014, Craig P et al(21), comparen caps de 28 mm, de 36 mm i de 40 mm. Troben unes xifres preocupants de Cobalt en sang en els grups de caps de 36 i 40, sempre en parell de fricció metall-polietilè.

Però això és un altre tema. La reducció de l'índex de luxació comparant l'ús de caps de 36 mm o de caps de 28 mm, als 10 anys de seguiment, està al voltant d'un 2%. Això fa que, si recordem que el risc és acumulatiu amb el pas del temps, l'opció d'emprar caps grans sigui molt atractiva.

Garbuz DS et al(22), en un treball amb nivell d'evidència 1 que va merèixer també un premi, aconsella utilitzar sempre caps de 36-40 mm amb polietilè quan fan cirurgia de revisió.

Altres factors de risc en relació al disseny de l'implant i publicats per autors nacionals(23) poden ser: els caps amb camisa; i els inserts amb cella anti-luxació, doncs afavoreixen el contacte entre el coll i la bora de l'acetàbul, constituint una palanca de segon que pot fer sortir el cap del seu allotjament.

Factors en relació a la integritat de les parts toves

És interessant el que ha trobat en Kung PL et al(24) en relació al risc de luxació quan el mecanisme abductor és deficient o es absent. Per aquests autors, si l'abductor és deficient els caps de gran diàmetre són eficaços, però mai evitaran

una luxació si el mecanisme abductor no hi és (absent). En aquest últim cas, ni tan sols els còtils de doble mobilitat asseguruen la estabilitat de l'articulació.

Les pseudoartrosis no tractades del trocànter gran són un dels factors de risc més anomenats i sembla raonable donada la seva relació amb la tensió de la musculatura abductora. Wetters et al(25), fins i tot troben aquest risc quan es conforma una osteotomia femoral tipus Wagner o Paprosky. En la seva sèrie de 215 casos utilitzant sarcòfag, tenen una taxa de luxació del 9,8%.

CONCLUSIONS

La luxació de la pròtesi de maluc, tan si és primària o de revisió, roman com a problema no resolt. Si identifiquem els factors de risc en relació al pacient, a la tècnica quirúrgica i al disseny de l'implant abans d'operar, podem millorar, per una banda l'aprenentatge que ha de fer el pacient i, per altra banda, la planificació preoperatòria. El reconeixement d'aquests riscos reconduirà la nostra estratègia quirúrgica i minimitzarem el nostre índex de luxació.

BIBLIOGRAFIA

1. Bourne RB et al The dislocating hip: What to do. What to do. *J Arthroplasty* 2004;19(suppl 1):111.
2. Carter AH, Sheehan EC, Mortazavi SM, Purtill JJ, Sharkey PF, Parvizi J. Revision for recurrent instability: what are the predictors of failure? *J Arthroplasty* 2011;26(6 suppl):46-52.
3. Berry DJ et al. The cumulative long-term risk of dislocation after primary Charnley total hip arthroplasty. *J Bone Joint Surg* 2004;86-A:9-14.
4. Charbonnier C, Chagué S, Ponzoni M, Bernardoni M, Hoffmeyer P, Christofilopoulos P. Sexual activity after total hip arthroplasty: a motion capture study. *J Arthroplasty* 2014 Mar;29(3):640-7.
5. <http://www.aaos.org/education/anmeet/education/2013/Worldwide-PerspectiveonHip.pdf>
6. Khatod M, Barber T, Paxton E, Namba R, Fithian D. An analysis of the risk of hip dislocation with a contemporary total joint registry. *Clin Orthop Relat Res* 2006;447:19-23.
7. McCalden RW, et al. Does morbid obesity affect the outcome of total hip replacement?: an analysis of 3290 THRs. *J Bone Joint Surg* 2011;93-B(3):321-5.
8. Ravi B1, Croxford R, Hollands S, Paterson JM, Bogoch E, Kreder H, Hawker GA. Increased risk of complications following total joint arthroplasty in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatol*. 2014 Feb;66(2):254-63.
9. Elkins JM1, Daniel M, Pedersen DR, Singh B, Yack HJ, Callaghan JJ, Brown TD. Morbid obesity may increase dislocation in total hip patients: a bio-mechanical analysis. *Clin Orthop Relat Res* 2013 Mar;471(3):971-80.
10. Hernigou P, Filippini P, Flouzat-Lachaniette CH, Batista SU, Poignard A. Constrained liner in neurologic or cognitively impaired patients undergoing primary THA. *Clin Orthop Relat Res* 2010;468(12):3255-3262.
11. Hedlun U, Fredin H. Patient characteristics in dislocations after primary total hip arthroplasty: 60 patient compared with a control group. *Acta Orthop Scand* 1995;66:225-228.
12. Hailer NP et al. The risk of revision due to dislocation after total hip arthroplasty depends on surgical approach, femoral head size, sex, and primary diagnosis. An analysis of 78.098 operations in the Swedish Hip Arthroplasty Register. *Acta Orthop* 2012 Oct;83(5):442-8.
13. Fukui K, Kaneuji A, Sugimori T, Ichiseki T, Kitamura K, Matsumoto T. Should the well-fixed, uncemented femoral components be revised during isolated acetabular revision? *Arch Orthop Trauma Surg* 2011 Apr;131(4):481-5.
14. Brooks PJ. Dislocation following total hip replacement: causes and cures. *Bone Joint J* 2013;95-B(11 Suppl A):67-9.
15. Cogan A, Klouche S, Mamoudy P, Sariali E. Total Hip Arthroplasty Dislocation rate following isolated cup revision using Hueter's direct anterior approach. *Orthop Traumatol Surg Res* 2011;97:501-5.
16. Sariali E1, Leonard P, Mamoudy P. Dislocation after total hip arthroplasty using Hueter anterior approach. *J Arthroplasty* 2008 Feb;23(2):266-72.
17. Jolles BM, Bogoch ER. Posterior versus lateral surgical approach for total hip arthroplasty in adults with osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 Jul 19;(3):CD003828.
18. Callanan MC, Jarrett B, Bragdon CR, Zurakowski D, Rubash HE, Freiberg AA, Malchau H. The John Charnley Award: risk factors for cup malpositioning; quality improvement through a joint registry at a tertiary hospital. *Clin Orthop Relat Res* 2011;469(2):319-29.
19. Battaglia TC1, Mulhall KJ, Brown TE, Saleh KJ. Increased surgical volume is associated with lower THA dislocation rates. *Clin Orthop Relat Res* 2006;447:28-33.
20. Srinivasan A, Jung E, Levine BR. Modularity of the femoral component in total hip arthroplasty. *J Am Acad Orthop Surg* 2012;20(4):214-22.
21. Craig P, Bancroft G, Burton A, Collier S, Shaylor P, Sinha A. Raised levels of metal ions in the blood in patients who have undergone Uncemented metal-on-polyethylene Trident-Accolade total hip replacement. *Bone Joint J* 2014;96-B:43-7.
22. Garbuz DS, Masri BA, Duncan CP, Greidanus NV, Bohm ER, Petrak MJ, Della Valle CJ, Gross AE. The Frank Stinchfield Award. Dislocation in revision THA: do large heads(36 and 40 mm) result in reduced dislocation rates in a randomized trial? *Clin Orthop Relat Res* 2012;470:351-6.
23. Murcia A, Azorín LM, Blanco A, Ferrer H, Gallart X, García-Cimbreno E, et al. Luxación recidivante de prótesis total de cadera. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol* 2006;50:454-67.
24. Kung PL, Ries MD. Effect of femoral head size and abductors on dislocation after revision THA. *Clin Orthop Relat Res* 2007 Dec;465:170-4.
25. Wetters NG, Murray TG, Moric M, Sporer SM, Paprosky WG and Della Valle CJ. Risk factors for dislocation after Revision THA. *Clin Orthop Relat Res* 2013;471(2):410-6.

PRIMER EPISODI DE LUXACIÓ DE L'ARTROPLÀSTIA TOTAL DE MALUC

Agulló, J.

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona

RESUM

Hem revisat la bibliografia referent al primer episodi de luxació de l'artroplàstia de maluc primària i sense incidències peroperatòries.

Hem trobat que entre el 50 el 70% de les luxacions de PTA es produeixen en les primeres 5 setmanes postoperatòries.(1- 4)

El primer que es farà quan ens arribi un malalt amb una PTA luxada serà una exploració neurovascular de l'extremitat, unes radiografies per confirmar el diagnòstic i una reducció tancada sota sedació.(5)

Després de la reducció intentarem esbrinar la causa de la luxació.

Es farà una història clínica i un examen físic detallant l'activitat o el moviment de l'extremitat que va desencadenar la luxació i buscant si hi han noves alteracions cognitives o altres problemes mèdics que no hi eren quan es va implantar l'artroplàstia. Molts pacients refereixen un antecedent traumàtic, un mal gest, però també hi han casos que no s'associen o no recorden ningun antecedent al moment de la luxació.(6)

Es valorarà la funcionalitat de l'aparell abductor. Es buscaran antecedents que ens puguin fer sospitar un procés infecciós (febre, signes inflamatoris locals...) i en l'analítica feta abans de reduir la luxació demanarem reactants de fase aguda (VSG, PCR).(7)

Tindrem en compte la dismetria, el rang de moviment de l'artroplàstia i la estabilitat de la mateixa.

La majoria dels treballs publicats coincideixen en que aproximadament un 30% de les luxacions son atribuïbles a una malposició dels components, un 30% a la insuficiència de les parts toves i un 25% a la combinació de tots dos. (6,8,9,10)

Donat que menys del 33% dels primers episodis de luxació de una PTA en les primeres 5 setmanes post implantació requeriran una revisió quirúrgica per solucionar el problema, es considera d'elecció la reducció tancada com a tractament inicial.

Sota sedació procedirem a la reducció tancada i amb control d'escòpia valorarem si hi ha un conflicte femoroaceta-

bular en els diferents moviments articulars i es comprovarà l'estabilitat de la reducció. Posteriorment es farà un estudi per imatge per comprovar la col·locació dels components. La majoria d'autors opten per fer radiografies (anteroposterior per valorar l'angle d'abducció i la projecció lateral "cross-table " per mesurar l'anteversió) i en pocs casos es requerirà la realització d'un TAC.(11)

Referent al seguiment postreducció, sembla ser que si la luxació és en el període agut (i més dintre de les primeres 5 setmanes), es beneficiarà de l'ús d'una ortesi que bloquegi el rang de moviment, per tal d'afavorir la cicatrització de les parts toves que s'han pogut veure afectades amb la luxació. (12,17)

BIBLIOGRAFIA

1. Morrey BF. Instability after total hip arthroplasty. *Orthop Clin North Am.* 1992;23:237-248
2. Woo RYG, Morrey BF. Dislocations after total hip arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am.* 1982;64:1295-1306
3. Soong M, Rubash HE, Macaulay W. Dislocation after total hip arthroplasty. *J Am Acad Orthop Surg.* 2004;12:314-21. Revisió de la literatura
4. Woolson ST, Rahimtoola ZO. Risk factors for dislocation during the first 3 months after primary total hip replacement. *J Arthroplasty.* 1999;14:662-668.
5. Bourne RB, Mehin R. The dislocating hip. What to do, what to do. *J Arthroplasty.* 2004;19 Suppl. 4:S111-4.
6. Dorr LD, Wolf AW, Chandler R, Conaty JP. Classification and treatment of dislocations of total hip arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res.* 1983;173:151-8.
7. Hartman CW, Garvin KL. Dislocation of the hip after reimplantation for infection. An analysis of risk factors. *Clin Orthop Relat Res.* 2006;447:24-7
8. Lewinnek GE, Lewis JL, Tarr R, Compere CL, Zimmerman JR. Dislocation after total hip-replacement arthroplasties. *J Bone Joint Surg Am.* 1978;60:217-20.
9. Biedermann R, Tonnin A, Krismer M, Rachbauer F, Eibl G, Stöckl B. Reducing the risk of dislocation after total hip arthroplasty. The effect of orientation of the acetabular component. *J Bone Joint Surg Br.* 2005;87:762-9.
10. Gava R, Hernández Vaquero D, Suárez Vázquez A, de Cima Suárez M, Cervero J. Influencia de la vía de abordaje y de la posición de la cúpula acetabular en la luxación de la artroplastia total de cadera. *Rev Esp Cir Osteoart.* 2005;40:134-40.
11. Kotwal RS, Ganapathi M, John A, Maheson M, Jones SA. Outcome of treatment for dislocation after primary total hip replacement. *J Bone Joint Surg Br.* 2009;91:321-6.

12. Restrepo C, Mortazavi J, Brothers J, Parvizi J, Rothman RH. Hip dislocation: are hip precautions necessary in anterior approaches? *Clin Orthop Rel Res.* 2011;469:417---22.
13. DeWal H, Maurer SL, Tsai P, Su E, Hiebert R, Di Cesare PE. Efficacy of abduction bracing in the management of total hip arthroplasty dislocation. *J Arthroplasty.* 2004;19:733---8.
14. Lübbecke A, Suvà D, Perneger T, Hoffmeyer P. Influence of preoperative patient education on the risk of dislocation after primary total hip arthroplasty. *Arthritis Rheum.* 2003;61:552---8.
16. Callaghan JJ, Heithoff BE, Goetz DD, Sullivan PM, Pedersen DR, Johnston RC. Prevention of dislocation after hip arthroplasty. Lessons from long-term followup. *Clin Orthop Relat Res.* 2001;393:157---62.
17. Peak EL, Parvizi J, Ciminiello M, Purtill JJ, Sharkey PF, Hozack WJ, et al. The role of patient restrictions in reducing the prevalence of early dislocation following total hip arthroplasty. A randomized, prospective study. *J Bone Joint Surg Am.* 2005;87:247---53.

ARTROPLÀSTIA DE MALUC INESTABLE: PRESA DE DECISIONS

Anglès Crespo, F., Bartra Ylla, A.

Unitat de Maluc. Hospital Universitari Mútua de Terrassa

La major part de luxacions d'artroplasties totals de maluc (ATM) són episodis aïllats i es poden tractar inicialment de manera conservadora, així i tot, alguns pacients necessitaran d'un tractament quirúrgic per tractar o prevenir una inestabilitat recurrent.(1,2,3)

Segons la literatura entre el 50% i el 70% de les luxacions d'ATM es produeixen entre les 5 primeres setmanes i els tres primers mesos de la cirurgia i més de les tres quartes parts de les luxacions es presentaran durant el primer any de la implantació.(4-9)

Tenint en compte el risc acumulatiu de luxació, aquest no resta constant després d'una artroplàstia total de maluc, sinó que augmenta en el temps secundàriament a traumatismes, desgast de polietilè, augment de la laxitud dels teixits i pèrdua de força muscular.(10,11)

La prevenció en la cirurgia inicial és vital ja que el tractament d'una artroplàstia inestable és complexa fins i tot per cirurgians experts. Conèixer la causa de la inestabilitat juntament amb els implants més estables farà que la tasa d'inestabilitat recurrent disminueixi. Tot i les diferents tècniques i els nous implants per tal de millorar l'estabilitat de les artroplasties, l'èxit com en qualsevol tractament, es basarà en el coneixement de l'etiologia de la inestabilitat. Com en altres ocasions, quedaran un nombre de casos en els que no trobarem una causa clara de luxació i haurem de resoldre. Diferents autors han descrit algoritmes de tractament per tal d'orientar al cirurgià en el tractament de la luxació d'artroplàstia de maluc.(12-15)

Abans de qualsevol acte quirúrgic pel tractament d'una artroplàstia de maluc inestable, creiem que es convenient descartar un procés sèptic amb la bateria de proves de laboratori o d'imatge segons el protocol de cada centre. La cirurgia per inestabilitat és una cirurgia de revisió.

Per tal d'intentar ordenar les causes d'artroplàstia de maluc inestable, seguirem la classificació de Wera(15) en la que divideix les causes d'inestabilitat d'ATM en sis tipus.

Quan l'etiologia és la mala orientació dels components (Tipus I còtila i II fèmur) el tractament d'elecció és la revisió dels components. Aquesta cirurgia és la que té millor percentatge d'èxit en la revisió per inestabilitat (80%)(16)

ja que l'índex de re luxació després de recanvi per inestabilitat d'ATM va del 20% al 40%.(16) A l'hora de revisar els components hem de estar preparats per revisar tant el component femoral com l'acetabular tot i que la mala orientació d'un d'ells sigui evident ja que existeix una interacció entre la posició d'ambdós components. Soong(17) afirma que hi ha pocs treballs que hagin explorat la mala posició del component femoral i considera que pot ser perquè és més fàcilment evitable o bé perquè és més difícil de valorar amb la radiologia convencional. Morrey afirma que la mala orientació del component femoral és rarament una causa aïllada d'inestabilitat.(16)

La deficiència de l'aparell abductor (Tipus III) pot ser secundària a varies causes com són la lesió del nervi gluti superior, la pseudoartrosi de trocànter, la insuficient tensió de les parts toves, per disminució del vol femoral o per dismetria. Quan la tensió de les parts toves és insuficient les opcions en la cirurgia de recanvi inclouen la capsulorràfia, el re-tensat del trocànter o recanvi de components modulars (cap, insert lateralitzat), sempre en un context de components fixes i ben orientats i valorant la possibilitat d'alterar la cinemàtica del maluc o d'allargar l'extremitat.(17) Tot i poder tenir una etiologia coneguda, la major part d'algoritmes defensen per aquest problema l'ús de còtils retentives.(12-15) En l'actualitat hi ha altres opcions com les còtils de doble mobilitat que va avaluar per primera vegada per Leclercq.(18) Com altres opcions de tractament, s'ha de tenir en compte que poden presentar problemes de fixació del component acetabular i s'han publicat resultats de supervivència a vuit anys inferiors als de còtils convencionals.(19)

En la luxació per causa de xocs (Tipus IV), l'objectiu clínic ha de ser diagnosticar l'etiologia del mateix. Els xocs es poden produir entre el trocànter major i la pelvis en flexió i rotació interna, entre el fèmur i el ísquium en extensió, adducció i rotació externa o també entre el coll prostètic femoral i la còtila ja sigui per una mala orientació dels components o per problemes de disseny. En aquests casos de xoc, si la causa és clara, s'ha de corregir però caldria afegir en casos possibles augmentar el diàmetre del cap per tal de millorar la relació cap coll o dependent de la demanda

funcional i edat del pacient, un insert retentiu o de doble mobilitat. Els caps de gran diàmetre (>36 mm) augmenten la mobilitat abans de produir un conflicte entre el coll de la tija i l'insert de la còtila. També augmenten la distància de salt fent l'articulació més estable encara que és possible que comportin un major desgast.(20)

La inestabilitat per desgast de l'insert (Tipus V) es tracta en aquest treball de forma específica però com apunt, el recomanable és el recanvi del insert amb un cap de major diàmetre i/o coll més llarg.

Quan la inestabilitat de l'artroplàstia és de causa desco- neguda (Tipus VI) la majoria d'autors recomanen l'ús de cò- tiles retentives. Aquest és un diagnòstic d'exclusió i sembla haver unanimitat en aquesta opció de tractament.(12-15)

BIBLIOGRAFIA

- Morrey BF. Instability after total hip arthroplasty. *Orthop Clin North Am* 1992; 23: 237-248
- Parvizi J, Picinic E, Sharkey PF. Revision total hip arthro- plasty for instability: surgical techniques and principles. *J Bone Joint Surg Am* 2008; 90: 1134-1142
- Padgett DE, Warashina H. The unstable total hip replace- ment. *Clin Orthop Relat Res* 2004; 420: 72-79
- Woo RY, Morrey BF. Dislocations after total hip arthroplas- ty. *J Bone Joint Surg Am* 1982; 64: 1295-1306
- Fricka KB, Marshall A, Paprosky WG. Constrained liners in revision total hip arthroplasty: an overuse syndrome: in the affirmative. *J Arthroplas- ty* 2006; 21: 121-125
- Sikes CV, Lai LP, Schreiber M, Mont MA, Jinnah RH, Seyler TM. Instabi- lity after total hip arthroplasty: treatment with large femoral heads vs constrained liners. *J Arthroplasty* 2008; 23: 59-63
- Padgett DE, Warashina H. The unstable total hip replace- ment. *Clin Orthop Relat Res* 2004; 420: 72-79
- Ali Khan MA, Brakenbury PH, Reynolds IS. Dislocation fol- lowing total hip replacement. *J Bone Joint Surg Br* 1981; 63-B: 214-218
- Williams JF, Gottesman MJ, Mallory TH. Dislocation after total hip ar- throplasty. Treatment with an above-knee hip spica cast. *Clin Orthop Relat Res* 1982; 53-58
- Mallory TH, Lombardi AV, Fada RA, Herrington SM, Eb- erle RW. Dislo- cation after total hip arthroplasty using the anterolateral abductor split approach. *Clin Orthop Relat Res* 1999; 358: 166-172
- Berry DJ. Unstable total hip arthroplasty: detailed overview. *Instr Cour- se Lect* 2001; 50: 265-274
- Ehsan Saadat MD, Glenn Dickmann MD, Steven Takemoto PhD, Michael D. Ries MD "Is an algorithmic approach to the treatment of recurrent dislocation after THA effective?" *Clin Orthop Relat Res*(2012) 470:482- 489
- Ullmark Gösta "Risk actors and treatment of dislocations of toal hip arthroplasty" *European Instructional Lectures. Vol 13*(2013) p 209
- Clayton C Bettin,MD,Marcus C: Ford MD and William M. Mihalko MD,PhDHips instability after total hip replacement.Seminars in arthro- plasty 24(2013) 94-98
- Glenn D. Wera,MD,Nick T.Ting MD, Mario Moric, MS, Wayne G. Paprosky,MD, Scott M SporerMD and Craig J Della Valle,MD. "Classi- fication and management of the unstable Total hip arthroplasty".*The Journal of Arthroplasty* vo 27 No 5, 2012
- Daly PJ Morrey BF: Operative correction of unstable total hip arthro- plasty. *Jbone Joint Surg Am* 1992; 74:1334-1343
- Maximillian Soong MD,Harry E.Rubash,MD and William Macaulay,MD. Dislocation after total hip arthroplasty. *J Am Acad Orth Surg* vol 12 n5 sep/Oct 2004.
- Leclercq S., Bidi El.,Aubriot JH. Bousquets prosthesiisfor recurrent total hip prosthesis dislocation. *Rev Chir Orthop* 1995; 81:389-94.
- Massin PH, Orain V Philippot R Farizon F, Fressy MH. Fixation failures of dual mobility cups. A mid term study of 2601 hip replacements. *Clin Orthop Relat Res* 2012;470:1932-40
- Harlan C Amstutz et al. Prevention and treatment of dislocation after total hip replacement using large diameter balls.*Clin Orthop* 447, 2006

CÚPULA DE DOBLE MOBILITAT

Jarma, M.; Gebelli, J.; Miranda, E.; Iftimie, P.; Recasens, J.
Hospital Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

INTRODUCCIÓ

Dintre dels implants disponibles per tractar la inestabilitat de l'artroplàstia total de malucs existeix en els darrers anys un interès creixent i un ús emergent en el nostre mitjà de les cúpules de doble mobilitat. No obstant, hem de recordar que no és un sistema innovador, si no que ja ve dels anys 70, introduït pel Prof. Gilles Bousquet. És un sistema que compta amb 30 anys d'experiència i l'ús del qual és molt freqüent a França, arribant a constituir, l'any 1996, el 30% dels implants del país veí(1). En el nostre Servei l'hem introduït com a tècnica rutinària des de finals de 2008 i la utilitzem en un 8% dels nostres casos.

CONCEPTE TEÒRIC

Neix la seva concepció de l'intent d'unificar el principi inculcat per Charnley de que un cap petit indueix una baixa fricció, amb el inculcat per Mac Kee-Farrar de que un cap anatómic dona més estabilitat(2). Això es materialitza en que un cap femoral s'introdueix en un polietilè retentiu de mida gran que serà el que realitza el joc amb la còtila. Ens trobem així amb dues articulacions: una petita entre el cap i el polietilè retentiu i una altre de gran entre el polietilè i la còtila, gaudint cada una d'elles de mobilitat independent(3).

El risc de luxació disminueix segons la distància A-B augmenta i aquesta distància està determinada pel radi del polietilè i no pel del cap femoral. Quan l'articulació petita arriba a fer un efecte "cam" i entra en risc de luxació, la articulació gran comença a desplaçar-se augmentant el rang de mobilitat i, al mateix temps, la dificultat per luxar-se (Fig. 1) Aquest rang de mobilitat de l'articulació gran, es considera que és major entre un 20 i un 40% a la d'una pròtesi clàssica(4).

EL DESGAST I LA FIXACIÓ PRIMÀRIA

Respecte al problema del desgast i la usura, queda minimitzat per la mecànica del sistema. La major part del moviment (i el desgast) recau en l'articulació petita. I és la que, normalment, suporta les situacions de càrrega. L'articulació gran, contràriament, treballa en els grans rangs de moviment, circumstància que sol donar-se en situacions de des-

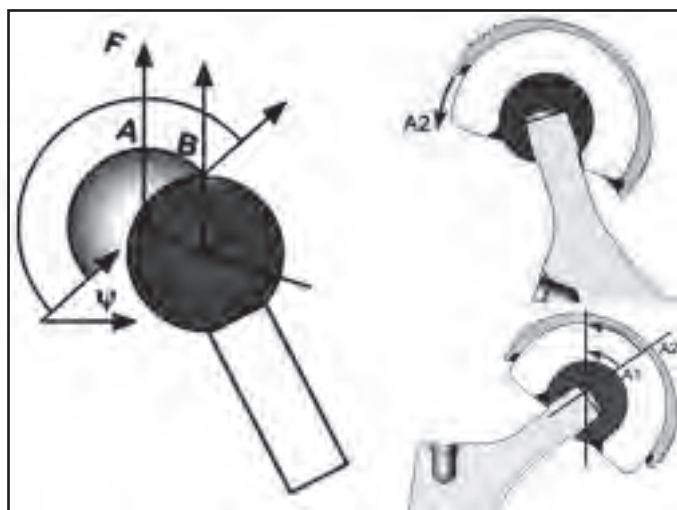


Figura 1

càrrega. Encara que tenen mobilitat independent, poques vegades treballen així, ja que l'articulació petita inicia el moviment i a partir de cert rang és quan l'inicia la gran. El moviment concèntric redueix el desgast, sent aquest no major que el d'una pròtesi convencional(5,6). Finalment, existeix una àmplia gamma de combinacions (Fig. 2) per minimitzar el desgast: els caps disponibles de 22,2 mm i els de 28 mm poden ser metàl·lics o de ceràmica i ser usats tant amb polietilè convencional com amb poli E.

Respecte a la fixació primària, els implants actuals estan notablement millorats respecte als inicials. Disposem en l'actualitat implants cimentats metàl·lics i no cimentats del tipus "press-fit". Aquests darrers amb recobriments de plasma titani o de hidroxiapatita. Es pot utilitzar sense fixació suplementària o aprofitant models amb pestanyes emmotllables per cargols, amb clavilles, amb cargols a través de forats del propi implant i poden adaptar-se a dispositius com la creu de Kerboul i similars.

INDICACIONS

Al nostre entendre, quedarien fixades en:

- Luxacions reincidents(7).
- Malalts més grans de 70 anys amb factors de risc de luxació associats que seria la indicació principal i més habitual. Ja sigui en pròtesis primàries, recanvis totals o parcials

(especialment en aquests), fractures periprotètiques, rescats de osteosíntesis fallides, etc... (8,9).



Figura 2

c) Pot ser un recurs en casos de rescats de pròtesis de superfície amb un component acetabular estable(10).

CONTRAINDICACIONS

Al nostre entendre, quedarien fixades en:

- a) Absència de musculatura abductora.
- b) Poca profunditat acetabular que comprometi la cobertura de l'implant.
- c) Pacients joves actius. És una qüestió controvertida. Hi ha autors que defensen aquesta indicació en casos de joves que precisin un gran rang de mobilitat amb garantia d'estabilitat. Malgrat això, al nostre criteri ens sembla una indicació extrema o excepcional i no la indiquem per l'especial exigència d'ús en aquests pacients ja que pot accelerar el desgast(11).

CONSELLS TÈCNICS

Creiem que alguns principis(12) han de respectar-se, juntament amb una tècnica quirúrgica acurada:

- a) Intentar posicionar la còtila, més a 40° de verticalitat que a 45°. A més de 45°, la congruència del polietilè amb el acetàbul pot estar compromesa.
- b) No excedir-nos en l'anteversió: risc de pinçament del psoas.
- c) Bona cobertura de la cúpula per evitar el pinçament amb el coll femoral.
- d) Si posem cargols o clavilles, verificar que no protruïxin dins la còtila.
- e) Evitar l'ús de caps femorals amb collaret ja que poden induir a un desgast anòmal amb les vores del polietilè.
- f) El coll femoral ha de ser preferentment llarg, polit, brillant i de crom-cobalt.
- g) Adaptar bé les pestanyes mal-leables a l'os.
- h) Correcta elecció del model a fer servir. Existeixen unes

correlacions recomanades segons els defectes ossis de l'acetàbul: en un Paprosky 1-A és vàlid un press-fit simple, en un Paprosky 2-B millor el model de revisió amb varies pestanyes adaptables mentre que en un 3-B hauríem de recórrer al model cimentat adaptat a un suport tipus creu de Kerboul.

COMPLICACIONS

- a) Luxació: normalment es pot realitzar una reducció tancada.
- b) Luxació intraprotètica: és una complicació específica d'aquest sistema. Es donaren sobretot amb els models inicials(13). (Fig. 3)



Figura 3

- c) El seguiment radiològic de l'articulació petita és difícil al quedar inclòs dintre del polietilè d'una gran mida.
- d) El recanvi no sol ser problemàtic. Molts casos es resolen recanviant solament el cap femoral i el polietilè.

RESULTATS

Respecte a les luxacions, existeixen nombroses sèries publicades. En l'actualització realitzada en la SOFCOT el 2009, es va informar que sobre 3.473 implants primaris, el percentatge de luxacions fou del 0,42%. En el cas de revisions, considerant 241 implants, el percentatge pujà fins el 1,2%.

Respecte a la supervivència dels implants, existeixen sèries modernes amb seguiments de 5-7 anys amb supervivències del 96-97%. Sèries més antigues, com les del propi Bousquet, donen, com a resultat, un 74% als 22 anys de seguiment, i altres autores ressenyen un 97% als 15 anys(14,15,16,17,18,19,20).

CONCLUSIONS

- a) Concepte teòric atractiu amb suficient experiència clínica i que ha de ser considerada com una opció.
- b) Han de respectar-se les indicacions establertes.
- c) Us restrictiu i excepcional en pacients joves i actius.
- d) Aporta una disminució dels riscos de luxació amb un bon rang de mobilitat.
- e) El desgast i la longevitat dels implants és superposable a altres sistemes existents.

f) Pot perdonar errors tècnics, però això no implica no ser exigents amb la tècnica quirúrgica.

g) El punt dèbil del sistema és possiblement l'articulació petita.

h) En cas de luxació, la reducció tancada és generalment possible.

i) Existeix un ventall ampli de models i materials que poden cobrir la gran majoria de necessitats.

h) No hem de considerar la doble mobilitat com una panacea: també poden luxar-se.

h) L'augment de la població senil amb patologia de base, l'augment d'índexs de recanvis protèsics, les complicacions associades com fractures periprotètiques, luxacions reincidents o rescats d'osteosíntesis fallides, fan que la inestabilitat de l'artroplàstia de malucs sigui un problema emergent. En USA un 33% de les artroplàsties de malucs es donen en pacients majors de 75 anys. Creiem que en aquest context la cúpula de doble mobilitat té el seu paper i hem de comptar amb ella com a opció vàlida per resoldre aquests casos.

BIBLIOGRAFIA

1. Valdez S, Bouxin B. Còtilos con doble movilidad: principios, ventajas y resultados. *Rev Argent Ortop Traumatol* Año74, N°1, marzo 2009, pp102-110.
2. Grazioli A, Teow Hin Ek E, Rüdiger HA. Biomechanical concept and clinical outcome of dual mobility cups. *Int Orthop*. 2012 December;36(12):2411-2418.
3. Adam P. Contribution à l'étude des arthroplasties totales de hanche à double mobilité: analyse clinique et mécanique. Thèse. École Nationale Supérieure des Mines. Saint Etienne. 29 Mai 2006.
4. Sariali E, Lazennec JY, Khalami F, Catonné Y. Mathematical evaluation of jumping distance in total hip arthroplasty. *Acta Orthop*(2009).
5. Adam P, Forest B, Philippot R et al. 46 Arthroplasties totales de hanche à double mobilité: étude expérimentale des contraintes à l'interface os-cupule. *Rev Chir Orthop* 01/2007;93(7):49-50.
6. Haller NP, Weiss RJ, Stark A et al. Dual mobility cups for revision due to instability are associated with a low rate of re-revisions due to dislocations. *Acta Orthop*(2012).
7. Lelercq S, Bidi EL, Aubriot JH. Bousquet's prosthesis for recurrent total hip prosthesis dislocation. *Rev Chir Orthop* 1995;81:389-94.
8. Stephenson D. Advantage-Dual mobility cup: Evidence to verify the concepts and indications. *Clinical Research*. October 2012.
9. Civinini R et al. Dual mobility cup reduces risk of dislocation in isolated acetabular revisions. *Clin Orthop Res* 2012; June Epub on line.
10. Verhelst LA et al. Revised the well fixed, painful resurfacing, using a Double-Mobility Head. *J Arthroplasty* 2012; Vol 00 N° 70.
11. Fernández Fairén M, Murcia Mazón A et al. Còtilos de doble movilidad en la cirugía reconstructiva de cadera. *Cirugía de revisión de las artroplastias de cadera. Monografía SECOT N°9:191-210*. Ed. Elsevier Masson. Barcelona 2009.
12. Cartier JL. La cupule à double mobilité: Principes de fonctionnement- Spécificités opératoires. *Maîtrise Orthopédique*, 2003, 148 13-17.
13. Lecuire F, Benareau I, Rubini J, Basso M. Intra-prosthetic dislocation of the Bousquet dual mobility socket. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot*. 2004;90(3):249-55.
14. Vasukutty NL, Middleton RG, Matthews EC, Young PS et al. The double-mobility acetabular component in revision total hip replacement. *J Bone Joint Surg Br*. 2012;94(5):603-608.
15. Fresard PL et al. Seven years results of a press fit, hydroxyapatite-coated double mobility acetabular component in patients aged 65 years or older. *Eur J Orthop Surg Traumatol* April 2012 Epub.
16. England and Wales National Joint Registry. 264 recorded implantations of Advantage between June 2004 and 2012.
17. Philipot R, Farizon R, Camilleri JP et al. Survival of cementless dual mobility socket with a mean 17 years follow-up. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot*. 2008;94:23-27.
18. Boyer B, Philippot R, Geringer J, Farizon F. Primary total hip arthroplasty with dual mobility socket to prevent dislocation: a 22-year-follow up of 240 hips. *Int Orthop* 36(3):511-518.
19. Farizon F, Lavison R, Azoulai JJ, Bousquet G. Results with a cementless alumina-coated cup mobility. A twelve-year follow-up study. *Int Orthop* 1998;22:219-224.
20. Massin P, Orain V, Philippot R, Farizon F, Fessy MH. Fixation failures of dual mobility term study of 2601 hip replacements. *Clin Orthop Relat Res* 2012;470(7):1932-1940.

ARTROPLÀSTIA DE MALUC INESTABLE: LA CÒTILA RETENTIVA

Fernàndez Prat, J.M.; Cañete Carril, E.; Alavedra Massana, A.; Mora Guix, J.M.

Hospital de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa

RESUM

La còtila retentiva es considera generalment la darrera opció en el tractament de l'artroplàstia total de maluc inestable. És un concepte relativament antic, i han anat apareixent diversos dissenys al llarg dels anys molt diferents entre ells. Presenten una sèrie de problemes lligats al disseny i a la resistència dels materials i cada model té un límit en la seva capacitat de retenció a partir del qual es comportarà de forma diferent.

D'acord amb la bibliografia consultada, els resultats d'aquests tipus d'implants depenen molt de l'observació d'uns criteris d'indicació i també del model d'implant seleccionat.

S'atribueix a aquest implant un desgast i un risc d'afluixament de la fixació superior als models convencionals, així com una limitació dels arcs de mobilitat, però han demostrat utilitat en la resolució d'inestabilitats lligades al dèficit de l'aparell abductor, als dèficits neurològics i cognitius i en les inestabilitats d'origen desconegut.

Els nous dissenys i materials sembla que han millorat els resultats, però manquen encara estudis vàlids a llarg termini.

INTRODUCCIÓ

La còtila retentiva és potser la darrera opció en el tractament de la inestabilitat de l'artroplàstia total de maluc. El concepte és sempre el mateix, l'addició a una còtila hemisfèrica de polietilè d'un bloqueig mecànic, que impedeixi o dificulti la sortida de cap del seu allotjament dins la còtila; però el disseny d'aquest sistema de retenció varia molt d'uns a altres models.

El concepte de còtila retentiva és relativament antic, però els primers models van fracassar per problemes de resistència dels materials i errors conceptuals.

Cap els anys 90 van aparèixer els primers resultats encoratjadors i el seu ús es va començar a estendre, però aviat varen aparèixer els primers fracassos, sovint associats males indicacions.(1)(2).

Entre els diversos dissenys dels que disposem avui hi ha sistemes amb anell de reforç extern (S-ROM - DePuy), sistemes amb anell de bloqueig intern (Lefevre-Lepine), sistemes

amb reforç metàl·lic bloquejat (Longevity - Zimmer i Crown Cup - Exactech) i sistemes amb encaix especial (Freedom-Biomet).

INDICACIÓ

Una còtila retentiva cimentada es pot implantar directament sobre l'os acetabular o sobre una cúpula no cimentada no compatible ben osteointegrada. Una còtila retentiva no cimentada s'encaixa com a insert a una cúpula compatible ben oseointegrada o bé a una de nova implantació.

En el cas d'artroplàstia de maluc inestable la principal indicació de la còtila retentiva seria en el tipus III de Wera (afectació greu o absència de l'aparell abductor) i en el tipus VI (artroplàstia inestable a causa desconeguda).(4).

També pot estar indicada en el tipus V (desgast del polietilè) en pacients d'edat avançada que sovint presenten dèficit de l'aparell abductor i dèficits cognitius.

No s'han utilitzat el cas de mala orientació dels components (Wera I i II), tot i que alguns dissenys funcionen bé en cúpules lleugerament verticalitzades i amb anteverció neutra.(5)

PROBLEMES I LIMITACIONS

Els principals problemes de les còtils retentives deriven del disseny, que necessàriament comporta una disminució de l'arc de mobilitat. Això pot causar problemes de xoc amb el coll de la tija que poden produir desgast del polietilè, augment de l'estrès entre les fases, osteòlisi i afluixament de la fixació.(3)

Cap sistema de retenció és invulnerable. Les còtils retentives es poden forçar fins un «punt crític» (determinat pel disseny i la resistència dels materials) a partir del qual fallarà el sistema de retenció.

En arribar al punt crític es pot produir la luxació del cap amb o sense trencament del sistema de retenció, o bé l'arrencament de la còtila o la fractura protèsica.

Un sistema massa rígid es trencarà, s'arrencarà o provocarà una fractura periprotèsica. Un sistema suficientment elàstic permetrà la luxació, però es podrà reduir de forma tancada evitant la reintervenció.

Les còtils retentives poden fracassar per diverses causes. Guyen et al. defineixen cinc tipus de fracàs(6).

- Tipus I: Afluixament de la fixació a l'os.
- Tipus II: Dissociació entre el polietilè i el ciment o la cúpula metàl·lica.
- Tipus III: Trencament del mecanisme de retenció.
- Tipus IV: Luxació del cap.
- Tipus V: Infecció.

Llevat del tipus IV, tots els altres obligaran a la revisió de l'implant. En el tipus IV serà possible la reducció tancada, però a vegades cal fer una reducció oberta amb una possible substitució d'un component deteriorat.

DISCUSSIÓ

Revisant les publicacions trobem una gran variabilitat pel que fa als resultats d'aquest tipus d'implants. Trobem, però, que algunes de les publicacions més citades es basen en els resultats obtinguts amb implants de disseny antic o descatologats o en sèries dels anys 90, quan les indicacions no estaven prou establertes i hi havia una certa sobreindicació.

Les gran diferències tant en el disseny com en el concepte del sistema de retenció podrien justificar també aquesta variabilitat. La correcta elecció de l'implant seria clau per obtenir uns bons resultats.

CONCLUSIONS

– Una correcta indicació és imprescindible per obtenir un bon resultat. Cal limitar l'ús d'aquestes còtils a les inestabilitats dels tipus III i VI de Wera i també poden ser útils com a rescat en els casos d'inestabilitat multidireccional intraoperatòria.(4)

– Aquest tipus d'implant implica un cert grau de limitació dels arcs de mobilitat, tot i que probablement no serà perceptible pel pacient.(5)

– La limitació dels arcs de mobilitat comporta xocs entre el coll de la tija i l'implant retentiu que poden portar a un desgast precoç o a afluixament de la fixació.(2)

– La utilització de sistemes massa rígids pot augmentar el risc de revisió.

– A dia d'avui no hi ha estudis que delimitin quan utilitzar una còtila retentiva o una de doble mobilitat. Les còtils retentives semblen ser superiors en casos d'absència o insuficiència greu de l'aparell abductor i en el dèficit neurològic greu, i possiblement en casos de deteriorament cognitiu greu o inestabilitat de causa desconeguda.(7)

– L'aparició de nous dissenys i millors materials, i un millor coneixement de les indicacions i les limitacions dels sistemes de retenció han fet millorar els resultats, però encara hi ha una gran variabilitat entre les sèries estudiades i manquen estudis comparatius vàlids i a llarg termini.

BIBLIOGRAFIA

1. Constrained liners in revision total hip arthroplasty: an overuse syndrome: in the affirmative.
Fricka KB; Marshall A, Paprosky WG
J Arthroplasty. 2006 Jun; 21 (4 Suppl 1): 121-5
2. High failure rate of a constrained acetabular liner in revision total hip arthroplasty.
Della Valle CJ, Chang D, Sporer S, Berger RA, Rosenberg AG, Paprosky WG.
J Arthroplasty. 2005 Oct; 20 (7 Suppl 3): 103-7.
3. The Use of Constrained Components in Total Hip Arthroplasty.
Lachiewicz PF, Kelley SS
J Amb Acad Orthop Surg. 2002 Jul-Aug;10(4):233-8 Review.
4. Classification and Management of the Unstable Total Hip Arthroplasty.
Wera GD, Ting NT; Moric M, Paprosky WG, Sporer SM, Della Valle CJ.
The Journal of arthroplasty 1 May 2012 (volume 27 issue 5 Pages 710-715).
5. Place du Cotyle Rétentif. Expérience personnelle.
R. Paule, C. Lefèvre
GECO-Futura 2010.
6. Modes of failure of Osteonics constrained tripolar implants: a retrospective analysis of forty-three failed implants.
Guyen O, Lewallen DG, Cabanela ME.
J Bone Joint Surg Am. 2008 Jul;90(7):1553-60. doi: 10.2106/JBJS.G.00317.
7. Constrained liner in neurologic or cognitively impaired patients undergoing primary THA.
Hernigou P, Filippini P, Flozua-Lachaniette CH, Batista SU, Poignard A.
Clin Orthop Relat Res. 2010 Dec;468 (12):3255-62. doi: 10.1007/s11999-010-1340-6.

QUÈ FEM QUAN ES LUXA UNA HEMIARTROPLASTIA?

Carrera Calderer, L.

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona

El tractament acceptat per les fractures intracapsulars del fèmur proximal és l'artroplàstia. Aquest inclou tant l'hemiartroplàstia (uni o bipolar), com la artroplàstia total. Tot i que hi ha evidències que demostren que per pacients seleccionats amb poca patologia de base i independents l'artroplàstia total ofereix un millor resultat funcional i redueix el risc de reintervenció, l'hemiartroplàstia segueix sent una tècnica àmpliament utilitzada sobre tot en pacients amb poca esperança de recuperació funcional o de vida.

L'hemiartroplàstia és recomenada com a tractament d'elecció en moltes Guies Nacionals basades en l'evidència d'una menor agressió quirúrgica, menor dolor, millor mobilitat, menor risc de luxació i menor cost econòmic.(1)

Les hemiartroplasties també es luxen. De fet, la luxació i la infecció representen més del 75% de les causes de reintervenció.(2)

L'índex de luxació oscil·la entre el 0.9 i el 10.9%. Un episodi de luxació augmenta la mortalitat en un 65% i pot arribar fins al 75% si hi ha episodis de reluxació.(3)

Per això, és important prevenir la luxació i tractar-la de forma correcta quan es produeix per tal d'evitar nous episodis. Sempre prevenir és més fàcil que tractar.

Hi ha una sèrie de factors que augmenten el risc de luxació, prevenir-los i triar l'implant més adient en cada cas ens ajudarà a disminuir el risc. L'abordatge posterior, la longitud de coll residual, l'anteverció de l'implant, la displàsia de la còtila, el desequilibri muscular i les alteracions neurològiques són alguns d'aquests factors predisposats.(4)

Es luxen igual totes les hemiartroplasties?

En el nostre medi s'utilitzen principalment dos gèneres d'implants pel tractament de les fractures intracapsulars del coll femoral.

Hemiartroplasties unipolars.

Pròtesi de Moore. Monobloc. Tija no cimentada. Longitud del coll i offset fixa. No permet modificar l'anteverció.

Pròtesi de Thompson. Monobloc. Tija cimentada. Longitud del coll i offset fixa. Permet mínimes modificacions de l'anteverció.

És probable que aquestes siguin les raons per les quals es presenti una major taxa de luxacions en la majoria de les sèries en comparació amb les hemiartroplasties bipolars.(5)

Hemiartroplasties bipolars

Tijes cimentades o no cimentades, permeten ajustar l'anteverció, modificar la longitud del coll, l'offset i també permeten la doble mobilitat que disminueix la fricció sobre el cartílag acetabular i el risc de luxació.

Presenten una gran variabilitat en els mecanismes de captura del cap en el polietilè del segon cap. Això té una gran importància de cara a la prevenció i al tractament d'una luxació.(5)

Què fem quan es luxa una hemiartroplàstia unipolar?

La conducta inicial és la mateixa per qualsevol luxació protèsica de maluc. Analitzar el perquè, valorar les característiques del pacient i si és el **primer episodi** realitzar una reducció tancada sota sedació. S'ha de ser molt curós a l'hora de fer les maniobres de reducció per evitar fractures periprotèsiques i mobilitzacions de l'implant.

Després bloquegem el moviment combinat de rotació interna de maluc amb flexió de genoll col·locant una ortesi antiluxació de maluc o el que ens agradi més, perquè el pacient tolera millor una ortesi en extensió de genoll durant 4-6 setmanes.

Si es converteix en una **luxació recidivant** tenim diverses alternatives.

Si és un pacient poc col·laborador i amb elevat risc quirúrgic recomanem la **artroplàstia de resecció Girdlestone**. Hi ha autors que ho recomanen com a tècnica d'elecció després del primer episodi de luxació si es tracta d'una pròtesi de Moore.(6)

En casos com el que mostra la (Fig. 1 i Fig. 2). Luxació crònica d'una pròtesi unipolar cimentada de 9 mesos d'evolució en una pacient no deambulant i amb dolor ben tolerat és recomanable **no fer res**.



Figura 1. Pròtesi de Thompson inestable. Pacient de 82a. No deambulant, bona tolerància al dolor, molta patologia de base. Es decideix conducta expectant.

En la majoria de casos, sempre que les característiques del pacient ho permetin, optarem per recanviar la tija unipolar per una **pròtesi bipolar o total**. No és una cirurgia senzilla, l'extracció de la tija pot ser difícil i caldrà utilitzar recursos tècnics com l'osteotomia o ciment dins de ciment. (6).

Què fem quan es luxa una hemiartroplastia bipolar?

Si es tracta del primer episodi la conducta és la mateixa. Reducció tancada sota sedació. Cal tenir molta cura en les maniobres de reducció perquè, a més de fractures periprotèsiques i mobilitzacions de l'implant, podem desencaijar la modularitat dels components. En aquests casos l'única alternativa serà la conversió en una **pròtesi total**.(7). (Figs 3 a i b).



Figura 2. Als 9 m. Observem una neo còtila. És capaç de fer transferències sense dolor.



Figura 3a. Fracàs del mecanisme de retenció del cap durant les maniobres de reducció. Tija ben fixada.



Figura 3b. Conversió en una pròtesi total.

Utilització del **sistema modular de coll femoral Bio-ball**. És un sistema de modularitat que disposa de 8 longituds de coll, allargaments fins a 21 cm, i colls asimètrics de 7.5° que permeten modificacions de l'anteversió i offset. Es pot adaptar a pràcticament totes les mides de cono-morse. És molt útil en aquelles situacions de luxacions recidivants de hemiartroplasties bipolars on el component femoral està fixat i es considera millor no recanviar-lo. La versatilitat del sistema permet millorar l'estabilitat tant d'un nou implant bipolar com d'una pròtesi total.(8). (Fig 4)

Recomanacions

El millor tractament és la prevenció.

Valorar les característiques del pacient, estat funcional prèvia, patologia de base i capacitat de col·laborar.

Tindre cura en l'abordatge quirúrgic. No cal que sigui mínimament invasiu, però sí poc invasiu. Respectar els músculs rotadors.(9)

Valorar el coll residual.

Triar el millor implant. Sempre és millor una hemiartroplastia bipolar cimentada que una unipolar. Es luxen menys i permeten utilitzar més recursos tècnics i menys agressius si es converteixen en una luxació recidivant.(2)



Figura 4. Aquí es mostren les diferents possibilitats del sistema modular de coll femoral. Permeten allargaments fins a 21 cm i modificacions de l'offset i l'anteversió fins 7.5°.

BIBLIOGRAFIA

1. Cemented versus cementless hemiarthroplasty for intracapsular neck of femur fracture a comparison of 60,848 matched patients using national data. Jameson SS, Jensen CD, Elson DW, Johnson A, Nachtsheim C, Rangan A, Muller SD, Reed MR. *Injury*. 2013 Jun;44(6):730-4.
2. Higher risk of reoperation for bipolar and uncement hemiarthroplasty 23,509 procedures after femoral neck fractures from the Swedish Hip Arthroplasty Register, 2005–2010. Olof Leonardsson, Johan Kärrholm, Kristina Åkesson, Göran Garellick, and Cecilia Rogmark,. *Acta Orthopaedica* 2012; 83(5): 459–466 459.
3. Outcome of dislocation after hemiarthroplasty for fractured neck of the femur. Blewitt N, Mortimore S. *Injury* 1992;23(5):320-322.
4. Dislocation of bipolar hemiarthroplasty: rate, contributing factors, and outcome. Sierra RJ, Schleck, Cabanela ME. *Clin Orthop Relat Res*. 2006; 442:230-238.
5. Monoblock hemiarthroplasties for femoral neck fractures--a part of orthopaedic history? Analysis of national registration hemiarthroplasties 2005-2009. Rogmark C, Leonardsson O, Garellick G, Kärrholm J. *Injury*. 2012 Jun;43(6):946-9.
6. Failure of closed reduction after dislocation of Austin Moore hemiarthroplasty: an analysis of risk factors a 6-year follow-up study. Odumala AO1, Iqbal MR, Middleton RG. *J Arthroplasty*. 2010 Aug;25(5):781-4.
7. Disassembly and dislocation of a bipolar hip prosthesis. Lee GHH, Lo YC, Lin LC, Wu SS, *J Formos Med Assoc*. 2008 Jan;107(1):84-8.
8. The use of ceramic-on-ceramic bearings in isolated revision of acetabular component. CM Jack, O Molloy, W Zicat, WK Walker. *Bone Joint J* 2013;95B-8:333-8.
9. Treatment of femoral neck fractures with bipolar hemiarthroplasty using a modified minimally invasive posterior approach in patients with neurological disorders. Suk-Ku Han, MD; Yong-Sik Kim, MD; Soo-Hwan Kang, MD. *Orthopedics* May 2012 - Volume 35 · Issue 5: 635-638.

ARTROPLÀSTIA DE MALUC INESTABLE: LES LUXACIONS TARDANES

Rodríguez, A., García, E.

Hospital Universitari Sant Joan. Reus, Tarragona

Universitat Rovira i Virgili. Tarragona

RESUM

Les luxacions protètiques tenen un origen multifactorial i multicausal. De fet, són una de les complicacions més freqüents en les artroplasties de maluc. De vegades el seu tractament és senzill, d'altres resulta més complex degut a factors diversos. Des de la influència de la via d'abordatge utilitzada, fins al tipus d'implant i la seva estabilitat intrínseca així com del gest quirúrgic. Malgrat tot, arribem a fer un diagnòstic causal i a un tractament adequat, amb una resolució satisfactòria de les inestabilitats.

Això no obstant, un percentatge petit d'aquestes artroplasties es mantenen inestables en el temps, amb un increment progressiu del risc de luxació. Algunes es diagnostiquen de forma tardana perquè es presenten lluny de la cirurgia o dels primers episodis de luxació, sense que per això es puguin considerar recidivants(8,9).

Aquestes luxacions tardanes són molt difícils de tractar donat el terreny en el qual es presenten i/o el temps que porten luxades, creant un veritable repte terapèutic.

INTRODUCCIÓ

No és fàcil definir què és una luxació tardana d'una pròtesi de maluc. Es tracta d'una luxació que, recidivant o no, pot aparèixer a distància de la implantació protètica o dels primers episodis de luxació. A vegades hi ha un període de temps més o menys llarg lliure de luxacions fins a la seva detecció. Es pot reconèixer i tractar de manera immediata o bé, cosa més freqüent, pot ser diagnosticada molt més lluny en el temps.

Aquest diagnòstic tardà representa "per se" un grau de dificultat suplementari donada la irreductibilitat o la cronicitat del procés que es traduirà en un repte major a l'hora del tractament.

Factors causals

Ja han estat analitzats prèviament i són ben coneguts com a factors de risc de les luxacions protètiques. Només farem esment dels més freqüents i, per tant, els més probables en una luxació tardana. Pacients amb malalties poliarticulars inflammatòries, amb obesitat mòrbida, en els casos

d'artroplàstia posttraumàtica(14); components protètics implantats amb algun defecte de posició (còtila vertical, tija medialitzada), que s'hagin beneficiat prèviament d'un canvi acetabular parcial (insert/cap)(9); implants portadors de caps de ≤ 28 mm de diàmetre, o en aquells pacients que, degut a una osteòlisi acetabular o a una migració de la tija femoral, presentin una mobilització progressiva dels implants (>20% dels casos es podrien diagnosticar en els controls radiològics de seguiment)(22).

S'ha de fer esment especial dels pacients, senils o no, amb alteracions neuromusculars, neurològiques i cognitives severes, alguns dels quals han pogut presentar traumatismes que han passat desapercebuts(18). Aquests pacients, habitualment residents en centres de la tercera edat, hospitals de crònics/neurològics, són, per a alguns autors, la font més freqüent d'aquest tipus de luxacions associat a components ben posicionats i no desgastats(8).

És clar que un procés infecciós profund, silent, amb microorganismes poc agressius, pot provocar una luxació tardana que pot esdevenir inveterada. En aquest cas, el tractament haurà de passar pel control satisfactori del procés sèptic incloent, moltes vegades, un procés de revisió quirúrgica amb resecció dels implants afectats amb o sense reconstrucció ulterior.

Principis de planificació terapèutica davant d'una luxació tardana:

Hauríem de dividir els pacients en dos grups, de cara a la planificació terapèutica:

A) Luxacions tardanes en pacients amb dèficits cognitius, trastorns tròfics i/o de la sensibilitat o amb afectació prèvia de la seva capacitat global de marxa. Per aquest tipus de pacient, sovint asimptomàtic(19), es pot proposar l'abstenció quirúrgica(12), exceptuant les luxacions tardanes associades a processos sèptics i/o amb alteracions cutànies que, de vegades, justifiquen l'exèresi dels implants(10).

La presència a la radiologia d'ossificacions heterotòpiques al voltant de l'implant acetabular luxat ha de ser pensar en la cronicitat del procés. La major part dels casos

descrits amb ossificacions són gairebé asimptomàtics o es-
tables biomecànicament, la qual cosa no justifica "per se"
la cirurgia(15).

B) Luxacions tardanes en pacients joves, simptomàtics,
amb capacitat de marxa i qualitat òssia suficient. El principi
de tractament estarà orientat cap a la reducció de la luxació
i la recuperació de la capacitat funcional del maluc.

La simple reducció tancada amb anestèsia general d'una
luxació tardana és difícil. La majoria de vegades la fibrosi
periarticular i que la cavitat acetabular estigui obturada per
teixit fibrós dificulten o impossibiliten la reducció estable.
Sempre s'ha de tenir en compte que caldrà una reducció oberta,
si bé, en comptades ocasions resultarà suficient com a gest
terapèutic definitiu(21). Hem de posar atenció especial quan
es tracti de reduir una luxació d'un model de pròtesi amb
doble mobilitat. Donat el diàmetre d'aquestes pròtesis, la ma-
niobra de reducció demana més força per arribar a la "jump
distance" o distància radial de luxació; si aquesta distància
no s'obté fàcilment en el moment de la reducció, el nucli de
polietilè pot frenar-se amb el marge metàl·lic lliure de l'acetà-
bul i provocar, per arrencament, un desmuntatge entre el cap
protètic i el nucli de polietilè que derivarà en una luxació in-
tra-components que ens obligarà a una reducció oberta(24).

L'absència o insuficiència del mecanisme abductor pot ser
un factor causal de major inestabilitat i d'aparició d'una lu-
xació tardana(11), per la qual cosa caldrà reconèixer-la per
poder estabilitzar el maluc en la reconstrucció quirúrgica.
La major part de luxacions tardanes poden venir d'episodis
previs de luxacions recidivants o de casos que han necessi-
tat una revisió quirúrgica prèvia (recanvi de component de
polietilè, recanvi per luxació recidivant, etc.) Les luxacions
repetides i els gestos de reconstrucció quirúrgica associats
poden afectar el mecanisme abductor del maluc, bé perquè
han provocat desinsercions musculars glúties, o bé per frac-
tures-avulsions que han passat desapercebudes o també
per la mateixa afectació iatrògena del nervi gluti superior, la
qual cosa pot contribuir a una inestabilitat potencial ulterior,
estimada en un 20% de casos(16). La reconstrucció es pot
intentar amb al·loempelt de tendó d'Aquil·les(4), o bé, amb
menys bons resultats, amb la reinserció glútia mitjançant la
utilització d'ancoratges transossis(3), o amb sutura direc-
ta(13) però amb moltes recidives.

En el cas de trobar-se davant d'una pseudartrosi (antiga
trocanterotomia o arrencament antic del trocànter, un sarcò-
fag no consolidat o una necrosi òssia avascular de finestres/
sarcòfags, etc), hauria de ser tractada de forma concomitant
a la cirurgia de reducció(17).

Principis bàsics d'aquest tipus de cirurgia:

– La selecció de la millor solució ha de fer-se amb una
bona planificació preoperatòria tenint, com a mínim, un pla
terapèutic alternatiu al quiròfan.

– No es pot sistematitzar el mateix tractament per a tots
els pacients; s'ha de personalitzar cada cas.

– En cas de reconstrucció amb un implant estàndard,
cal reconstruir la nova articulació utilitzant caps protètics
d'almenys 32 mm de diàmetre per reduir el risc de luxació;
s'aconsellen diàmetres superiors a 36 si el parell de fricció
ho permet(5).

– En casos de resecció àmplia de parts toves per reduir
la luxació, s'hauria d'utilitzar, sempre que sigui possible, un
implant de doble mobilitat(6, 7, 20) i, en cas d'impossibilitat
o de gran inestabilitat intraoperatòria, s'aconsella l'ús d'una
còtila constrenyida(23), malgrat que els resultats són medi-
ocres a llarg termini.

– Els bons resultats d'aquest tipus de cirurgia mai no
ultrapassen el 80%, encara que s'utilitzin tots els mitjans
(recanvi dels components mal orientats, correcció dels con-
flictes protètics, utilització de caps de gran diàmetre, etc.)

– La translació anterior del trocànter major, com en les
cirurgies de les displàcies de maluc, s'hauria de reservar per
als casos sense diferència de longitud de membres, amb
components protètics implantats correctament i sense osteo-
pènia (risc alt de pseudartrosi)(2).

– La utilització de tiges de revisió modulars pot represen-
tar una gran ajuda a l'hora de restaurar la longitud i obtenir
una reducció estable de l'implant en casos de luxacions in-
veterades amb risc de lesions neurològiques, permetent, fins
i tot, la realització d'osteotomies d'escurçament i un cert
control de l'anteversió de l'implant a nivell metafisari(1).

CONCLUSIONS

Les luxacions tardanes són un problema poc freqüent
però, quan es presenten en un pacient jove i actiu poden ser
un problema de molt difícil resolució.

Un cop analitzats tots els factors de risc i etiològics, el
tractament anirà dirigit a corregir-los per millorar el proble-
ma d'inestabilitat i reduir, si és possible, la luxació protètica.

En els casos de pacients joves i simptomàtics la revisió de
l'artroplastia pot ser una solució eficaç però es tracta d'una
cirurgia complexa i d'alt risc anestèsic i quirúrgic. En els pa-
cients més senils, amb alteracions cognitives i/o poc simpto-
màtics es preferible evitar la cirurgia. Només en casos sèp-
tics o d'exteriorització dels implants es proposarà la resecció
quirúrgica dels implants sense una nova reconstrucció.

BIBLIOGRAFIA

1. Blaha JD.
Fine tuning in hip stability. In Pearls & Prologues in Hip Reconstruction.
CCJR Winter 2006, Session X, Paper #42.
2. Cuckler JM.
CORR Insights®: Total hip arthroplasty performed in patients with residual poliomyelitis: does it work?
Clin Orthop Relat Res. 2014 Mar;472(3):941-2.
3. Davies H, Zhaeentan S, Tavakkolizadeh A, Janes G.
Surgical repair of chronic tears of the hip abductor mechanism.
Hip Int. 2009 Oct-Dec;19(4):372-6.
4. Fehm MN, Huddleston JI, Burke DW, Geller JA, Malchau H.
Repair of a deficient abductor mechanism with Achilles tendon allograft after total hip replacement.
J Bone Joint Surg Am. 2010 Oct 6;92(13):2305-11.
5. Garbuz DS, Masri BA, Duncan CP, Greidanus NV, Bohm ER, Petrak MJ, Della Valle CJ, Gross AE.
Dislocation in revision THA: do large heads (36 and 40 mm) result in reduced dislocation rates in a randomized trial?
Clin. Orthop. Relat. Res. 2012; 470:351-6.
6. Grigoris P, Grecula MJ, Amstutz HC.
Tripolar Hip Replacement for Recurrent Prosthetic Dislocation
Clin. Orthop. Rel. Research, 1994 (304):148-55.
7. Hailer NP, Weiss RJ, Stark A, Kärrholm J.
Dual-mobility cups for revision due to instability are associated with a low rate of re-revisions due to dislocation: 228 patients from the Swedish Hip Arthroplasty Register.
Acta Orthop. 2012; 83(6):566-71
8. Hedlun U, Fredin H.
Patient characteristics in dislocations after primary total hip arthroplasty: 60 patient compared with a control group.
Acta Orthop Scand 1995; 66:225-228.
9. Hernigou P, Filippini P, Flouzat-Lachaniette CH, Batista SU, Poignard A.
Constrained liner in neurologic or cognitively impaired patients undergoing primary THA.
Clin Orthop Relat Res 2010;468(12):3255-3262.
10. Kadar A, Gigi R, Chechik O.
Protrusion on an artificial femoral head: a rare complication of chronic dislocation of the prosthetic hip.
J. Arthroplasty 2013, 28(2):374.
11. Kung PL, Ries MD.
Effect of femoral head size and abductors on dislocation after revision THA.
Clin. Orthop. Relat. Res. 2007, 465:170-4
12. Lidder S, Ranawat VS, Ranawat NS, Thomas TL.
Chronic asymptomatic dislocation of a total hip replacement: a case report.
J. Med. Case Rep. 2009, 19(3):8956.
13. Miozzari HH, Dora C, Clark JM, Nötzli HP.
Late repair of abductor avulsion after the transgluteal approach for hip arthroplasty.
J Arthroplasty. 2010 Apr;25(3):450-457.
14. Mohamed AM, Makki D, Gibbs J.
Effect of surgical approach on the early outcome of total hip replacement for femoral neck fractures.
Acta Orthop Belg. 2013 Dec;79(6):667-71
15. Odak S; Ivory J.
Management of abductor mechanism deficiency following total hip replacement.
Bone Joint J. 2013, 95(B):343-7.
16. Odak S, Mangwani J, Ivory J.
Pseudoacetabulum a subtle radiological feature of a chronic dislocated total hip replacement.
BMJ Case Rep. 2012 Oct 6.
17. Peplonski A, Plominski J.
Instability and other local complications after revision hip replacement in one patient -a case report.
Pol. Merkur. Lekarski 2014, 36(211):31-3.
18. Rodriguez A, Lemaire R.
Total hip replacement in the elderly patient: indications and results].
Rev Med Liege. 1997 Apr;52(4):278-84
19. Salvi AE, Florschütz AV, Grappiolo G.
Asymptomatic chronic dislocation of a cemented total hip prosthesis.
West J. Emerg. Med. 2014, 15(1):107-8.
20. Stulberg SD.
Dual mobility for chronic hip instability: a solution option.
Orthopedics 2010, 33(9):637.
21. Suh KT; Moon KP; Kim IB; Lee JS.
Open reduction of a chronic proximal dislocation after total hip arthroplasty.
J Arthroplasty, 2008, 23(5):790-3.
22. Wetters NG, Murray TG, Moric M, Sporer SM, Paprosky WG, Della Valle CJ.
Risk factors for dislocation after revision total hip arthroplasty.
Clin Orthop Relat Res. 2013 Feb;471(2):410-6.
23. Williams JT Jr, Ragland PS, Clarke S.
Constrained components for the unstable hip following total hip arthroplasty: a literature review.
Int Orthop. 2007;31(3):273-7.
24. Zinke MB, Kinner B.
Unrecognised dissociation of the bipolar hip prosthesis advantage® (Biomet®) after closed reduction of a dislocation: a rare complication].
Z Orthop Unfall. 2014 Feb;152(1):33-5

COMUNICACIONS ORALS

ESPATLLA-1

Dijous 22 de Maig

Sala 1 – 15:00 – 16:30

Orals: CO 1 – CO 9

Moderadors: Balcells, Eudald

García-Forcada, Ignacio

CO-1 / 15:00 - 15:10

RESURFACING VS PRÒTESIS AMB TIJA: COMPLICACIONS PERIOPERATÒRIES DELS RECANVIS CAP PRÒTESI INVERTIDA

Natera Cisneros, L.¹, Bruguera Prieto, J.², Ofer Levy Md³

1. Parc de Salut Mar, Barcelona

2. Institut Universitari Dexeus, Barcelona

Keywords: Resurfacing, Pròtesis amb Tija, Complicacions Perioperatòries, Recanvis

Introducció i objectius

La complicació a llarg termini més freqüent de les artroplasties d'espatlla és la ruptura del manegot dels rotatoris. El cap migra superiorment i condiciona conflicte subacromial que suposa dolor. El impingement subacromial en artroplasties és indicació de revisió. Les complicacions perioperatòries de les revisions es relacionen amb la magnitud i durada de la intervenció. La durada ve determinada per la cimentació o no de la tija de l'implant primari. La revisió d'un resurfacing, al no tenir tija ni ciment, suposa menor temps quirúrgic i menys complicacions. L'objectiu va ser determinar si les complicacions perioperatòries de les revisions de pròtesis no cimentades sense tija a pròtesis invertida són menors que aquelles de les revisions de pròtesis cimentades amb tija (PCT) a pròtesis invertida (PI).

Material i mètode

Entre 2005 i 2012 es van realitzar 37 recanvis de pròtesis d'espatlla. Seguiment mínim 12 mesos. Es recambiaron 21 hemiartroplastias tipus Copeland resurfacing (CR), 2 artroplasties totals tipus CR, 12 hemiartroplastias cimentades i 2 pròtesis totals cimentades. Les indicacions de recanvi van ser:

dolor, debilitat, rigidesa, 3 aflujaments asèptics en CR, i en PCT 1 luxació, 1 consolidació viciosa i 1 aflujament asèptic. Edat mitjana 69 anys. 30 dones i 7 homes. La PI del recanvi va ser el sistema Verso (ANAT-Innovative Design Orthopaedics, UK). Els paràmetres valorats van ser: durada de la revisió, sagnat intraoperatori, necessitat de osteotomies humerals i fractures intraoperatòries. Es van dividir els pacients pre-recanvi segons implant primari: CR i PCT.

Resultats

La durada del recanvi cap PI per al grup de les CR va ser 01:51, i per al grup de les PCT de 03:39. El sagnat intraoperatori del grup de les CR va promediar 260 ml, i el del grup de les PCV 406 ml. En 2 casos del grup de les PCV es va realitzar osteotomia humeral. Es van produir 2 fractures intraoperatòries en el grup de les PCT, i 1 a les CR.

Conclusions

En pacients amb patologia degenerativa que requereixen artroplàstia i amb expectativa de vida que pugui suposar recanvi; s'hauria de considerar el resurfacing com implant primari d'elecció, ja que potencialment minimitza les complicacions periperatorias de possibles cirurgies successives.

CO-2 / 15:10 - 15:20

ESTUDI PROSPECTIU RANDOMITZAT QUE COMPARA LES GLENOSFERES 38 I 42 EN ARTROPLÀSTIES D'ESPATLLA INVERTIDES

Santana Pérez, F.¹, Miquel Noguera, J.², Monllau García, J.C.^{1,2}, Torrens Canovas, C.¹

1. Parc de Salut Mar, Barcelona

2. Institut Universitari Dexeus, Barcelona

Keywords: Glenosfera, Protesis, Invertida, Scapular Notch

Introducció i objectius

Es suposa que una major talla de la glenosfera hauria de proporcionar una millor estabilitat i menys scapular notch.

Determinar les diferències entre l'ús de la glenosfera 38 i 42 en resultats, luxacions i desenvolupament de scapular notch en pròtesi invertida.

Material i mètode

Es tracta d'un estudi prospectiu randomitzat que inclou 89 pacients (75 dones/14 homes). La mitjana d'edat és de 75,58 anys. 46 pacients van ser tractats amb la talla 38 de glenofera i 43 amb la 42. Hi van haver 56 artropaties secundàries de la còfia rotadora, 23 fractures agudes i 10 seqüeles de fractures. Tots els pacients van tenir un seguiment d'un període de 2 anys. També es va fer un seguiment d'el Constant Score (CS) abans de la cirurgia i als 2 anys. Es va fer una prova de RX, TAC i RMN abans de la cirurgia i proves de RX als 3-6-12-24 mesos. Un pacient va morir i 7 es van perdre durant el seguiment. Els dos grups són comparables en edat, gènere, diagnòstic i CS preoperatori.

Resultats

No hi ha diferències significatives entre els dos grups en el CS final $p0,551$ (38: 56,95 / 42: 54,60). Dues pacients van patir luxacions, una en cada grup. Van sorgir dues fractures acromials en el grup de la glenofera 42 sense diferències significatives $p0,198$. Scapular notch si que és significativament diferent entre els dos grups $p0,013$ (38:48,8% - 42: 12,1%). La glenofera va sobrepassar millor en les 42 (38: 4,34 / 42: 6,38). Marginalment existeixen diferències significatives entre quan sobrepassa i el desenvolupament de scapular notch $p0,11$ (5,62 / 4,71). També hi ha diferències significatives entre el tipus de glenoide i scapular notch $p0,03$ (E0 17,2% - E1 40%).

Conclusions

La mida de la glenofera no ha d'influir en els resultats clínics ni en les luxacions però sí que afecta significativament en el desenvolupament del scapular notch. El fet que sobrepassi la glenofera, sembla que pot ser beneficiós a l'hora d'evitar el scapular notch però es necessitaria un major nombre de pacients per provar-ho. En els E1 glenoides és més probable desenvolupar scapular notch.

CO-3 / 15:20 - 15:30

ANÀLISI BIOMECÀNICA DE LA REPARACIÓ DE LA LUXACIÓ DE L'ARTICULACIÓ ACROMIOCLAVICULAR UTILITZANT DISPOSITIUS CORACOCLAVICULARS EN DUES CONFIGURACIONS ANATÒMIQUES DIFERENTS. ESTUDI CADAVERIC

Natera Cisneros, L.¹, Abat González, F.², Pérez España, M.³, Paz Jiménez, E.⁴, Sarasquete Reiriz, J.¹

1. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona
2. Orthopedic Sports Specialist, CEREDe – Center for High Level Sports medicine treatment and rehabilitation, Barcelona
3. Unidad de Patología de hombro y codo de Madrid
4. Engineering School (ICAI). University of Comillas, Madrid

Keywords: *Anàlisi Biomecànica, Coracoclaviculares, Anatòmiques, Luxació Acromioclavicular*

Introducció i objectius

L'objectiu va ser avaluar el comportament biomecànic de dues tècniques anatòmiques de reparació dels lligaments coracoclaviculares (CC) que es poden utilitzar per al tractament quirúrgic de les luxacions acromioclaviculares (AC) agudes, emprant dispositius sintètics de suspensió CC.

Material i mètode

Es van utilitzar 18 espatlles de cadàver humà, edat mitjana 58 anys. En tots els casos el dispositiu de suspensió utilitzat va ser el sistema sintètic coracoclavicular ZipTight® (Biomet). Es van conformar 3 grups: grup I (grup control, $n = 6$), grup II (reconstrucció amb túnel doble, dos a clavícula i dos en coracoides amb dos dispositius de suspensió CC, $n = 6$) i grup III (dos túnels en clavícula i un altre a coracoides, amb un dispositiu de suspensió CC en configuració de "V", $n = 6$). Les mostres es van col·locar en una màquina de mesurament (Instron, ElectroPuls 3000. Cant, MA, EUA). La prova es va aturar quan es va observar mobilitat o quan l'implant fracassar. A cada assaig és gravada la força màxima de trencament en newtons (N). L'anàlisi de la prova va començar amb el grup I per així disposar dels valors de referència de les espatlles control.

Resultats

En el grup de control (I) tots els lligaments CC es van trencar. Força màxima = 635,59 N, mínima = 245,85 N, mitjana = 446,02 N (DE 160,16). En el grup II la força màxima = 939,37 N i la mínima = 278,75 N, mitjana = 495,51 N (DE 300,83). En el grup III el valor màxim = 533,11 N i el mínim = 210,30 N, mitjana = 343,86 N (DE 111,46). No es van trobar diferències significatives en la comparació dels tres grups (ANOVA, $p = 0,446$).

Conclusions

La reparació anatòmica dels lligaments CC amb doble túnel tant en clavícula com a coracoides sembla aproximar més a l'articulació AC nativa en termes de resistència a la translació vertical. El sistema CC en "V" sembla no ser suficient biomecànicament.

CO-4 / 15:30 - 15:40

QUÈ HI HA MÉS ENLLÀ DELS TREBALLS PRELIMINARS? ANÀLISI DELS RESULTATS PRELIMINARS A LA CIRURGIA DE L'ESPATLLA

Miquel Noguera, J.¹, Santana Pérez, F.², Cáceres Palou, E.¹, Monllau García, J.C.², Torrens Cánovas, C.²

1. ICATME - Hospital Quirón-Dexeus, Barcelona
2. Parc de Salut Mar, Barcelona

Keywords: Resultats Preliminars, Llarg Termini, Espatlla

Introducció i objectius

Alguns treballs preliminars reporten resultats encoratjadors. Desafortunadament, però, no sempre es publiquen els resultats a llarg termini d'aquests treballs.

L'objectiu d'aquest estudi és analitzar els treballs preliminars (TP) publicats a revistes indexades, en relació a procediments de l'espatlla i comparar-los amb els treballs amb resultats a llarg termini (LT).

Material i mètode

Es va realitzar una cerca a Pubmed amb els termes "shoulder preliminary results" (resultats preliminars espatlla). Els TP publicats des del 2007 foren exclosos de l'estudi, ja que els autors podrien, encara, publicar resultats a llarg termini. 35 estudis foren inclosos, incloent temàtiques com fractures, artrosi, inestabilitat i tècniques de reparació de la còfia dels rotadors. El seguiment mig fou de 20,1 mesos; mentre la mitja de pacients fou de 19,26. L'avaluació de resultats i complicacions foren els paràmetres estudiats dels TP i es compararen amb els LT per mostres de pacients comparables.

Resultats

Només 11 de 35 treballs preliminars (31,4%) foren seguits per un treball posterior amb resultats a llarg termini pel mateix autor o grup de recerca. Els resultats publicats als TP reporten un 82,43% de resultats excel·lents o bons. La taxa mitja de complicacions fou del 12% als TP. Els TP que foren seguits d'un LT mostren millor resultats (87,1% resultats excel·lents o bons) respecte els que mai tingueren un estudi a llarg termini (78,12%) (p0,04). Els treballs a LT obtenen pitjor resultats respecte els PR, en termes de resultats clínics (77,2% de resultats

excel·lents o bons) i de complicacions (13%), tot i que no s'arriba a assolir la significació estadística (p0,286 i p0,824).

Conclusions

La majoria de treballs preliminars no són seguits per un treball a llarg termini. Els pocs treballs preliminars que tenen un seguiment a llarg termini obtenen millors resultats, sense empitjorament dels resultats al llarg del temps. Els treballs preliminars tendeixen a sobrestimar resultats i subestimar les complicacions.

CO-5 / 15:40 - 15:50

INFLUÈNCIA DE LA TÈCNICA DE REMPLISSAGE ARTROSCÒPIC EN EL RANG DE MOVIMENT. ÉS AQUESTA TÈCNICA RESTRICTIVA DE LA ROTACIÓ EXTERNA DE L'ESPATLLA?

Hachem A., Ezagui Bentolila, L., Urbina Huaraca, C., Portabella Blavia, F.

Hospital Universitari Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Keywords: Remplissage, Inestabilitat, Rotació Externa

Introducció i objectius

La lesió d'Hill Sachs de l'húmer en combinació amb un defecte ossi glenoideo anterior pot causar el fracàs de la cirurgia prèvia en la inestabilitat de l'espatlla. Múltiples opcions de tractament s'han descrit, entre elles la capsulotenodesi de la càpsula posterior i tendó del infraespinós per omplir el defecte de la lesió d'Hill-Sachs, convertint-la en extra-articular, i prevenint així la inestabilitat recurrent. El nostre objectiu és avaluar els resultats de la capsulotenodesi artroscòpica del tendó del infraespinós ("Remplissage") en el tractament de la inestabilitat anterior d'espatlla amb defectes ossis combinats, així com també constatar si produeix limitació de la rotació externa final.

Material i mètode

Estudi retrospectiu entre 2009-2012 de 19 pacients amb inestabilitat anterior d'espatlla amb defecte ossi combinat d'húmer i glena anterior inferior al 15% tractats mitjançant reparació artroscòpica associant el Remplissage. Els resultats clínics van ser mesurats determinant el rang de mobilitat comparatiu en el pre i postoperatori, principalment la rotació externa en adducció (RE1) i abducció (RE2), el test de Constant-Murley, el Western Ontario Shoulder Instability Score (WOSI) i el Walch-Duplay Score.

Resultats

19 pacients, 17 homes i dues dones. Mitjana d'edat de 30.3 anys. Seguiment mitjà va ser de 21.4 mesos (rang entre 18 i 26 mesos). La mitjana de rotació externa en adducció (RE1) va ser 73.15°, i en abducció a 90° (RE2) va ser 82.89°. La diferència de RE1 mitjana comparativa amb el costat sa va ser de 13.69°, i de RE2 de 14.47°. La mitjana del Constant-Murley Score postoperatori va ser de 95.7, del WOSI va ser de 74.17%, i el Walch-Duplay Score va classificar la majoria de pacients en bon (12) i excel·lent (5) resultat. 1 pacient (5.26%) va presentar recurrència de la simptomatologia, amb un episodi de relaxació traumàtica als 2 anys de ser operat.

Conclusions

La tècnica de Remplissage artroscòpic associada a la plicatura capsular i reparació de la lesió de Bankart aplicada en defectes ossis glenohumerals combinats restableix l'estabilitat mitjançant cirurgia de parts toves. Aconseguix un rang de mobilitat amb escassa limitació de la rotació externa, amb menor repercussió en els pacients hiperlaxes i amb resultat clínic satisfactori.

CO-6 / 15:50 - 16:00

HAGL FLOTANT. PRESENTACIÓ D'UN CAS I REVISIÓ DE LA LITERATURA

Ezagui Bentolila, L., Hachem, A., Urbina Huaraca, C., Portabella Blavia, F.

Hospital Universitari Bellvitge, l'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Keywords: HAGL Flotant, Inestabilitat

Introducció i objectius

La inestabilitat anterior postraumàtica d'espatlla inclou un ampli espectre de lesions capsulolabral. La lesió de Bankart és la més comuna, mentre que l'avulsió humeral del lligament glenohumeral (HAGL) aïllada és poc freqüent. La combinació de l'avulsió glenoidea i humeral del lligament glenohumeral inferior ipsilateral anterior és molt rara. El fracàs en la seva identificació pot portar a una reparació quirúrgica incompleta i una recurrència postoperatoria dels símptomes. L'objectiu de l'estudi és presentar un cas clínic de HAGL flotant i revisar la literatura publicada sobre aquesta patologia.

Material i mètode

Presentació de cas clínic d'un pacient home de 28 anys amb avulsió humeral i glenoidea anterior del lligament glenohumeral inferior després d'una luxació traumàtica de la seva

espatlla, durant partit de rugbi. El seu diagnòstic i tècnica quirúrgica artroscòpica reparant primer la lesió glenoidea, seguida de la humeral, resultats i revisió de la literatura.

Resultats

Després de la reparació artroscòpica i un postoperatori sense complicacions, va recuperar el rang de mobilitat complet amb normalització de les escales de Constant i Rowe. Reincorporació completa a activitats de la vida diària i laboral prèvies, però amb canvi d'activitat esportiva.

Conclusions

El HAGL flotant és una lesió molt rara i s'ha de prendre en compte en el tractament de la inestabilitat anterior d'espatlla. La seva reparació artroscòpica assegura l'èxit i la seva omissió pot resultar en una inestabilitat recurrent.

CO-7 / 16:00 - 16:10

RECONSTRUCCIÓ ARTROSCÒPICA AMB EMPELT OSSI DE DEFECTES GLENOIDES SEVERS PER A INESTABILITAT ANTERIOR GLENOHUMERAL

Hachem, A., Martín Urbina Huaraca, C., Ezagui Bentolila, J.L., Rodríguez Bascones, K., Portabella Blavia, F.

Hospital Universitari Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Keywords: Bankart Ossi, Inestabilitat de L'Espatlla, Artroscòpia.

Introducció i objectius

La inestabilitat anterior glenohumeral recidivante està usualment associada amb defecte ossi glenoideo (Bankart ossi), que incrementa l'índex de luxació recurrent. La literatura publicada sosté, que els defectes ossis de glena majors del 25%, haurien de tractar-se amb procediments d'addició ossi glenoideo. Descriuim la tècnica de reconstrucció Bankart ossi artroscòpic modificat. Presentem resultats preliminars de reconstrucció glenoidea extra-articular en defectes ossis.

Material i mètode

Es van incloure en l'estudi 6 pacients amb inestabilitat anterior glenohumeral i lesió de Bankart ossi erosiva major del 25% tractats amb cirurgia artroscòpica total entre 2011 i 2012. L'edat mitjana va ser de 34 anys. Els pacients van ser avaluats funcionalment amb les escales de Walch Duplay, de Rowe i de Western Ontario Shoulder Instability Score (WOSI). L'avaluació radiològica es va realitzar amb radiografies i TAC.

Resultats

Reportem la tècnica estandarditzada amb modificacions innovadores que simplifiquen l'augment de la glenoides. La puntuació mitjana obtingudes en l'escala de Walch Duplay va ser 89, de Rowe va ser de 95 i de WOSI de 81. Als 12 mesos tots els pacients van retornar a les seves activitats diàries amb rang de mobilitat complet de l'espatlla. El seguiment radiogràfic i tomogràfic va mostrar signes de resorció de l'empelt ossi en major o menor grau.

Conclusions

Encara que són resultats preliminars de casos, els pacients mostren en totes les escales una tendència a la recuperació amb millorança als 12 mesos, i no hi ha complicacions rellevants a la data. És de ressaltar que un pacient que practicava natació de competició retorni a la seva activitat esportiva després de la cirurgia.

CO-8 / 16:10 - 16:20

PRÒTESI INVERTIDA D'ESPATLLA EN CIRURGIA DE REVISIÓ. RESULTATS PRELIMINARS AMB L'ÚS D'EMPELT DE GLENOIDES

Ezagui Bentolila, L., Armengol Barallat, J., Rodríguez Bascones, K., Portabella Blavia, F.

Hospital Universitari Bellvitge, l'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Keywords: Pròtesi Invertida, Empelt de Glenoides

Introducció i objectius

L'expansió de les indicacions de la pròtesi invertida ha originat un increment del nombre de revisions i complexitat del procediment, amb el consegüent augment de les complicacions. Un bon nombre de casos de revisió precisen reconstrucció glenoidea per al correcte implant protèsic. L'objectiu d'aquest treball és revisar l'evolució de casos que han requerit l'ús d'empelt de glenoides i valorar els seus resultats.

Material i mètode

Estudi retrospectiu durant el període de 2004 a 2013 a partir d'una sèrie de 114 casos, 75 pròtesis primàries de les quals 10 han requerit empelt de glena, i 39 de revisió dels quals 12 requereixen empelt de glena. Tractats mitjançant tècnica de Norris, empelt de cresta ilíaca o cap humeral. Resultats funcionals mitjançant el test de Constant-Murley, evolució i complicacions.

Resultats

Dels casos primaris sense empelt es va obtenir una mitjana de Constant preoperatori de 25.38 i postoperatori 59.11. Dels 10 casos de primàries amb empelt, amb un seguiment mitjà de 18.5 mesos, es va obtenir un increment a la mitjana de Constant de 21.80 pre a 59.59 postoperatori. Increment a la flexió mitjana de 65° a 128.89°, i de 5.3° a 21.78° a la rotació externa mitjana. Milloria a la mitjana d'escala de dolor de 4.7 a 12. Quatre casos de notching escapular. De les revisions sense empelt es va obtenir una mitjana de Constant preoperatori de 23.80 i postoperatori 47.54. Dels 12 casos de revisió amb empelt (30.76%), amb seguiment mitjà de 27.2 mesos, increment en el Constant de 19.38 a 48.36. Increment en flexió de 40.2° a 108.33°. Rotació externa de -0.08° a 14.83°. 3 casos (25%) amb complicacions, incloent dolor en zona dadora d'empelt, luxació (1), paràlisi radial transitòria i notching escapular (2).

Conclusions

La utilització d'empelt de glena ha de tenir-se en compte donat l'increment de la incidència de casos de revisió amb defecte glenoideo. Els resultats funcionals són satisfactoris amb l'ús d'empelt, amb increments del Constant similars als grups, partint de valors preoperatoris inferiors dels quals requereixen empelt. Encara que les complicacions han estat ben tolerades, considerar la utilització d'aloïnerts per l'alta freqüència de problemes a la zona dadora.

CO-9 / 16:20 - 16:30

MÍNIMES DIFERÈNCIES CLÍNICAMENT IMPORTANTS EN EL DOLOR, LA FUNCIO I LA FORÇA DESPRÉS DE LA PRÒTESI INVERTIDA D'ESPATLLA

Guiro Castellnou, P.¹, Mingo Fernández, F.¹, Santana Pérez, F.¹, Miquel Noguera, J.², Monllau García, J.C.¹, Torrens Canovas, C.¹

1. Parc de Salut Mar, Barcelona

2. ICATME Dexeus, Barcelona

Introducció i objectius

La Pròtesi invertida d'espatlla (PIE) ha demostrat millorar significativament el dolor i la funció a les espatlles amb deficiència de manegot rotador, però la mínima diferència en els resultats que el pacient percep com beneficiosa encara està per definir.

Material i mètode

Cinquanta-nou pacients als quals es va implantar una PIE per deficiència del manegot rotador es van seguir prospecti-

vament. Tots els pacients van ser avaluats abans de la cirurgia i als 2 anys postoperatoris a través del test de Constant (TC). La Diferència Mínima Clínicament Important (DMCI) es va estimar per a cada element de la Puntuació del TC (dolor, activitats vida diària, la funció i la força) amb l'ús d'un qüestionari de 15 elements anomenat qualificació global de l'escala del canvi (Global rating of change scale).

Resultats

La mitjana preoperatoria del TC va ser de 29,75 punts i va millorar significativament fins a 57,32 punts. Tots els apartats del TC van millorar significativament després del tractament quirúrgic, excepte la rotació interna (p 0.126). La DMCI per al dolor es va correlacionar significativament amb la millora general del TC (p 0.003) però només una milloria de 5 punts (en una escala de 0 a 15 punts) va significar un canvi en la percepció del benefici. La DMCI per l'elevació anterior va ser de millorar 30°. La DMCI per a la rotació interna i també per la rotació externa va ser millorar un esglaó en la puntuació del TC. Finalment, la DMCI per la força va ser millorar en 3.11 kg.

Conclusions

Tot i que la puntuació global va millorar de forma significativa després implantar-se una PIE, la percepció del benefici del pacient varia en funció de la milloria en cada element del TC. La DMCI depèn de la milloria general en la puntuació del TC, i també en la milloria per separat de cada apartat, ja que varia entre el dolor, la funció i la força. La milloria significativa de la puntuació global no vol dir que el pacient la percebi com a beneficiosa, a no ser que arribi a una mínima diferència en el resultat.

PEU TURMELL-TRAUMA

Dijous 22 de Maig

Sala 2 – 15:00 - 16:10

Orals: CO 10 – CO 16

Moderadors: González Vargas, J.A.

Muriano, Jorge

CO-10 / 15:00 - 15:10

RUPTURA AGUDA DEL TENDÓ D'AQUIL·LES: EN BUSCA D'UN ALGORITME

Manent Molina, A., Santamaría Fumas, A., López Capdevila, M.E., Parada Avendaño, I., Muriano Royo, J., Girós Torres, J.

Consorci Sanitari Integral, Barcelona

Keywords: Ruptura, Aguda, Aquiles, Cirurgia

Introducció i objectius

Analitzar els resultats clínico-funcionals del tractament de les ruptures agudes del tendó d'aquil·les i les seves complicacions.

Material i mètode

Estudi retrospectiu descriptiu de 62 pacients d'edat mitja 41'73 anys, 88'7% (55) sexe masculí, diagnosticats de ruptura aguda del terç mig del tendó d'aquil·les tractades quirúrgicament en el nostre centre en els últims 4 anys (gener 2010- Octubre 2013).

S'avaluen els resultats clínics i funcionals mitjançant l'escala ATRS i AOFAS, i les complicacions a les 4,8, 12 setmanes, 6 mesos i a l'any postoperatori, amb un seguiment mínim de 6 mesos.

Resultats

De les 62 ruptures, 51 (82,3%) van ser tractades mitjançant una sutura termino-terminal per cirurgia oberta, a 20 d'aquestes es va associar una ampliació, i 9 van ser tractats mitjançant sutura percutània descrita per Ma & Griffith.

Els pacients presenten una milloria de l'AOFAS als 12 mesos (mitja 96,35) respecte als 6 mesos (mitja 90,49).

En 5 pacients es va evidenciar durant l'acte quirúrgic, una tendinopatia crònica de l'aquil·les, coincidint amb pitjors resultats clínico-funcionals (Mitja AOFAS 83,4 / ATRS de 23).

Totes les complicacions es van presentar en el grup de la cirurgia oberta: 2 (3,2%) casos de reruptura, 7 (11,3%) problemes amb la ferida, i altres 5 (9,1%) complicacions menors.

Als 6 mesos postoperatoris, el 86'2% dels pacients van retornar a la vida diària i esportiva prèvia (no professionals).

Conclusions

Segons aquesta revisió, el grup de percutània presenten menys complicacions i millors resultats clínic-funcionals, no sent significatiu pel baix nombre de pacients. Aquests resultats ens han portat a dissenyar un assaig clínic aleatoritzat on comparar els principals tractaments de les ruptures agudes del tendó d'aquil·les.

CO-11 / 15:10 - 15:20

TRACTAMENT QUIRÚRGIC DE LES FRACTURES INTRAARTICULARS DESPLAÇADES DE CALCANI, ES REQUEREIXEN SUBSTITUTS OSSIS?

Rivero Sosa, R., Santamaria Fumas, A., Muriano Royo J., Domínguez Sevilla, A., López Capdevila, M.E.; Girós Torres, J. Consorci Sanitari Integral, Barcelona

Keywords: Fractures, Calcani, Injert, Sanders

Introducció i objectius

La fractura de calcani és la més freqüent en el retropeu sent el tractament d'aquestes lesions actualment un repte pel cirurgià, ja que tot i les noves tècniques i implants pel seu tractament, els resultats no sempre són satisfactoris, apareixent amb freqüència seqüeles permanents i incapacitants.

Material i mètode

Estudi descriptiu retrospectiu de 52 fractures intraarticulars de calcani (classificació de Sanders) tractats entre gener de 2010 - desembre de 2013.

Dos grups: tractament quirúrgic amb aport d'injert o substitut ossi o sense.

Evaluació de les diferències radiològiques d'angle de Böhler i Gissane en el postoperatori immediat, als 6 mesos i a l'any postoperatori.

Resultats

Es revisen 52 fractures de calcani; 74% homes, edat mitja 47 anys.

De les 52 fractures, en 25 casos es va realitzar osteosíntesis amb placa de reconstrucció: 10 amb injert ossi o substitut i 15 sense injert/substitut; en un cas (Sanders IV) es va optar per artrodesis subastragalina i en 23 casos es va decidir tractament ortopèdic.

Anàlisi estadístic dels resultats amb la T-student (SPSS).

L'angle mig de Böhler (mesurat per 2 observadors independents) en el grup de NO injert és de 26,8 en el postoperatori immediat; de 25 als 6 mesos i de 28,6 a l'any. En el grup d'injert és de 26,4, 26,4 i 25,1 en el postoperatori immediat, 6 i 12 mesos respectivament.

L'angle de Gissane són de 103,7, 101,9 i 104,1 en el grup de NO injert i de 103,8, 105,7 i 104,2 en el grupo d'injert, sent aquestes diferències no significativament estadístiques.

Conclusions

No s'han trobat diferències estadísticament significatives entre l'ús o no d'injert o substituïts en les fractures intraarticulars de calcani; resultats similars a la bibliografia revisada.

CO-12 / 15:20 - 15:30

RESULTATS A MITJÀ TERMINI EN FRACTURES ARTICULARS DE CALCANI TRACTADES AMB PLAQUES D'ESTABILITAT ANGULAR

Fillat Gomà, F., Boó Gustems, N., Balaguer Castro, M., Fuentes López, R., González Vargas, J.A. Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

Keywords: Fractura, Calcani, Articular, Placa, LCP

Introducció i objectius

Les fractures de calcani són les més freqüents del Tars. Un 75% d'aquestes són articulars. Històricament el tractament ortopèdic era el preferit ja que els resultats eren poc predictibles. La millor comprensió d'aquest tipus de fractures acompanyada d'una evolució en els implants ha produït en l'última dècada un canvi en la perspectiva del maneig terapèutic. La reducció oberta amb fixació interna és ara una opció habitual en fractures articulars de calcani. L'objectiu del nostre estudi és presentar els resultats obtinguts en fractures articulars de calcani tractades quirúrgicament amb plaques d'estabilitat angular.

Material i mètode

Presentem una sèrie de quaranta-un casos tractats quirúrgicament amb reducció oberta i fixació interna utilitzant plaques d'estabilitat angular de calcani entre el període 2005-2013 obtinguts del nostre registre quirúrgic (CSPT). Hem analitzat les variables: American Society of Anesthesiologists score, el patró de fractura (Sanders Clasificació), el mecanisme de fractura, les complicacions secundàries a la cirurgia incloent el rescat amb artrodesi subastragalina, temps de seguiment i la funció utilitzant l'American Orthopaedic Foot & Ankle Society score.

Resultats

Els resultats analitzats en la nostra sèrie suggereixen que el tractament quirúrgic per a les fractures articulars de calcani és bastant predictable obtenint bons resultats funcionals amb una taxa de complicacions. No obstant això, és de gran

importància aconseguir una reducció anatòmica per evitar complicacions a llarg termini. Les taxes de complicacions són majors en funció de l'edat i comorbiditat associada del pacient.

Conclusions

Reconeixem diverses limitacions inherents en tot estudi retrospectiu. La heterogeneïtat de la nostra mostra, la dificultat de controlar tant la tècnica quirúrgica com el tractament postoperatori i seguiment fa necessari realitzar estudis controlats prospectius amb pacients amb fractura articular de calcani.

CO-13 / 15:30 - 15:40

FRACTURES DE PILÓ TIBIAL. RESULTATS ANATÒMICS, CLÍNICS I RADIOLÒGICS RERE L'APLICACIÓ DEL NOSTRE PROTOCOL QUIRÚRGIC I LA CORRELACIÓ AMB L'ESTUDI BIOMECÀNIC ESTÀTIC I DINÀMIC DE LA MARXA

Barceló Granero, I., Bonjorn Martí, M., Aranda Grijalba, C., Di Felice Ardente, P., Sánchez Allueva, J., Camí Biayna, J. Althaià. Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, Barcelona

Keywords: Piló, Tibial, Fractures

Introducció i objectius

Les fractures de piló tibial representen menys de l'1% de les fractures de la extremitat inferior i entre el 5 i el 10% de les fractures de la tibia.

Són fractures de maneig i tractament difícil que mostren diferents resultats a llarg plaç segons la complexitat de les mateixes. L'objectiu del nostre treball és presentar 14 pacients amb fractures de piló tibial tractats amb un mateix protocol quirúrgic i els resultats.

Material i mètode

Hem revisat 477 fractures de tibia i peroné desde el 2006 fins l'actualitat en el nostre centre, obtenint 14 casos de fractura de piló tibial. Hem estudiat la distribució segons les variables de sexe, lateralitat, classificació de Rüedi, classificació AO, fractures obertes o tancades, tipus d'osteosíntesi, mecanisme lesional i la col·locació o no de fixadors externs. Hem revisat l'aparició de complicacions i les lesions associades. En tots els casos es va aplicar un protocol quirúrgic, que inclou tracció transcalcània intraquirúrgica i via d'abordatge anteromedial. Hem valorat l'estat actual d'aquests pacients, segons reducció anatòmica, clínica, estudi radiològic i estudi de la marxa.

Resultats

Els resultats anatòmics, radiològics i clínics són satisfactoris, depenent del tipus de fractura segons la seva classificació, permetent al pacient realitzar una vida autònoma per a la seva activitat diària, amb algunes excepcions en la pràctica esportiva. Els estudis de la marxa informen que el turmell operat, presenta una limitació de l'arc de moviment segons els tipus de fractura respecte al contralateral i que la distribució de la càrrega està lluny de la càrrega normal esperada respecte al peu sa.

Conclusions

Creiem que el protocol quirúrgic aplicat en els nostres pacients, ens facilita una reducció més anatòmica de les fractures, i amb això aconseguim millors resultats postquirúrgics immediats anatòmics i radiològics. Tot i així, es tracta de fractures complexes de l'extrem distal de la tibia que condicionen la càrrega i la marxa del pacient, quedant lluny de la d'un peu normal.

CO-14 / 15:40 - 15:50

COMPARACIÓ DELS RESULTATS POSTOPERATORIS EN PACIENTS AMB FRACTURES INESTABLES DE TURMELL EN FUNCIÓ DE L'EDAT

Boó Gustems, N., Fillat Gomà, F., Balaguer Castro, M., Fuentes López, R., Martínez Álvarez, M., González Vargas, J.A. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

Keywords: Fractura, Turmell, Complicacions, Edat, Osteosíntesi

Introducció i objectius

En els últims anys, la incidència i severitat de les fractures de turmell en pacients ancians ha augmentat. Encara que el tractament quirúrgic de les fractures de turmell en el pacient jove és àmpliament acceptat, en els pacients ancians segueix existint controvèrsia respecte al tractament òptim al presentar aquests múltiples comorbiditats com diabetis, obesitat, malaltia vascular perifèrica, malaltia cardiovascular i osteoporosi.

L'objectiu del nostre estudi és avaluar les complicacions i els resultats funcionals del tractament quirúrgic amb reducció oberta i fixació interna de pacients ancians amb fractures inestables de turmell.

Material i mètode

Es van identificar als pacients intervinguts mitjançant reducció oberta i fixació interna de fractures inestables de turmell en la Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí durant el període 2009-2012. Es va realitzar un estudi transversal amb recollida de dades retrospectives obtingudes de la història clínica.

Els pacients van ser categoritzats en dos grups segons l'edat: Grup A es van incloure als pacients menors de 65 anys i en el Grup B es van incloure als pacients majors de 65 anys. La mostra total va ser de 120 pacients (60 pacients per a cada grup).

Es van analitzar les variables sexe, edat, IMC, classificació ASA, classificació AO, tipus d'osteosíntesis, comorbiditats (diabetis, malaltia cardiovascular, malaltia vascular perifèrica, osteoporosi i tabaquisme). Es van registrar les següents complicacions com ara la dehiscència de la ferida quirúrgica, infecció superficial o profunda, ús de teràpia de pressió negativa, trombosi venosa profunda, pèrdua de reducció articular, pseudoartrosi, síndrome de dolor regional complex i necessitat de segona intervenció.

Resultats

Els resultats suggereixen que el tractament quirúrgic per a les fractures inestables de turmell en pacients ancians és bastant previsible amb una taxa de complicacions acceptables. No obstant, és de gran importància aconseguir una reducció anatòmica amb una fixació satisfactòria. Les taxes de complicacions són majors amb l'augment de l'edat i la diabetis però sense relació estadísticament significativa.

Conclusions

El nostre estudi presenta diverses limitacions com ara el disseny retrospectiu, la simple recollida de pacients de la nostra base de dades i la impossibilitat de controlar tant la tècnica quirúrgica com el tractament postoperatori. És per això, que caldria realitzar estudis controlats prospectius amb un tamany de la mostra més gran.

CO-15 / 15:50 - 16:00

EVOLUCIÓ DE FRACTURES BIMAL-LEOLARS. ANÀLISI DE VARIABLES

Gardella Gardella, E., Santamaría Fumas, A., Domínguez Sevilla, A., Manent Molina, A., Álvarez San Nicolás, J., Muriano Royo, J.

Consorci Sanitari Integral, Barcelona

Keywords: Evolució, Fractures, Bimal-leolars, Variables

Introducció i objectius

Les fractures bimal-leolars de turmell són freqüents. Si no són correctament diagnosticades i tractades poden ocasionar greus seqüeles. Hi ha molts protocols de tractament, però hi ha pocs estudis que analitzin els resultats a curt i mig termini del seu tractament.

Realitzem una valoració després d'1 any de seguiment de fractures bimal-leolars entre els anys 2008-11, avaluant

si l'edat, el tipus de fractura, la demora i el tractament, es tradueix en pitjors resultats, tant en complicacions com en seqüeles clinicoradiològiques.

Material i mètode

Estudi retrospectiu observacional que valora resultats radiològics i clínics de fractures bimal-leolars produïdes entre 2008 i 2011. Es comparen segons edat, tipus de fractura per classificació AO i Gustilo, mecanisme de producció i tipus de tractament, buscant significació estadística pel que fa al nombre i tipus de complicacions a curt i mig termini. Escala AOFAS per valoració clínica a l'any de la fractura i anàlisi estadística amb SPSS Statistics.

Resultats

305 pacients recopilats, 60% dones, 10% van presentar alguna complicació, sense trobar diferències significatives per a les variables de mecanisme, tipus de fractura ni gravetat amb l'evolució posterior. Després d'1 any de seguiment, la mitjana d'AOFAS va ser de 90, considerat molt bo. Un 2% van requerir una nova intervenció per complicacions, 5 pacients van desenvolupar artropatia i d'aquests, 3 van requerir artròdesi de turmell.

Conclusions

No comptar amb un protocol universal per la seva classificació i tractament sembla no ocasionar problemes en l'evolució, tant per als tractats de manera ortopèdica com per als de resolució quirúrgica. El fet de no trobar diferències entre les variables estudiades, conclou que tot i ser fractures greus, que de no ser tractades poden generar seqüeles catastròfiques, un cop diagnosticades i tractades correctament evolucionen favorablement sense importar els antecedents ni característiques de la fractura. Calen més estudis prospectius per valorar la relació entre els diferents tractaments i posteriors seqüeles.

CO-16 / 16:00 - 16:10

FIXACIÓ EXTERNA AMB SISTEMA HÍBRID COM A TRACTAMENT DEFINITIU EN FRACTURES TIPUS PILÓ TIBIAL

Álvarez Gómez, C., Natera Cisneros, L.G., González Lucena, G., Soria Villegas, L.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Keywords: Fixació Externa, Fixació Híbrida, Pílo Tibial, Fractures Tibia Distal, Fractures Obertes.

Introducció i objectius

Les fractures tipus pílo tibial són producte en la majoria de casos de traumatismes d'alta energia, on intervenen forces

de compressió axial i es produeix una important destrucció de l'articulació. L'objectiu principal del tractament és assolir una articulació indolora i funcional. L'estat de les parts toves és determinant de cara a la indicació terapèutica.

Presentem una revisió retrospectiva de 13 pacients amb fractures tipus piló tibial tractades en un temps amb sistema de fixació externa circular híbrida i/o osteosíntesi ad minimum.

S'han evaluat els resultats clínics i radiològics a mig plaç, amb l'objectiu de valorar la presència de dolor, taxes de consolidació, l'axialitat radiològica i els resultats funcionals.

Material i mètode

Entre 2005 i 2011, un total de 13 pacients van ser intervinguts al nostre centre, després de presentar fractures de tibia distal per mecanismes de compressió axial, amb sistemes de fixació externa circular híbrida. Rang d'edat de 19 a 82 anys. Seguiment mig de 24 mesos. El tractament definitiu en tots els casos fou el sistema de fixació externa circular híbrida i/o osteosíntesi ad minimum, amb restitució de la longitud del peroné amb placa en els casos que ho varen requerir.

De les 13 fractures, 9 eren obertes. Excepte 2 pacients, tots varen iniciar la càrrega en el postoperatori immediat.

Resultats

Temps mig de consolidació de 5 mesos.

Complicacions observades: un cas amb una desviació en varus residual i un retràs de consolidació que van requerir osteotomies de peroné. Una infecció important de parts toves que va requerir la retirada del fixador.

3 casos d'infecció local dels pins.

A la darrera visita del seguiment, tots els pacients eren deambulants.

Sis pacients refereixen absència completa del dolor. Quatre pacients presenten molèsties ocasionals, dos refereixen dolor moderat i un d'ells dolor sever.

Conclusions

El sistema de fixació híbrida externa esdevé una alternativa a considerar com a tractament definitiu de les fractures tipus piló tibial amb afectació important de parts toves, elevat grau de comminació i en pacients amb gran morbiditat.

Permet una càrrega i un treball articular precoç, amb bon control del dolor i de l'alineació final després del tractament, amb una baixa taxa de complicacions i reintervencions quirúrgiques.

TUMORS

Dijous 22 de Maig

Sala 3 – 15:00 - 16:40

Orals: CO 17 – CO 26

Moderadors: Oller, Ramon

Vélez, Roberto

CO-17 / 15:00 - 15:10

PREVENCIÓ DEL SAGNAT POSTOPERATORI EN CIRURGIA DE RESECCIÓ MASSIVA DE TUMORS MÚSCUL-ESQUELÈTICS: ASSAIG CLÍNIC MULTICÈNTRIC, ALEATORITZAT, OBERT PARAL·LEL DE TRES BRAÇOS DE TRACTAMENT. TRANEXTUM

Besalduch Balaguer, M., Peiró Ibáñez, A., Martínez Zapata, M.^{aj}, Trullols Tarragó, L., Gracia Alegría, I.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Keywords: Tranexàmic, Sagnat Postoperatori, Tumors Múscul-Esquelètics, Cua de Fibrina.

Introducció i objectius

Malgrat que la utilitat de l'àcid tranexàmic (TXA) per disminuir el sagnat en cirurgia ortopèdica i traumatologia es ben coneguda, no existeixen estudis en malalts oncològics.

L'objectiu de la comunicació és presentar el protocol del estudi TRANEXTUM.

Objectius de l'estudi: Principal: Avaluat si l'àcid tranexàmic o l'Evicel via tòpica redueix al menys un 35% la pèrdua sanguínia respecte al grup control en malalts a los que es practica resecció massiva d'un tumor muscle-esquelètic. Secundaris: proporció de malalts que necessiten transfusió sanguínia postoperatoria, pèrdua sanguínia total, complicacions postoperatories, mortalitat, tasses de recidiva local i disseminació a distància.

Material i mètode

Assaig clínic, multicèntric (tres centres, nacional), aleatoritzat, obert, paral·lel, de tres grups de comparació: àcid tranexàmic (ATX) tòpic, cua de fibrina, hemostàsia habitual. Adults amb tumors ossis tractats amb resecció òssia massiva, o amb sarcomes de parts toves majors de 5 cm. Randomització estratificada i generada per medis informàtics. Assignació de tractaments centralitzada, via telefònica. Resultat principal: Pèrdues sanguínies per i post quirúrgiques, percentatge de malalts transfosos i nombre d'unitats, complicacions de ferida, complicacions oncològiques, mortalitat, estància hospitalària, possibilitat d'inici de tractaments adjuvants.

Càlcul de la mida de la mostra: 45 malalts per grup; 145 malalts en total.

Anàlisi estadística: Es compararan els resultats mitjançant la prova "t", la prova de Mann-Whitney de chi quadrat, dependent de les dades quantitatives o qualitatives u ordinals mitjançant el software SPSS19.

Resultats

Estudi en marxa, es presenta el protocol del mateix.

Conclusions

Estudi en marxa, es presenta el protocol del mateix.

CO-18 / 15:10 - 15:20

OSTEOBLASTOMA I EL SEU TRACTAMENT QUIRÚRGIC. REVISIÓ DE 5 CASOS

De La Dehesa Cueto-Felgueroso, P., Peiró Ibáñez, A., Trullols Tarrago, L., Millán Billi, A., Gracia Alegria, I.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Keywords: Osteoblastoma, Tractament, Quirúrgic

Introducció i objectius

L'osteoblastoma és un tumor primari benigne productor d'ós. Es tracta d'una entitat poc freqüent, suposant l'1% de tots els tumors ossis primaris i el 3% dels benignes. L'objectiu d'aquest estudi és revisar l'experiència sobre el maneig, diagnòstic i tractament d'aquest tipus de tumors al nostre centre.

Material i mètode

Es realitza un estudi retrospectiu descriptiu, de tots els pacients tractats quirúrgicament d'osteoblastomes entre 1995 i 2013. Es recullen les dades demogràfiques dels pacients, localització tumoral, tractament i evolució clínica mitjançant la revisió d'Històries Clíniques de l'arxiu.

Resultats

S'obtenen un total de 6 casos, 4 homes i 2 dones, amb una edat mitjana en el moment de la intervenció de 21 anys (10-32). El seguiment mínim és de 10 mesos i el màxim, de 10 anys en un pacient que va reconsultar per cervicàlgia als 9 anys de la intervenció.

En 4 casos l'osteoblastoma era de localització a l'esquelet axial, incloent pelvis, i 2 en extremitats. Només es va realitzar una biòpsia preoperatòria, en la resta de casos la confirmació histològica es va obtenir amb l'estudi de la peça quirúrgica. Segons la mida i la localització del tumor es va realitzar curetatge de la lesió en 4 casos i resecció en bloc en 2. Un cas va presentar recidiva als 18 mesos pel que va requerir reinterven-

ció, en dos casos va haver una infecció de la ferida quirúrgica resolent-se un d'ells amb antibioteràpia i el segon, desbriament quirúrgic. No s'ha descrit cap cas de malignització ni metàstasi i no s'ha realitzat tractament adjuvant (quimio/radioteràpia).

Conclusions

El condroblastoma és un tumor poc freqüent, amb una incidència en el nostre centre de 0.27 casos a l'any. Es tracta d'una malaltia amb predomini del sexe masculí, entre la segona i tercera dècades de la vida i sent l'esquelet axial la localització més freqüent. La recidiva local després del tractament quirúrgic és poc freqüent, suposant el 20% dels casos en la nostra sèrie (1/5 casos).

CO-19 / 15:20 - 15:30

TUMORS DE CÈL·LULES GEGANTS DE L'EXTREMITAT SUPERIOR

Cortés Ledesma, G., Portabella Blavia, F., Pablos González, O., García Resa, X., Celi Celi, S., Peralta Marfull, L.
Hospital Universitari Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Keywords: Tumors, Cèl·lules Gegants, Extremitat Superior

Introducció i objectius

El tumor de cèl·lules gegants és un tumor benigne agressiu que es localitza de forma preferent a la regió epifiso-metafísica dels ossos llargs.

Encara que la localització més freqüent és a nivell de l'articulació del genoll, a nivell de l'extremitat superior es presenta entre un 12-15% dels casos. A nivell de l'extremitat superior la localització més freqüent és a nivell de l'húmer proximal i del radi distal que té la característica de que presenten un alt percentatge de recidives.

Presentem el tractament realitzat i les complicacions que hi ha hagut en una sèrie de 14 tumors de cèl·lules gegants localitzats a nivell de l'extremitat superior.

Material i mètode

Entre l'any 2003 - 2013 hem tractat 14 tumors de cèl·lules gegants localitzats a nivell de l'extremitat superior: 1/3 proximal de húmer, 2 casos, 1/3 distal cúbit 2 casos, epitroclea 1 cas, 1/3 proximal de radi 1 cas i 1/3 distal ràdio 8 casos. Van ser tractats inicialment mitjançant cirurgia radical 4 casos. En els deu casos restants es va realitzar el tractament mitjançant raspall de la lesió i posteriorment amb ciment.

Resultats

Els casos tractats de forma radical evolucionen de forma satisfactòria sense recidives i com complicacions vam tenir una paràlisi radial en el cas del tumor que es localitzava en ràdio proximal. En els casos tractats mitjançant raspat i cimentació vam tenir dues recidives que van obligar a la realització d'una resecció del terç distal del radi i artròdesi de canell amb peroné vascularitzat i osteosíntesi.

Conclusions

Els tumors de cèl·lules gegants de l'extremitat superior són menys freqüents que en altres localitzacions però tenen la característica que són més agressius i les recidives no són infreqüents, especialment a nivell del radi distal. Per aquest motiu hi ha autors que preconitzen un tractament radical com a primera opció. Podem estar d'acord en algunes ocasions tant a nivell del radi distal com en altres localitzacions, però si veiem una possibilitat d'actuar de forma més conservadora, som partidaris d'això i reservar la cirurgia més agressiva, que té una repercussió funcional important, per als casos que recidiven.

CO-20 / 15:30 - 15:40

EL LIPOMA ARBORESCENT PRIMARI DE GENOLL POT SUPOSAR EL DESENVOLUPAMENT DE ARTROSI PRECOÇ SI NO ES REALITZA SINOVECTOMIA OPORTUNA.

Gabriele Montenegro, R., Natera Cisneros, L., Chanes Puiggrós, C., Gelber Gerthner, P.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Keywords: Lipoma, Arborescens, Genoll, Artrosis, Sinovectomia.

Introducció i objectius

El lipoma arborescent (LA) primari és un tumor intraarticular hiperplàsic molt infreqüent que ha estat associat a artrosi. L'objectiu d'aquest estudi és determinar si la sinovectomia precoç podria evitar la degeneració articular progressiva en casos de LA primari de genoll.

Material i mètode

Es va realitzar una revisió de la literatura actual respecte la malaltia. Es van revisar retrospectivament la història clínica, les radiografies i les ressonàncies magnètiques d'una sèrie de nou casos diagnosticats d'un LA primari entre el 2002 i 2012. Es va realitzar sinovectomia en vuit dels genolls i en tots aquests casos el diagnòstic es va confirmar histològicament. En cap dels nou genolls es va evidenciar condropatia a la resonància magnètica inicial, així com tampoc canvis degeneratius en l'estudi radiogràfic inicial.

Resultats

Al final del seguiment, no es va evidenciar artrosi a cap dels tres genolls en què la durada dels símptomes des del debut fins a la sinovectomia havia sigut menor a un any. Els cinc genolls en què la sinovectomia es va demorar més d'un any des de l'inici dels símptomes van desenvolupar canvis degeneratius. El genoll que no va ser tractat quirúrgicament finalment va desenvolupar canvis degeneratius.

Conclusions

En aquesta sèrie el LA primari del genoll va suposar el desenvolupament d'artrosi precoç en aquells pacients en què no es va realitzar una sinovectomia oportuna. La sinovectomia precoç es podria considerar com una actuació mandatòria.

CO-21 / 15:40 - 15:50

CONDROBLASTOMES: UN ESTUDI DE 27 CASOS

Besalduch Balaguer, M., Peiró Ibáñez, A., Trullols Tarragó, L., Arriaga Lahuerta, N., Gracia Alegria, I.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Keywords: Chondroblastoma, Tumor, Benigne, Curetatge

Introducció i objectius

El condroblastoma és un tumor ossi benigne i infreqüent (<1% dels tumors ossis) productor de cartílag, que es sol trobar a l'epífisi d'ossos llargs, en pacients esquelèticament immadurs. La clínica més habitual és un dolor inespecífic i el seu tractament pot variar des de curetatge o resecció fins a ablació per radiofreqüència. L'objectiu de l'estudi va ser revisar tots els condroblastomes tractats en el nostre centre.

Material i mètode

Es tracta d'un estudi descriptiu retrospectiu on vàrem avaluar tots els pacients intervinguts i que tinguessin un diagnòstic confirmat per histologia, de condroblastoma. Es varen estudiar les característiques radiològiques, les proves complementàries utilitzades, el tractament realitzat, el nombre de recidives i la simptomatologia al final del seguiment.

Resultats

Dels 27 casos recollits, 9 tenien radiològicament un altre diagnòstic de sospita. Un 81'5% eren homes, i amb una edat mitja de 17'3 anys. Les localitzacions més freqüents eren fèmur distal (6) i tibia proximal (5). Només 3 lesions es localitzaren en zona metafisària. La majoria (89%) va debutar amb dolor insidiós, associat o no a tumefacció i limitació funcional. A tots els pacients els hi realitzaren una radiologia simple i en 3 casos s'objectivava afectació cortical amb 1 cas de fractura patològica. A 25 pacients se'ls hi va realitzar també una res-

sonància magnètica, a 19 una tomografia computaritzada i a 15 una gammagrafia òssia. El diàmetre mig de la lesió era de 3'3 cm (rang 1'5-5'5). A un 92'6% es va realitzar curetatge i emplenament d'empelt d'os. Només en 2 casos es va realitzar ablació per radiofreqüència. El seguiment mig va ser de gairebé 67 mesos (11-185).

Conclusions

A la nostra sèrie existeix una predominància masculina amb un 81%, un percentatge més alt que el que trobem a la literatura (66-75%). La localització més freqüent, fèmur distal, concorda amb la majoria de revisions publicades. La taxa de recurrència local establerta varia del 8 al 20%; en el nostre cas va ser d'un 11%. En conclusió, s'ha de sospitar d'un condroblastoma quan trobem lesions lítiques epifisàries en pacients joves. S'ha de considerar el tractament amb radiofreqüència per lesions petites.

CO-22 / 15:50 - 16:00

ESTUDI SOBRE LES METÀSTASIS ÒSSIES DE LES EXTREMITATS TRACTADES A LA UNITAT FUNCIONAL DE TUMORS OSSIS DURANT ELS ÚLTIMS 25 ANYS

Peralta Marfull, L., Portabella Blavia, F., Pablos González, O., Serrano Expósito, C., Fontalva Guerrero, M.L., Bustos Bedoya, P. Hospital Universitari Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Keywords: Metastasis, Òssies, Extremitats, Tractades

Introducció i objectius

Donat l'augment de la supervivència en el tractament de les neoplàsies cada cop són més freqüents les metastasis que afecten als ossos llargs. La lesió metastàsica es diagnostica durant el seguiment de la malaltia neoplàsica o per la consulta del pacient a l'oncòleg o al traumatòleg per un quadre habitualment de dolor o impotència funcional.

Objectiu: Revisar la incidència i tractament realitzat en les lesions metastàsiques i fractures patològiques que van consultar al nostre hospital en els últims 25 anys.

Material i mètode

Tenim recollides 420 lesions metastàsiques, d'aquestes, 283 es localitzen en extremitats, seguint la següent distribució: 84 en extremitats superior, d'aquestes un 83% al húmer i 199 en extremitat inferior, concentrant-se un 95% al fèmur. El motiu de consulta d'aquests pacients va ser la fractura en un 74% i el dolor en un 26%.

El tractament realitzat en extremitat superior va ser quirúrgic en un 63% dels casos, utilitzant com a mètode d'estabilització el clau endomedul·lar, mentre que en extremitat

inferior van requerir intervenció quirúrgica un 90% dels casos, utilitzant pròtesis en un 63% dels casos i la resta van ser tractats mitjançant claus endomedul·lars de diferents tipus en funció de les necessitats.

Resultats

Resulta difícil valorar resultats a llarg termini donada la limitada supervivència. Per aquest motiu s'han avaluat aspectes com el dolor, les complicacions derivades de la cirurgia i aspectes relacionats amb la qualitat de vida proporcionada per la cirurgia. El dolor ha millorat o desaparegut en un elevat percentatge de pacients així com la qualitat de vida. Les complicacions han estat poques, un 2%, tot i tractar-se de pacients amb morbiditat associada i immunodeprimits.

Conclusions

El tractament de les metastasis òssies és un tractament pal·liatiu que permet al pacient millorar el seu quadre clínic, reintegrar-se a la seva activitat habitual, en funció de les limitacions per la seva patologia de base, i millorar la qualitat de vida. Considerem que el tractament quirúrgic d'una fractura, especialment a nivell del fèmur, està sempre indicat excepte en pacients amb una supervivència estimada no superior a les sis setmanes o en aquells que el seu estat general contraindiqui una cirurgia.

CO-23 / 16:00 - 16:10

CELECOXIB SUPRIMEIX LA PROGRESSIÓ DE LES METÀSTASIS ÒSSIES DEL CÀNCER DE PRÒSTATA EN UN MODEL ANIMAL EN RATOLÍ

Vélez Villa, R.¹, García López, M.², Barrera Ochoa, S.², Cleofé Romagosa, R.³

1. Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

2. Institut de Recerca, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

3. Anatomia Patològica, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

Keywords: Celecoxib, COX-2, Càncer de Pròstata, Metàstasis òssies

Introducció i objectius

Avaluar si el Celecoxib, un inhibidor selectiu de la ciclooxigenasa-2 (COX-2) amb propietats contra el càncer, té un efecte inhibidor sobre l'establiment del tumor i la progressió de les metastasis òssies del càncer de pròstata.

Material i mètode

Es va valorar in vitro la viabilitat cel·lular tumoral a diferents dosis de celecoxib. En l'estudi in vivo, es van injectar

via intracardíaca (Efecte preventiu: n = 10 amb celecoxib, n = 10 control) i intratibial (Efecte supressiu: n = 15 amb celecoxib y n = 15 controls), cèl·lules de càncer de pròstata PC-3 que expressen luciferasa, en ratolins nus masculins. Posteriorment es va fer seguiment clínic i enregistrar l'efecte del celecoxib sobre les metàstasis òssies mitjançant l'anàlisi d'imatges de bioluminescència durant 7 setmanes. Els ratolins del grup prevenció van rebre una dosi oral 3 mg/kg de Celecoxib una setmana abans de la implantació de cèl·lules tumorals fins al final de l'estudi. El grup de supressió va rebre una dosi oral 3 mg/kg de Celecoxib començant una setmana després de la implantació de cèl·lules tumorals fins al final de l'estudi. Es van examinar histològicament mostres de teixit tumoral, alhora que es va quantificar l'expressió de COX-2 a nivell proteic.

Resultats

El celecoxib va reduir en una relació dosi dependent la viabilitat cel·lular i la proliferació de cèl·lules tumorals prostàtiques in vitro. La mateixa càrrega de metàstasis òssies es van detectar després de la injecció intracardíaca en tots els ratolins dels grups preventius. El celecoxib administrat abans de la injecció intracardíaca no va inhibir el potencial metastàtic cel·lular. El celecoxib sí que va disminuir la progressió metastàtica en el medi ambient ossi quan les cèl·lules s'injecten intratibials ($p < 0,05$) en els grups de supressió. L'expressió de COX-2 a nivell proteic es va reduir significativament en el grup de tractament amb celecoxib ($p < 0,01$).

Conclusions

En un model preclínic amb ratolí, el celecoxib administrat per via oral en dosis humana, suprimeix la progressió de les metàstasis òssies establertes (injecció intratibial) del càncer prostàtic.

CO-24 / 16:10 - 16:20

ANÀLISI DE RESULTATS EN CIRURGIA DE REVISIÓ DE MARGES DE SARCOMES

García Jiménez, A., Trullols Tarragó, L., Besalduch Balaguer, M., Chanes Puiggrós, C., Peiró Ibáñez, A., Gracia Alegria, I.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Keywords: *Second Look, Sarcomes, Revisió de Marges, Whoops Surgery*

Introducció i objectius

La cirurgia de revisió de marges (CRM) es realitza quan l'exèresi d'un sarcoma ha sigut inadequada o amb marges positius i precisa ampliació de marges.

L'objectiu és revisar els pacients intervinguts de CRM en

el nostre centre: definir diagnòstics trobats, l'evolució oncològica i correlacionar l'eficàcia de la ressonància magnètica (RM) en la detecció de tumor residual pre-CRM amb les troballes histològiques post-CRM.

Material i mètode

Revisió retrospectiva de pacients intervinguts de CRM de sarcomes entre novembre 2001-juliol 2013. S'analitzaren dades epidemiològiques, relacionades amb la cirurgia inicial, amb la CRM, l'evolució posterior i tractaments adjuvants.

Resultats

Es tractaren 35 pacients, edat mitja 48 anys. Seguiment 52 mesos. 34 (97%) foren derivats d'altre centre rere primera cirurgia: 26 (74%) per diagnòstic sorpresa en l'estudi anatomopatològic ("whoops surgery"), 5 (14%) per persistència tumoral i 3 (9%) per marges quirúrgics positius. La histologia fou revisada, sent el diagnòstic més freqüent sarcoma sinovial. Abans de la primera cirurgia, el 29% dels pacients no tenia cap exploració complementària, i només en 11% existia biòpsia prèvia. Una vegada al nostre centre, en el 53% dels pacients la RM detectà presència de tumor. El temps mig entre la primera cirurgia i la CRM fou 3 mesos. En l'anàlisi histològic post-CRM, en 22% dels casos existia tumor residual. En la nostra sèrie, la RM obtingué un 9% de falsos positius i 9% de falsos negatius.

26% dels pacients van rebre radioteràpia post-CRM, 9% quimioteràpia coadjuvant i 51% teràpia adjuvant combinada. Un pacient va morir per progressió pulmonar. 4 pacients presentaren recidiva local i 4 disseminació sistèmica.

Conclusions

Davant de qualsevol tumoració de parts toves és bàsic l'estudi preoperatori per a planificar l'exèresi i/o teràpies adjuvants òptimes. El sarcoma sinovial ha estat el diagnòstic més freqüentment trobat en les "whoops surgeries". La RM és una bona prova d'imatge per a la detecció de tumor residual, però hem de tenir en compte que existeixen falsos positius i negatius, per la qual cosa en casos de cirurgia inadequada d'exèresi de sarcoma hem de reestudiar i ampliar de manera precoç els marges per a assegurar una resecció completa de focus residuals que puguin comprometre l'evolució oncològica del pacient.

CO-25 / 16:20 - 16:30

IMPLANT OSTEOINTEGRAT PER AMPUTACIONS FEMORALS. UN NOU CAMÍ PER LA MILLORA FUNCIONAL DEL PACIENT

Tibau Alberdi, M., Guirao, L., Tibau, R., Ginesta, M.
Hospital de Mataró, Barcelona

Introducció i objectius

La desarticulació a nivell del genoll representa algunes avantatges per a la protètzació i funció del pacient en relació al nivell supracondili femoral. Amb l'objectiu de millorar la funcionalitat d'aquests últims pacients, al nostre centre hem desenvolupat un implant osteointegrat femoral per tant de transformar la seva situació en la dels primers.

Material i mètode

Entre el dia 1 de març de 2011 i el dia 1 de març de 2013, hem avaluat un total de 10 pacients (6 homes i 4 dones) amb una edat mitjana de 50,3 anys, amb un seguiment mínim de 14 mesos, que havien patit una amputació a nivell femoral per causa traumàtica (4), tumoral (2) o vascular (4) amb un nivell funcional previ K2 o K3 i als qui els hi ha estat implantat prèviament un dispositiu endomedullar de disseny propi.

En tots ells ha estat mesurat: a) la distància/velocitat de la marxa, b) els canvis de dolor del monyó, c) la variació de la DMO, d) canvis al consum d'oxigen.

Resultats

Als pacients estudiats ha estat observat: a) augment de la distància/velocitat de la marxa, b) disminució del dolor, c) augment dels valors de la DMO (estadísticament no significatiu) i d) augment del VO2 pic.

Conclusions

La implantació del dispositiu estudiat en pacients que han patit una amputació a nivell femoral i amb un nivell funcional previ K2 o K3 és una bona opció terapèutica, al menys, per la millora de la eficiència de la marxa i la millora del dolor.

CO-26 / 16:30 - 16:40

RECANVIS DE MEGAPRÒTESIS TUMORALS PER AFLUIXAMENT ASÈPTIC I PSEUDOARTROSI DE L'HOMOEMPOLT ESTRUCTURAL EN PACIENTS MENORS DE 40 ANYS

Natera Cisneros, L., Trullols Tarragó, L., Peiró Ibáñez, A., Gracia Alegria, I.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Keywords: Recanvis, Megapròtesis Tumorals, Pseudoartrosi Homoempolt

Introducció i objectius

Les megapròtesis modulares (MPM) disposen de diversos mòduls que permeten adaptacions per quan calgui modificar la resecció planificada. L'ús d'homoempelts estructurals té com a finalitat la restauració del segment ossi ressecat per garantir un estoc ossi per a revisions futures. L'objectiu del nostre estudi va ser determinar la integració de l'homoempelt estructural empleat en les megapròtesis a mida composite (MPMC) recambiadades a MPM en pacients menors de 40 anys.

Material i mètode

Entre 2009 i 2012 es van realitzar 6 recanvis de MPMC a MPM en pacients menors de 40 anys: 5 genolls i 1 maluc. Edat mitjana quan el recanvi 28,83 anys ($\pm 8,01$). Diagnòstics oncològics inicials: 4 osteosarcomes de fèmur distal, 1 tumor de cèl·lules gegants (TCG) de cap femoral i 1 TCG de tibia proximal. En totes les MPMC s'havia utilitzat homoempelt estructural.

Resultats

En cap dels casos de la nostra sèrie es va evidenciar integració de l'homoempelt estructural a l'os natiu. El motiu del recanvi en tots els casos va ser l'afluixament asèptic per pseudoartrosi de l'homoempelt estructural.

Conclusions

L'ús d'homoempelts estructurals en cirurgia de salvament d'extremitats després reseccions tumorals àmplies pot no ser la millor opció reconstructiva, ja que la probabilitat que el segment ossi empeltat no s'integri a l'os natiu, fins i tot en pacients joves, podria comportar a fracàs protèsic per afluixament asèptic.

MÀ

Dijous 22 de Maig

Sala 4 – 15:00 - 15:50

Orals: CO 27 – CO 31

Moderadors: López, S.

Pi, J.

CO-27 / 15:00 - 15:10

RESULTAT FUNCIONAL DE LES CARPECTOMIES PROXIMALS AMB INTERPOSICIÓ DE FLAP CAPSULAR DORSAL DE BASE DISTAL. ESTUDI EN 17 PACIENTS

Olivé Viñas, S., Barrera Ochoa, S., Correa Vázquez, E., Font Segura, J., Mir Bulló, X.

ICATME - Hospital Universitari Quiron-Dexeus, Barcelona

Introducció i objectius

Avaluar el resultat funcional de 17 pacients intervinguts de carpectomia proximal amb interposició de flap capsular de base distal i comparar els resultats amb la bibliografia.

Material i mètode

S'ha avaluat 17 pacients intervinguts entre 2006 i 2011; 7 presentaven una inestabilitat tipus SLAC, 7 una inestabilitat tipus SNAC, un pacient presentava una artropatia gotosa, un pacient presentava artropatia per seqüeles de Kiembock i l'últim una artropatia postraumàtica. La mitjana d'edat és de 48'35 anys (27-67).

Mans dominants 12, no dominants 5. Temps de seguiment d'entre 2'5 i 7 anys. S'ha avaluat l'estat funcional amb el qüestionari Q-DASH, s'ha mesurat flexió, extensió, desviació radial i cubital, pronosupinació i força comparant amb el contralateral. S'ha revisat un total de 23 articles en els quals s'han realitzat escales funcionals a pacients intervinguts de carpectomia proximal.

Resultats

La mitjana del Q-DASH ha estat 14'5 (mòdul de treball 13'5, mòdul d'esport 19'3). La flexió del canell intervingut és un 59'1% respecte el sa i l'extensió d'un 62'5%, resultant en un balanç articular post-operatori de 67° (60'5% respecte el sa). La desviació radial és un 46'7% respecte el contralateral, la desviació cubital és d'un 73'1% i la pronosupinació és simètrica. La força de grip del canell intervingut és un 79'3% respecte el sa. Només un pacient va presentar com a complicació una DSR que es va resoldre amb el tractament habitual i cap pacient va requerir una segona cirurgia de rescat (artrodesis). La mitja de dolor segons l'escala EVA és d'1'7 en

repòs i de 4'1 en activitat. La mitjana de satisfacció de 0 a 100 és de 80%. Dels 17 pacients, 14 es tornarien a operar, 2 no s'operarien i 1 no ho sap.

Conclusions

Els resultats mostren que la carpectomia proximal amb interposició capsular dorsal de base distal és un procediment efectiu pel tractament del canell degeneratiu amb uns resultats excel·lents pel que fa a disminució del dolor i satisfacció del pacient, amb milloria del balanç articular i manteniment de la força de grip que permet al pacient recuperar les activitats habituals prèvies i amb una taxa molt baixa de complicacions i segones cirurgies.

CO-28 / 15:10 - 15:20

EXPERIÈNCIA CLÍNICA AMB LA FASCIOTOMIA ENZIMÀTICA EN LA MALALTIA DE DUPUYTREN: RESULTATS ALS 6 MESOS DE SEGUIMENT

Gómez Ros, I., Trigo Bermúdez, N., Aparicio García, P., Cruz Olivé, E.

Fundació Privada Hospital Asil de Granollers, Barcelona

Keywords: Dupuytren, Xiapex, Col·lagenasa, Clostridium, Histolyticum

Introducció i objectius

Avaluació dels resultats i els efectes adversos obtinguts en la pràctica clínica del tractament de la malaltia de Dupuytren mitjançant la fasciotomia enzimàtica (infiltració de col·lagenasa de Clostridium Histolyticum, Xiapex®) en el seguiment a 6 mesos.

Material i mètode

Estudi descriptiu de seguiment a 6 mesos de 41 pacients tractats de malaltia de Dupuytren mitjançant la infiltració de Xiapex®. Es presenten els resultats recollint com a variable de control evolutiu la diferència de retracció en graus especificada per articulacions afectes i la classificació de Tubiana pre i post infiltració als 3 i 6 mesos, així com el registre d'efectes adversos i complicacions presents.

Resultats

Es presenten 41 pacients (38?i 3?) amb edat mitjana de 66 anys (rang 52-80 anys) amb 6 casos de bilateralitat que corresponen a un total de 47 mans, 53 dits i 70 articulacions infiltrades: 19 MCF i 13 IFP del 4t dit; 20 MCF i 18 IFP del 5é dit. 31 pacients presenten una única corda i 10 una doble corda sumant 51 cordes infiltrades. En la classificació de Tubiana la majoria corresponen a graus I i II, 30% i 53% respectivament. En el 87% dels casos s'ha assolit una disminució de la retrac-

ció de >50%, essent més efectiva en el tractament de les articulacions metacarpofalàngiques del 4t i 5è dits (78% i 77% respectivament) en contra de les interfalàngiques proximals (62% i 55% respectivament). Millors resultats en els pacients amb una única corda (disminució de retracció 78%) en contra dels pacients amb doble corda (67%). Elevada taxa d'efectes adversos menors en relació a l'afectació cutània en resolució en les primeres 4 setmanes: contusió i equimosi cutània (93%), dolor (82%), edema (49%), flictenes hemorràgiques (37%) i dehisència cutània (32%). En un 17% dels pacients es proposa revisió i fasciectomia oberta per persistència de retracció simptomàtica.

Conclusions

El tractament amb col·lagenasa esdevé un tractament no quirúrgic poc agressiu, efectiu i segur en el tractament de la Malaltia de Dupuytren, especialment en aquells pacients afectes d'una única corda, amb contractures menors i de localització metacarpofalàngica.

CO-29 / 15:20 - 15:30

"SALVAGE SURGERY" DE L'EXTREMITAT SUPERIOR: LA MÀ-PINÇA

Valls Mellado, M., Soler Cano, A., Torner Pifarré, P.
Hospital Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

Introducció i objectius

Les lesions bilaterals de membres superiors catastròfics són una situació molt infreqüent, sobretot en el medi civil.

Descriure els resultats d'un cas extrem de "salvage surgery" en membres superiors catastròfics.

Material i mètode

Es presenta el cas d'un pacient masculí de 17 anys derivat d'un altre centre al nostre hospital després de ser atropellat per un tren.

Presentava les següents lesions:

Amputació traumàtica total de ESD a nivell de terç distal d'húmer, amb pèrdua de la paleta humeral.

Avantbraç i mà catastròfiques esquerres amb degloving, fractures comminutes a nivell del carp i dits.

Resultats

A la seva arribada presentava inestabilitat HDM i CID pel que es decideix amputació reglada de ESD. A nivell de ESE es realitza desbridament, neteja i cirurgia de salvament de dits viables (polze i anular). Donada la destrucció del carp, es realitza artrodesi temporal radiotrapeziometacarpiana i cubitometacarpiana en el dit anular en posició de pinça.

Presentant les següents complicacions:

Necrosis cutània d'avantbraç i mà amb sobreinfecció de parts toves que requereix de desbridament i posterior empelt cutani.

També es realitza artrodesi cubitometacarpial amb placa definitiva i tenolisi secundària.

Als 18 mesos, el pacient presenta una ESD amputada amb una ortesi i una ESE que li permet realitzar funcions bàsiques com higiene personal, menjar, escriure i dibuixar mitjançant una pinça funcionant i pronosupinació conservada.

Conclusions

Amb aquest cas es descriu una manera molt infreqüent de la qual no tenim constància una descripció prèvia de mà-pinça que permet al pacient realitzar activitats bàsiques de la vida diària amb sensibilitat dels dits.

CO-30 / 15:30 - 15:40

NECROSI AVASCULAR DE L'OS GRAN. CAS CLÍNIC I REVISIÓ DE LA LITERATURA

Costa Dall'Orso, G., Del Valle Jou, M., Lobato Trenado, S., López Louzao, A., Suau Mateu, S.
Hospital de l'Esperit Sant, Santa Coloma Gramenet, Barcelona

Keywords: Necrosi Avascular, Capitate, Dolor Canell, Revisió

Introducció i objectius

La necrosi avascular de l'os gran (capitate) és una patologia rara. La majoria dels casos estan relacionats directament o indirectament amb traumatismes. Presentem un cas de necrosi avascular del capitate i fem un repàs de la bibliografia.

Material i mètode

Presentem una pacient de 24 anys d'edat, que fa 3 a. va patir un traumatisme, tipus entorsi, i des de llavors presenta dolor al canell dret, a la cara dorsal de la regió semilunar.

Dretana i de professió dependent. No hi ha antecedents mèdics ni quirúrgics d'interès.

La mobilitat del canell dret és FD 60° - FP 35°; DR 20°- DC 10°, sense inflamacions locals

Rx: necrosi del pol proximal del capitate.

TAC : La densitat de l'os gran tradueix colapse trabecular secundari a canvis per osteonecrosi.

RM canell dret: fractura multifragmentària del capitate.

Resultats

És una entitat rara que va ser descrita per primer cop el 1942 per Johnson. La majoria de casos estan relacionats amb traumatismes previs.

Un factor etiològic ben documentat és una alteració del rec sanguini d'aquest os. El cap del capitata no té irrigació colateral i això el posa en risc de necrosi avascular.

La característica clínica és dolor crònic al canell, amb rigidesa i pèrdua de mobilitat.

Milliez proposa una classificació basada en la porció d'os afectat.

Al ser una patologia poc freqüent no hi ha tractaments standard.

Conclusions

La necrosi avascular de l'os gran és infreqüent, i s'ha de tenir present en els casos de dolor al canell sense explicació.

CO-31 / 15:40 - 15:50

NEUROPATIA CUBITAL PER COMPRESSIÓ EN EL CANAL DE GUYON SECUNDÀRIA A FRACTURES DE L'OS GANXUT I GANGLIONS

García Jiménez, A., De La Dehesa Cueto-Felgueroso, P., Proubasta Renart, I., Gómez Masdeu, M., Gabriele Montenegro, R., Lamas Gómez, C.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona

Keywords: Nervi Cubital, Canal de Guyon, Compensió Cubital, Fractura de Ganxut, Ganglió

Introducció i objectius

Les fractures del ganxut i els ganglions són causa de compressió perifèrica del nervi cubital.

Avaluem la nostra experiència en el tractament de l'atrapament de la branca palmar profunda del nervi ulnar en el canal de Guyon.

Material i mètode

7 de pacients s'intervingueren de compressió del cubital en el canal de Guyon des de febrer del 2003 fins juny del 2012, una dona i sis homes, d'edat mitja de 45 anys (26-57). El seguiment va ser de 41 mesos (12-99). La clínica de tots ells consistia en dolor progressiu, debilitat i entumiment. En dos casos es va trobar atrofia de l'adductor llarg del polze i del primer interossi dorsal. Mitjançant ressonància magnètica, s'identificaren ganglions al canal de Guyon en 2 casos i fractures del ganxo de l'os ganxut en altres cinc. L'estudi electromiogràfic mostrà un bloqueig de la conducció greu del nervi cubital al canell.

Resultats

Basant-se en la topografia interna del nervi cubital, Gross i Gelberman van dividir el canal de Guyon en 3 regions. Entre

els casos descrits, dos presentaven dèficit motor i sensitiu (zona I), mentre que la resta presentaven dèficits motors purs (zona II). En dos pacients es van identificar i excindir ganglions epineurals comprimint el nervi cubital. En els altres cinc, corresponents als pacients amb fractures del ganxós, es va realitzar neurolisi i osteosíntesi de la fractura amb cargol Micro-Acutrak (4 casos) o excisió del fragment ossi (1 cas).

Va existir millora significativa clínica i electromiogràfica en tots els pacients després de 3 mesos. En tots els casos en que es realitzà osteosíntesi, es va aconseguir la consolidació de la fractura. Al final del seguiment, tots els pacients mostraven milloria del dolor, sensibilitat, entumiment, debilitat i de la força d'agafada. El signe de Froment i l'adducció del polze havien millorat substancialment.

Conclusions

Per al diagnòstic precoç de la neuropatia cubital al canell és necessària una història detallada, una precisa exploració física i la realització d'estudis d'imatge adequats (ressonància magnètica especialment), sense deixar de banda l'estudi neurofisiològic. La neurolisi de la branca profunda palmar del nervi cubital al canal de Guyon associada al tractament de la causa compressiva obté òptims resultats.

RAQUIS

Dijous 22 de Maig

Sala 4 – 16:00 - 16:30

Orals: CO 32 – CO 34

Moderadors: Saló, Guillem
Ubierna, Maite

CO-32 / 16:00 - 16:10

ESPONDILODISCITIS, UN DIAGNÒSTIC EN EL TEMPS

Trías Puértolas, E., Arias Rivero, M., Casellas Basagaña, M.,
Rodríguez Miralles, J.

Consorti Hospitalari de Vic, Barcelona

Keywords: Espondilodiscitis, Retard Diagnòstic, Dolor Lumbar

Introducció i objectius

El nostre objectiu és mostrar a través d'un cas clínic, els aspectes més controvertits en la detecció inicial de l'espondilodiscitis lumbar. El retard diagnòstic sol ésser notori i per això els resultats funcionals finals es veuen clarament afectats.

Material i mètode

Home de 68 anys atès per dolor lumbar de característiques mecàniques amb anorèxia associada. Antecedents de DM, obesitat i manipulacions urològiques. A l'exploració no va presentar febre ni dolor a la palpació d'apòfisis espineses ni postures antiàlgiques orientadores. Les alteracions analítiques no eren significativament sospitoses d'infecció activa (PCR 15) amb rx simple anodina. La RNM va informar de canvis degeneratius a interapofisàries lumbar de predomini L4-L5 i L5-S1. Davant la persistència del dolor atípic es realitza TAC abdominal i gammagrafia que van descartar processos d'altre etiologia. Clínica del Dolor infiltra sacroilíaca E amb clara milloria de la funcionalitat, reiniciant la deambulació amb càrrega total.

Al mes de l'alta reingressa per persistència del quadre àlgic, sense febre ni síndrome tòxic associat. Es realitza nova RNM que evidencia una lesió L4-L5, suggestiva d'espondilodiscitis. Es procedeix a punció guiada obtenint cultiu positiu per *S. Epidermidis*, iniciant-se tractament antibiòtic que es manté durant 6 setmanes (ciprofloxacina 500mg/12h i rifampicina 600mg/24h). L'evolució de la infecció és favorable, milloria progressiva del dolor i de la mobilitat.

Resultats

Curiosament amb el cas que es presenta el retard diagnòstic bàsicament queda atribuït a la precocitat de les exploracions i no a la seva tardança.

L'interès d'aquest cas recau també en la presentació inespecífica i larvada del quadre clínic tot i la important afectació que es va veure posteriorment. La persistència de la clínica va obligar al replantejament del pacient i dels possibles diagnòstics etiològics precisant la repetició de les exploracions ja realitzades.

Conclusions

És necessari un alt grau de sospita clínica per evitar retards en el diagnòstic d'espondilodiscitis, ja que en fases inicials es pot confondre amb altres quadres de dolor lumbar de causa menor. La detecció i maneig precoç poden evitar en gran part la discapacitat que causa aquest quadre. S'han de tenir en compte també la presència de factors de risc que puguin afavorir el seu desenvolupament.

CO-33 / 16:10 - 16:20

ARTRODESIS INTERSOMÀTICA CERVICAL AMB CAIXES DE PEEK E INJERT AUTÒLEG. RESULTATS CLÍNICS I RADIOGRÀFICS

Illana Mahiques, M., Villalba González, M^a.D., Escala Arnau, J.S.,
Marsol Puig, A., Arroyo Dorado, A., García Forcada, I.

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona

Keywords: Artrodesis, Intersomàtica, Cervical, Caixa, Resultats

Introducció i objectius

Des dels anys 50, les tècniques de Cloward i Smith-Robinson són el "gold standard" en el tractament de la patologia cervical.

L'aparició de noves tècniques i materials compliquen l'avaluació dels resultats.

En els anys 90 es va començar a utilitzar caixes a nivell cervical.

L'objectiu és evaluar els resultats clínics i radiogràfics en els pacients intervinguts amb caixes de peek omplertes d'injert autòleg i objectivar si amb l'ús de caixes "stand alone" existeixen menys canvis en els segments adjacents.

Material i mètode

Es realitzà la revisió retrospectiva de 41 pacients (21 homes i 20 dones) intervinguts en el període 2005-2011. Edat mitja 51,7 anys (35 – 75a.), seguiment mig 7 anys (min 2-màx 9). 27 casos eren hernies discals (associades o no a discopatia), 7 casos discopatia degenerativa aïllada i 2 casos mielopatia. S'implantaren 55 caixes (27 casos a un nivell i 14 casos a 2 nivells). En 31 casos s'implantà la caixa en C5-C6 (56%), en 16 casos en C6-C7 (29%), 6 casos en C4-C5 (11%) i 2 casos en C3-C4 (4%). El tamany de les caixes fou

de 14 mm en 27 casos i de 12 mm en 28 casos. El NDI preoperatori mig va ser de 63 (22-98).

Resultats

El NDI postoperatori mig va ser 33 (0-78). Milloria mitja de 30.

S'obtingueren 83% de resultats satisfactoris i 17% de mals resultats. El 79'4% de pacients es tornarien a intervenir. La fusió vertebral es va aconseguir en un 94% de las caixes.

El 77% de las caixes tenien un enfonsament < 2 mm i 23% >3mm (en tots es va obtenir la consolidació)

Dels 23 pacients amb més de 5 anys de seguiment, existiren canvis radiogràfics en el segment adjacent en el 22% dels casos (37% foren simptomàtics).

Complicacions majors un hematoma, menors 2 disfàgies a líquids durant un any, un postoperatori hiperàlgic i un deteriorament neurològic en mielopatia.

Conclusions

La utilització de la caixa intersomàtica en patologia degenerativa cervical ha permet obtenir resultats satisfactoris en el 82% de los casos, obtenint la fusió en el 94%.

Als 5 anys de seguiment mig apareixen canvis radiogràfics en el segment adjacent en el 22% dels casos.

CO-34 / 16:20 - 16:30

ES POT DISMINUIR LA TAXA D'INFECCIÓ EN LA CIRURGIA DE RAQUIS AMB UN PROTOCOL?

Cruz Sánchez, M., Mingo Fernández, F.A., Molina Ros, A., Saló Bru, G., Ramírez Valencia, M.
Parc de Salut Mar, Barcelona

Keywords: Infeció Raquis, Protocol, Mesures Preventives

Introducció i objectius

La infecció de la ferida quirúrgica en la cirurgia de raquis és una de les complicacions més freqüents i de major importància aconseguint taxes de fins al 20% segons les sèries. L'objectiu és quantificar l'associació entre l'aplicació d'un protocol de mesures de caràcter multidisciplinari i la disminució de la taxa d'infecció postoperatoria.

Material i mètode

Estudi de cohorts retrospectiu en el qual es compara la incidència d'infecció de ferida quirúrgica després de l'aplicació d'un protocol de mesures preoperatories: checklist específic d'unitat de raquis, despistatge d'infecció del tracte urinari, maneig de hiperglicèmies d'estrés; intraoperatories: rigorosa profilaxi antibiòtica, limitació de nombre de persones al quiròfan, manipulació del pacient prèvia higiene

mitjançant gel alcohòlic, rentat amb sabó de Clorhexidina de l'àrea quirúrgica, doble pintat de l'àrea quirúrgica amb Clorhexidina alcohòlica al 2%, canvi de camp, instrumental, bates i guants per el tancament de la ferida; postoperatories: higiene assistida per infermeria i cures cada 48 hores amb material estèril.

Descripció dels grups: grup 1 (sense protocol) període 2010-2011 on es realitzen 344 intervencions; grup 2 (amb protocol) període 2012-2013, 308 intervencions mantenint similars característiques pel què fa a indicacions i distribució per edat i sexe.

Es valora l'impacte de les mesures mitjançant el càlcul de la incidència d'infecció en els grups abans i després de la implantació del protocol, es troba (es calcula o es busca) risc relatiu i la seva significació estadística aplicant el test Ji al quadrat.

Resultats

En el grup 1 (sense protocol) s'ha observat una taxa d'infecció del 10.1% (35 casos) a diferència del grup 2 (amb protocol) on la taxa és del 5.84% (18 casos) el que representa un risc relatiu de 0.578 (P = 0.043).

Conclusions

La implantació d'un protocol senzill i que involucri tot el personal que intervé en el procés quirúrgic d'un pacient ha mostrat una associació significativa amb la disminució del nombre d'infeccions suposant un benefici a nivell individual i comunitari en termes de cost-benefici.

ESPATLLA II

Divendres 23 de Maig

Sala 1 – 08:30 - 10:00

Orals: CO 35 – CO 43

Moderadors: Rodríguez Miralles, Joaquín
Salvador, Jordi

CO-35 / 08:30 - 08:40

RESULTATS FUNCIONALS DE LES FRACTURES QUIRÚRGIQUES DEL CAP DEL RADI. ESTUDI RETROSPECTIU

Lázaro Amorós, A., Cardona Morera de La Vall, X., Sauné Castillo, M., Rosinés Bros, A., Gómez Bonsfills, X.

MC Mutual, Barcelona

Keywords: Radi, Fractura, Pròtesi, Osteosíntesi

Introducció i objectius

Revisar els resultats funcionals i de reincorporació laboral d'una sèrie de 53 pacients amb fractures de cap de radi tractades entre el 2011-2013 en el nostre centre.

Material i mètode

Pacients amb una edat mitja de 42 anys, 34 homes i 19 dones, el costat: 29 esquerra i 24 drets. Segons la classificació de Mason els tipus de fractures eren: 4 tipus 1, 17 tipus 2, 14 tipus 3, 15 tipus 4. Es recopila el tractament, complicacions, resultats funcionals i radiològics.

Resultats

No es van observar complicacions majors, 6 pacients van necessitar una revisió quirúrgica per mala evolució o fallo de la síntesi. El resultat funcional del grup presentaven una mobilitat mitja de Flexió / Extensió de 137/-14 i la Pronació / Supinació 77/82, EVA mitja va ser 1. Desglossat segons el tipus de fractura els tipus 1-3 tenen resultats equivalents però el tipus 4 presenta pitjors resultats funcionals i més complicacions. El seguiment mitjà es de 2 anys (rang 4 m-3a).

Conclusions

El tractament de les fractures del cap de radi al nostre centre presenta bons resultats funcionals, equivalents a la literatura revisada. La satisfacció dels pacients i la reincorporació laboral s'ha mantingut respecte els resultats a d'altres sèries en el nostre mitjà. Les fractures Mason tipus 4 presenten globalment uns resultats funcionals i de satisfacció del pacient pitjors.

CO-36 / 08:40 - 08:50

LUXACIONS ACROMIOCLAVICULARS D'ALT GRAU: COMPARACIÓ ENTRE LA FIXACIÓ CORACOCCLAVICULAR ARTROSCÒPICA VS EL TRACTAMENT CONSERVADOR EN TERMES DE QUALITAT DE VIDA

Natera Cisneros, L.¹, Besalduch Balaguer, M.¹, Abat González, F.², Sarasquete Reiriz, J.²

1. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

2. Sports Orthopaedic. Medical & Science Office, Barcelona

Keywords: Luxacions Acromioclaviculars, Fixació Coracoclavicular Artroscòpica, Tractament Conservador, Qualitat de Vida

Introducció i objectius

El propòsit d'aquest estudi va ser valorar la qualitat de vida dels pacients tractats de luxacions AC d'alt grau comparant la fixació coracoclavicular (CC) artroscòpica VS el tractament conservador.

Material i mètode

Es va realitzar una revisió retrospectiva de les luxacions AC III- V registrades entre 2006-2012. Els criteris d'inclusió: pacients físicament actius entre 18 i 60 anys d'edat, pacients tractats quirúrgicament mitjançant fixació CC isomètrica artroscòpica i pacients tractats de forma conservadora. El seguiment es va realitzar mitjançant:

1 - l'escala visual analògica (EVA),

2 - SF36 i 3 - DASH, realitzats a la primera visita després de la lesió i en l'última visita de seguiment. L'evolució en el temps dels qüestionaris es va avaluar mitjançant l'ANOVA de dues vies.

Resultats

20 pacients van ser tractats quirúrgicament mitjançant fixació isomètrica artroscòpica i 21 van ser manejats de forma conservadora. La mitjana d'edat va ser de 36,93 (\pm 10,86) anys. La mitjana de seguiment va ser de 36,6 mesos (\pm 15,55). Les escales i qüestionaris al final del seguiment van ser: 1 - VAS en el grup del tractament conservador = 1,50 (\pm 1,79) i en el del tractament quirúrgic = 0,40 (\pm 0,50). La comparació entre tractaments respecte a l'evolució en el temps de l'EVA no va mostrar diferències ($p = 0,412$). 2 - SF36 en el grup del tractament conservador = 52,105 (\pm 6,12) i en el del quirúrgic = 58,24 (\pm 2,16). La comparació entre tractaments respecte a l'evolució en el temps del SF36 va mostrar diferències estadísticament significatives ($p = 0,000$). 3 - DASH en el grup del tractament conservador = 5,83 (\pm 6,76) i en el del quirúrgic = 2,98 (\pm 2,04). La comparació entre tractaments respecte a l'evolució en el temps del DASH va mostrar diferències estadísticament significatives ($p = 0,000$).

Conclusions

Aquesta revisió posa en evidència un millor resultat en les escales de qualitat de vida del grup de pacients tractats de forma quirúrgica en comparació amb aquells tractats de forma conservadora.

CO-37 / 08:50 - 09:00

HI HA CORRELACIÓ ENTRE EL GRUIX CORTICAL, LA DENSITAT ÒSSIA MESURADA AMB EL TAC I ELS RESULTATS FUNCIONALS EN LES FRACTURES D'HÚMER PROXIMAL DE 2 I 3 PARTS?

Carlo Gamba¹, Santana Pérez, F.¹, Miquel Noguera, J.², Ares Vidal, J.¹, Monllau García, J.C.¹, Torrens Cánovas, C.¹

1. Parc de Salut Mar, Barcelona

2. Hospital Universitari Quiron Dexeus, Barcelona

Keywords: *Húmer Proximal, Gruix Cortical, Densitat òssia*

Introducció i objectius

El mesurament del gruix cortical és util en el diagnòstic de l'osteoporosi i en la valoració de la qualitat òssia.

L'objectiu de l'estudi és relacionar el gruix de l'os cortical en l'húmer amb patró de fractura, la densitat mineral òssia mesurada amb TAC (DMO) i els resultats funcionals.

Material i mètode

Es recol·leixen prospectivament 40 fractures d'húmer proximal. 33 dones, 7 homes. Edat mitjana 69,28. 19 fractures de 2 parts, 8 de 3 parts.

El mètode per calcular el gruix de l'os cortical en les radiografies s'ha obtingut dels mètodes descrits per a mesures TAC, realitzant mesuraments a dos nivells. El primer nivell és el punt més proximal de l'húmer en el lloc a on les vores corticals medials i lateral són paral·leles entre elles. El mesurament del gruix cortical resulta de la diferència entre la amplada total de l'húmer i la del canal medullar. El segon nivell és 20 mm més distal. La densitat òssia es mesura amb el píxel value ràtio (PVR) utilitzant el PACS (Sistema de Comunicació d'arxivat) en les TAC. El mesurament es realitza en el centre del cap humeral. La funció es va avaluar mitjançant test de Constant.

Resultats

S'evidencia una alta correlació entre les dues mesures corticals ($r = 0,581$ $p < 0,01$) però no amb DMO ($r = 0,69$ $p > 0,673$). No s'observà correlació entre el gruix cortical amb la DMO ni amb el patró de fractura, excepte en les fractures de 3 parts en var ($p = 0,010$). Resultats funcionals no mostraren relació amb la densitat òssia cortical i DMO ($r = 0,121$ $p = 0,477$).

Conclusions

No s'ha observat una relació entre el gruix cortical i la DMO en les fractures en 2-3 parts de húmer proximal. Tampoc els resultats funcionals han demostrat relacionar-se amb aquests dos tipus de mesures. És evident una relació entre la disminució de la densitat cortical i fractures en 3 parts en var.

CO-38 / 09:00 - 09:10

FRACTURES LUXACIONS POSTERIORES D'HÚMER PROXIMAL. REPORT DE 3 CASSOS / MANEIG I SEGUIMENT

Villamil Gallego, C.E., Huguet Boqueras, J., Yuguero Rodríguez, M., Balaguer Castro, M., Velasco Barrera, A.

Consorci Sanitari Parc Taulí, Sabadell

Keywords: *Fractura Luxació posterior d'Espatlla, Diagnòstic, Tractament*

Introducció i objectius

Les luxacions posteriors escapulo humerals són lesions poc habituals. Igualment les fractures luxacions posteriors són lesions infreqüents en la pràctica diària en un servei de Traumatologia.

Presentem el diagnòstic i maneig de 3 pacients amb diagnòstic de fractura luxació posterior d'espalla i realitzem una revisió de la literatura sobre el tractament d'aquestes lesions.

Material i mètode

Valorem pacients amb fractura d'húmer proximal en el servei d'urgències i es van diagnosticar 3 pacients amb fractura luxació d'espalla.

Es va realitzar estudi amb RX i TAC preoperatori, es descriu la tècnica quirúrgica realitzada. Després es va avaluar la seva evolució en Consulta externa.

Resultats

A un pacient se li va realitzar hemiartroplastia d'espalla i a dos se'ls va realitzar osteosíntesi amb placa LCP, un pacient va obtenir pobres resultats funcionals mentre que dos van presentar una evolució satisfactòria amb recuperació funcional adequada.

Conclusions

S'han descrit freqüentment les luxacions posteriors de l'espalla associades a crisis epilèptiques o accidents per electrocució, i les fractures luxacions es presenten en pacients posterior a una reducció inadequada o també s'han associat en els últims anys a accidents de trànsit o laborals en el context d'un traumatisme d'alta energia.

Aquestes lesions es caracteritzen per produir fractures a nivell del coll anatòmic, que poden o no comprometre les tube-

rositats i que de la mateixa manera, possibiliten dificultats en una adequada reducció i osteosíntesi i al seu torn associada a pobres resultats clínics. Robinson elabora una proposta de classificació i divideix les fractures en tipus 1, 2 i 3 depenent de la complexitat del traç de fractura i del compromís o no de les tuberositats.

Hi ha diverses publicacions bibliogràfiques que descriuen el diagnòstic i maneig de les fractures luxacions posteriors escapulo-humerals, però sèries de casos amb seguiment clínic posterior no reporten en forma seriada.

CO-39 / 09:10 - 09:20

HEMIARTROPLASTIA EN EL TRACTAMENT DE LES FRACTURES D'HÚMER PROXIMAL

Anglada Torres, N., Castellón Bernal, P., Salvador Carreño, J., Anglès Crespo, F.

Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Barcelona

Keywords: Fractura d'Húmer, Hemiartroplastia, Necrosi de Tuberositats

Introducció i objectius

La hemiartroplastia d'húmer es va popularitzar en la dècada dels 70 com a opció de tractament de fractures d'húmer proximal, en les què la osteosíntesi no fos possible. L'objectiu del nostre estudi és avaluar els resultats clínics i radiològics de les fractures d'húmer proximal tractades mitjançant hemiartroplastia al nostre Hospital.

Material i mètode

Estudi retrospectiu de 25 fractures d'húmer proximal tractades mitjançant hemiartroplastia entre 2005 i 2012. Vint-i-una dones (84%) i 4 homes (16%). Edat mitjana 71 anys (48-82). El 96% eren fractures en 3 o 4 fragments. En tots els casos es va implantar una hemiartroplastia cimentada amb sutura de les tuberositats. Vàrem evaluar la reducció postoperatòria de les tuberositats mitjançant control radiogràfic, la necrosi de les mateixes a l'any i la funció i qualitat de vida amb el Test de Constant i l'SF-36.

Resultats

En 17 pacients (68%) les tuberositats es van considerar ben reduïdes. En 7 (28%) es va objectivar la necrosi de les tuberositats. No hem trobat correlació entre mala reducció de les tuberositats i necrosi ($p=n.s.$). El Constant mitjà va ser de 43.27 punts (13-89). Els pacients amb necrosi de les tuberositats van tenir una mitjana de 34 punts i els pacients sense necrosi de 48 ($p=n.s.$). Els pacients amb una mala reducció de les tuberositats van tenir una mitjana de 39.38

punts i els pacients amb bona reducció de 45.5 ($p=n.s.$). La puntuació mitjana en l'SF-36 va ser de 55.6 punts (10.33-90.11). No s'ha trobat una correlació estadísticament significativa entre mala reducció o necrosi de les tuberositats amb el SF-36 ($p=n.s.$).

Conclusions

Hem observat que hi ha correlació clínica entre reducció de les tuberositats i la funció, i entre necrosi i funció. Sent pitjor el resultat del Constant en els pacients amb mala reducció de les tuberositats i en els pacients amb necrosi. No obstant això, no hem trobat diferències estadísticament significatives, probablement perquè la mida mostral és petita.

En la nostra mostra no s'ha trobat correlació entre mala reducció i necrosi ($p=n.s.$).

Quant a la qualitat de vida, no s'ha trobat una correlació clínica ni estadística amb la correcta reducció de les tuberositats o amb la necrosi.

CO-40 / 09:20 - 09:30

RESULTATS DE L'OSTEOSÍNTESI DE FRACTURES D'HÚMER PROXIMAL EN MALALTS GRANS SEGONS DOS GRUPS D'EDAT

Wilches Restrepo, C., Cornet Susana, J., Marimon Nieves, P., Fernández Muñoz, S., Ormeño Ramos, G., Sulbaran Sierra, J.D.
Hospital General d'Igualada, Barcelona

Keywords: Humer Proximal, Malats Grans, Osteosíntesi

Introducció i objectius

L'evidència científica actual i els resultats e indicacions de l'osteosíntesi de les fractures d'húmer proximal en malalts entre 65 -75 anys no son extrapol·lables a la població d'edat més avançada.

Presentem la nostra experiència amb l'osteosíntesi amb placa LCP de les fractures d'húmer proximal del pacient gran fent una divisió en dos grups d'edat.

Material i mètode

Revisió retrospectiva de Fractures d'húmer proximal en 2 i 3 parts tractades amb ROFI amb placa LCP en malalts de més de 65 anys en les que es va aconseguir una reducció i fixació correctes; excloent els casos amb errors tècnics quirúrgics importants.

Es va dividir la mostra en pacients entre 65 i 75 anys i pacients de més de 75 anys.

Les variables valorades han sigut la consolidació i resultat funcional mesurat mitjançant el test Constant ponderat.

S'han classificat els resultats com satisfactoris (Constant>70), i no satisfactoris (Constant<50).

Resultats

Període: 2 anys (2009–2011); mostra: 34 pacients; seguiment mig: 18,3 mesos.

Primer grup: Fractura en 2P de CQ: 13 pacients, resultat satisfactori en 12 i no satisfactori en 1. Fractura de CQ amb associació de fractura de troquíter <0.5 cm de desplaçament: 4 pacients, amb resultat satisfactori en 3 i no satisfactori en 1. Fractura en 3P: 5 pacients, amb resultat no satisfactori en tots els casos.

En el segon grup: Fractura en 2P de CQ: 7 pacients, resultat satisfactori en 2 i no satisfactori en 5. Fractura de CQ amb associació de fractura de troquíter<0.5 cm de desplaçament: 2 pacients, amb resultat no satisfactori en tots. Fractures en 3P: 3 pacients, amb resultat no satisfactori en tots.

Conclusions

Els resultats de l'osteosíntesi difereixen molt segons l'edat; segons els nostres resultats, es recomana dividir la població gran en dos grups a l'hora de prendre decisions.

Segons aquesta sèrie, en malats entre 65 -75 les fractures en 2P deCQ tractades amb OS amb placa LCP evolucionen amb bons resultats, la presència d'un traç al troquíter i les fractures en 3P l'OS s'associa a una alta incidència de fracàs.

En malats de més de 75 anys, l'OS ha donat resultats molt insatisfactoris donant-li major indicació a l'artroplàstia quan hi ha indicació quirúrgica absoluta, sigui primària o diferida en fracassos de tractament conservador.

CO-41 / 09:30 - 09:40

RESULTATS FUNCIONALS DEL TRACTAMENT DE LES FRACTURES D'HÚMER PROXIMAL DE 3 I 4 PARTS, AMB PLAQUES BLOQUEJADES S3

Melero Tercero, V., Muñoz Mahamud, E., Fillat Casas, P., Jordan Segura, C., Castellanos Robles, J.

Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat, Barcelona

Keywords: Fractures, Húmer, Plaques, Proximal

Introducció i objectius

El tractament de les fractures inestables en 3 i 4 parts d'húmer proximal és controvertit.

L'objectiu ha estat analitzar els resultats funcionals i les complicacions del tractament d'aquestes fractures, mitjançant la reducció oberta i la fixació interna amb plaques bloquejades d'húmer proximal S3 (Depuy®)

Material i mètode

Estudi retrospectiu, que inclou malalts amb fractures d'húmer proximal de 3 i 4 parts, tractats entre juny de 2007 i gener de 2013, amb plaques bloquejades S3. Totes les fractures van ser classificades mitjançant la classificació de Neer. Per l'avaluació funcional final es va utilitzar el test de Constant (CS). Els resultats es van analitzar estadísticament.

Resultats

53 pacients (36 dones i 17 homes) van complir els criteris d'inclusió. La mitja d'edat va ser 66 anys. Segons la classificació de Neer, 35 fractures en 3 parts i 18 en 4 parts. El seguiment mig de 16,85 mesos.

El CS normalitzat per edat i sexe al final del seguiment va ser entre satisfactori i bo (80,5 punts). La comparació del CS entre grups d'edat i entre les fractures de 3 i 4 parts, no van mostrar diferències estadísticament significatives.

Es van identificar 4 necrosis avascular, 3 colapses amb penetració intraarticular dels pernys, 3 afluixaments del material i 3 malunions del troquíter. No van haver casos de pinzament subacromial, un avantatge comparat amb altres plaques de col·locació més proximal. El percentatge de re-intervencions va ser del 9,43% (2 artroplàsties, 2 retirades de pernys i 1 retirada de tota la placa) similar als publicats a la literatura.

Conclusions

La utilització de plaques d'húmer proximal S3 és un procediment acceptable pel tractament de les fractures en 3 i 4 parts de l'húmer proximal.

CO-42 / 09:40 - 09:50

FIXACIÓ PERCUTÀNIA DE FRACTURES D'HÚMER PROXIMAL AMB EL SISTEMA BLOCK HUMERAL. LA NOSTRA EXPERIÈNCIA EN 3 ANYS

Lobato Trenado, S., Canales Naharro, C., Jorba, M., López Louzao, A., Suau Mateu, S.

Fundació Hospital l'Esperit Sant, Santa Coloma de Gramenet, Barcelona

Keywords: Fractures d'Húmer Proximal, Fixació Percutània

Introducció i objectius

En els últims anys s'han proposat diferents tècniques quirúrgiques per abordar les fractures d'húmer proximal. Entre aquestes es troba el sistema de Block humeral que consisteix en una fixació amb agulles de Kirshner insertades a través d'un botó des de la diàfisi humeral de forma percutània fins el cap.

La nostra revisió consisteix en observar els resultats obtinguts en els pacients intervinguts de fractura d'húmer proximal amb el sistema Block Humeral.

Material i mètode

Es revisen retrospectivament 15 pacients intervinguts de fractura d'húmer proximal entre el 2010 y el 2013 amb el sistema Block Humeral. Es valora complicacions intraoperatòries, dolor postoperatori, aparició de necrosis del cap humeral, presència de pseudoartrosi, migració del material d'osteosíntesis i rang de moviment als 6 i 12 mesos postintervenció.

Resultats

De 54 fractures d'húmer proximal intervingudes entre 2010 y 2013 en el nostre centre, 15 van ser intervingudes amb el sistema de Block Humeral. No ens vam trobar amb cap complicació intraoperatòria, en 5 casos vam haver d'utilitzar cargols canulats per sintetitzar les tuberositats. Vam tenir una mitja de dolor postoperatori segons l'escala EVA de 6 als 6 mesos postintervenció i de 3 a l'any postintervenció. 2 pacients van presentar necrosis del cap humeral, 1 pacient va presentar pseudoartrosi i 2 pacients van patir una migració de les agulles.

Conclusions

El sistema Block Humeral pot ser una bona opció per al tractament de les fractures d'húmer proximal amb una indicació correcta.

CO-43 / 09:50 - 10:00

EVALUACIÓ DEL TRACTAMENT I LA CLASSIFICACIÓ DE LES FRACTURES D'HÚMER PROXIMAL EN EL NOSTRE CENTRE

Marlet Jordana, M^a.T., Videla Cés, M., Sales Pérez, M., Girós Torres, J.

CSI-HSJDMB, Sant Joan Despí, Barcelona

Keywords: Húmer, Fractura, Tractament, Sccot, 2014

Introducció i objectius

Les fractures d'húmer proximal són fractures freqüents en el nostre medi; el maneig d'aquestes, incloent-hi el tractament quirúrgic, és força ampli. Els diferents mètodes de classificació de les fractures d'húmer proximal es basen en els tipus de fragments, l'afectació articular...

L'objectiu del nostre estudi és evaluar el tractament de les fractures d'húmer proximal en el nostre centre, i observar els resultats obtinguts; evaluar les diferències inter-observador en la classificació i les possibles relacions que hi hagin entre aquestes i el tractament.

Material i mètode

Estudi retrospectiu, descriptiu on es recullen totes les fractures d'húmer proximal des de gener del 2011 fins a desembre del 2012. De totes elles es valora la radiologia (Antero-posterior i Outlet) realitzada a urgències i es classifiquen segons AO i Neer; el tipus de tractament que s'ha realitzat (conservador vs cirurgia), les possibles complicacions i si re-intervencions realitzades. Es valora també el rang articular assolit i el temps de consolidació de les fractures.

Resultats

Des de gener del 2011 fins a desembre de 2012 es recopilen un total de 172 fractures d'húmer proximal, 118 dones i 54 homes; amb una edat mitja de 68 anys. 110 pacients van ser tractats de forma conservadora; mentre que 62 van rebre tractament quirúrgic (18 ROFI amb placa philos, 11 placa philos via MIPO, 7 hemiartroplasties, 1 PTH, 1 PTHI, 2 Kw, 1 sutura i 1 cargol). Dels 62 pacients que van ser intervinguts quirúrgicament, 22 van patir complicacions en el post-operatori, 5 dels quals van haver de ser reintervinguts.

Conclusions

En les fractures d'húmer proximal, s'ha vist que tan el tractament quirúrgic com el conservador, donen bons resultats pel que fa al guany del BA i a la milloria del dolor. No obstant, dins el tractament quirúrgic, podem destacar que els pacients tractats amb el mètode MIPO, assolien el rang de moviment abans els pacients en que la cirurgia era oberta. La classificació de les fractures d'húmer proximal segueix essent un tema difícil.

PEU

Divendres 23 de Maig

Sala 2 – 08:45 - 09:55

Orals: CO 44 – CO 50

Moderadors: Álvarez, Fernando

Pérez, Albert

CO-44 / 08:45 - 08:55

OSTEOTOMIA DE CALCANI COMBINADA AMB CIRURGIA SOBRE L'HALLUX

Souza Virgolino, B., Alonso-Rodríguez Piedra, J., Puñet Blanco, E., Gasch Blasi, J.

Consorci Sanitari de Terrassa, Barcelona

Keywords: Osteotomia, Calcani, Hallux Valgus

Introducció i objectius

L'hallux valgus pot estar acompanyat de peu pla, factor aquest que també pot provocar dolor associat al retropeu. Aquesta alteració del retropeu és un dels responsables de recidiva de la deformitat de l'avantpeu per l'abducto que es pot trobar a aquest nivell.

Per tot això, a l'hora de plantejar-se fer cirurgia de l'avantpeu pot estar justificat en alguns casos la cirurgia associada al retropeu.

Objectiu: Mostrar els nostres resultats en una sèrie de 7 pacients intervinguts en un mateix acte quirúrgic tant de retropeu com d'avantpeu. Tots ells afectes de peu-pla valg g. II amb hallux valgus associat.

Material i mètode

Valorem els nostres resultats amb l'escala AOFAs i paràmetres de correcció radiològics.

Resultats

En la nostra sèrie de pacients amb retropeu valg g.II i amb avantpeu abducto s'ha aconseguit la correcció de paràmetres radiològics i clínics amb alt grau de satisfacció valorats en l'escala EVA i AOFAS. Com a aspectes menys positius destaquem que la cirurgia resulta més complexa, un post-operatori més dolorós i perllongat, i major temps fins a permetre la càrrega completa.

Conclusions

Considerem que la cirurgia combinada de retropeu i avantpeu pot resultar útil en casos seleccionats. Un dels punts difícils és acabar de determinar si una cirurgia d'avantpeu necessita o no un temps del retropeu al mateix acte quirúrgic.

CO-45 / 08:55 - 09:05

RESULTATS A LLARG TERME DE LA RESSECCIÓ DELS CAPS METATARSALS EN PACIENTS REUMÀTICS

Alonso-Rodríguez Piedra, J., Souza Virgolino, B., Puñet Blanco, E., Gasch Blasi, J.

Consorci Sanitari de Terrassa, Barcelona

Keywords: Alineació Metatarsal, Artritis Reumatoidea, Metatarsàlgia

Introducció i objectius

La metatarsàlgia als pacients reumàtics és una causa freqüent de consulta en ortopèdia. El seu tractament no està ben establert ja que existeixen estudis que mostren que no existeixen diferències entre les diferents tècniques quirúrgiques realitzades.

Presentem una revisió a llarg terme de 14 peus afectes de metatarsàlgia per malalties o avantpeu reumàtic que van ser intervinguts mitjançant ressecció dels caps dels metatarsians centrals.

Material i mètode

Catorze peus reumàtics van ser intervinguts amb un seguiment de 95 mesos (5 anys-8 anys 1m). Els criteris d'exclusió van ser pacients amb temps de seguiment inferior als 5 anys, sense diagnòstic de malaltia reumàtica o avantpeu reumàtic i cas no estabilitzat.

Es van revisar 14 pacients, amb 4 casos bilaterals. La lateralitat va ser 10 esquerres i 4 drets. L'edat a la cirurgia va ser de 69.1 anys (14.7) i trobem un predomini de dones (10 a 4).

Resultats

Nou pacients tenien una AR de base i 5 presentaven un avantpeu reumàtic.

En 14 pacients es va fer una alineació metatarsal, amb 9 artrodesis de la primera metatarsofalàngica. La incisió es va fer via dorsal en 8 casos i plantar en 6.

Les escales de valoració EVA així com satisfacció del pacient i metge van mostrar millores importants als 5 anys de la cirurgia. Les escales AOFAS, SF36 i VAS-FAS també milloraven de manera significativa. A la revisió, la premsa del primer radi era correcte en 10 dels 12 peus operats, les callositats doloroses requerien plantilles en 2 casos i la deambulació amb sabata tancada era confortable en tots els casos.

Conclusions

La ressecció dels caps metatarsals és un mètode adequat pel tractament de les metatarsàlgies en pacients o peus reumàtics amb un manteniment dels resultats clínics a més de 5 anys.

O-46 / 09:05 - 09:15

VIA D'ABORDATGE POSTERIOR EN QUATRE TRANSAQUIL·LIA EN LA SÍNDROME DOLOROSA DEL RETROPEU (HAGLUND, TENDINITIS CALCIFICANT DE LA INSERCIÓ DEL TENDÓ D'AQUIL·LES (TCIA) I EXOSTOSI POSTERIOR DE CALCANI)

Di Felice Ardente, P., Codina Santolaria, J., Aranda Grijalba, C., Edo Llobet, M., Marín Cop, M.Á., De La Rosa Fernández, M.
Hospital Sant Joan de Deu (Althaia), Manresa, Barcelona

Keywords: Retropeu, Calcani, Haglund, Abordatge

Introducció i objectius

Actualment existeix la tendència a la utilització de tècniques mínimament invasives en el tractament de la síndrome dolorosa del retropeu (tècniques percutànies, artroscòpiques...).

En el nostre servei preferim utilitzar la via d'abordatge posterior oberta en quatre transaquilea. L'objectiu és demostrar els avantatges que aquesta pràctica quirúrgica ens aporta.

Material i mètode

Revisem 16 pacients intervinguts mitjançant la via d'abordatge posterior en quatre transaquilea, en els últims 3 anys en el nostre hospital. Estudiem l'edat, el sexe, la lateralitat, el tipus de patologia de retropeu dolorós que presentaven, les proves d'imatge complementàries, la tècnica quirúrgica realitzada, l'escala AOFAS i les possibles complicacions.

Resultats

Els resultats mostren un predomini d'aquest tipus de lesions en pacients de sexe masculí de mitja edat. En tots els casos realitzem la via d'abordatge posterior en quatre transaquilea. Sis pacients es van diagnosticar de TCIA i es va practicar una exèresi de les calcificacions intratendinoses amb una resecció de la deformitat de Haglund i de la exostosis posterior del calcani, associada a una reinserció del tendó Aquil·les. Deu pacients es van diagnosticar de deformitat de Haglund realitzant-se una resecció de la mateixa. No va aparèixer cap complicació postoperatòria cutània.

Conclusions

Concloem que la via posterior en quatre transaquilea permet una millor visualització de les lesions de la síndrome del retropeu dolorós i concedeix al cirurgià poder realitzar amb major facilitat i precisió la tècnica quirúrgica que utilitzi. En cap cas s'ha presentat cap complicació cutània associada a la via d'abordatge.

O-47 / 09:15 - 09:25

OSTEOTOMIA DISTAL DEL 1ER METATARSIÀ TIPUS AUSTIN-CHEVRON PER CORRECCIÓ DE L'HALLUX VALGUS MODERAT AMB CIRURGIA PERCUTÀNIA

Parals Granero, F., González Ustes, X., Conesa Muñoz, X., Moreno Aparicio, J.

Hospital Municipal de Badalona, Barcelona

Keywords: Cirurgia Percutània, Osteotomia de Austin-Chevron Modificada, 1er. Metatarsià.

Introducció i objectius

L'osteotomia distal del 1er. metatarsià està indicada per al tractament quirúrgic de l'hallux valgus lleu a moderat. L'objectiu d'aquest estudi va ser avaluar els resultats d'una variant de la osteotomia distal del 1r MTT usant una tècnica percutània.

Material i mètode

Des d'abril fins desembre de 2013 hem realitzat 18 osteotomies distals del primer MTT per al tractament de 18 pacients amb hallux valgus lleu a moderat.

Realitzem, per cirurgia percutània, una osteotomia distal tipus Austin Chevron modificada del 1r MTT amb desplaçament lateral del cap per tancament de l'angle intermetatarsià que fixem amb un cargol tipus Bold de 3 mm de doble compressió.

Per l'alliberament lateral del 1er MTT s'utilitza la mateixa incisió de la tenotomia l'abductor del 1r dit.

Després de la intervenció, els pacients són avaluats amb un protocol clínic i radiogràfic durant una mitjana de 4,1 mesos.

S'utilitza l'escala AOFAS per a l'avaluació clínica.

Resultats

Són els nostres primers resultats presentats amb una excel·lent puntuació de l'escala de AOFAS.

La puntuació mitjana de l'escala AOFAS es de 90,8 punts.

Les rx han evidenciat canvis significatius en l'angle intermetatarsià, en l'angle del h·lux valgus, el DMAA i en la posició dels sesamoides.

Conclusions

La tècnica de la cirurgia percutània sembla ser fiable per a l'execució i el manteniment de la osteotomia tipus Austin-Chevron del primer metatarsià, per a la correcció de l'hallux valgus amb lleu a moderada deformitat.

O-48 / 09:25 - 09:35

COMPLICACIONS DEL TRACTAMENT QUIRÚRGIC DE L'HALLUX RIGIDUS

Parada Avendañ, I.¹, Santamaría Fuma, A.¹, López Capdevila, E., Álvarez San Nicolás, J., Roman Verdasc, J.¹, Girós Torres, J.
 Consorci Sanitari Integral, Sant Joan Despí, Barcelona, España

Introducció i objectius

Analitzar els resultats clínics i funcionals del tractament quirúrgic dels Hallux rigidus.

Material i mètode

Estudi descriptiu retrospectiu amb 103 Hallux rigidus (81% dones, 62 anys, estadi II - III) intervinguts quirúrgicament entre juliol 2009-2013.

Es valora gènere, edat, estadi de hallux rigidus (Regnauld Classification), tècnica quirúrgica (68 osteotomies distals o diafisàries i 35 artròdesi), AOFAS, grau de satisfacció i complicacions.

Seguiment mitjà de 2 anys (8m -5 anys).

Anàlisi estadístic amb Chi - quadrat i T - student, amb programa estadístic SPSS 19.0.

Resultats

La AOFAS pre- i postoperatòria és similar en ambdós grups (osteotomies versus artròdesi), sent aquestes diferències no estadísticament significatives.

El 24 % dels pacients intervinguts de Hallux rigidus es compliquen, sent les més freqüents la metatarsàlgia de transferència (35.5 %), sense diferències al comparar les diferents osteotomies practicades.

El 20% HR operats mitjançant osteotomies distals tipus Chevron progressen en la seva malaltia, donant diferències estadísticament significatives al comparar-los amb la osteotomia més freqüent del grup (Weil M1) ($p < 0.035$);

Pel que fa a la persistència del dolor i els problemes amb la ferida (ambdues representen el 2.9 %), no trobem diferències estadísticament significatives al comparar els diferents tractaments practicats.

Conclusions

Segons el nostre estudi els resultats clínics i funcionals de l'Hallux rigidus grau II -III són similars tant en les osteotomies distals com l'artròdesi de la metatarsofalàngica, presentant un 24% de complicacions independentment d'edat, gènere i tècnica quirúrgica empleada.

CO-49 / 09:35 - 09:45

10 ANYS D'EXPERIÈNCIA AMB LES ORTESIS SUBASTRAGALINES COM A TRACTAMENT DEL PEU PLA INFANTIL

Martínez Grau, P., Gimeno Calavia, N., Coll Bosch, M.^a D.
 CSU Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

Introducció i objectius

Els peus plans laxes són un motiu de consulta molt freqüent als serveis d'ortopèdia infantil. Existeixen diferents opcions de tractament. Presentem la nostra experiència amb les ortesis subastragalines. L'objectiu del nostre treball és avaluar el resultat d'aquest tipus de tractament que hem utilitzat durant els últims 10 anys.

Material i mètode

Es realitza un estudi retrospectiu revisant les històries clíniques de tots els pacients als que hem col·locat una ortesi subastragalina per peus plans al nostre centre. S'han exclòs els pacients amb patologies de base importants, com Paràlisi Cerebral Infantil o Espasticitat, així com aquells als que se'ls va col·locar l'ortesi per una causa diferent al peu pla.

S'han revisat les històries de 37 pacients, intervinguts entre els anys 2004 i 2013, dels quals el 62% eren nois. L'edat mitja era de 12 anys i en el 75% dels casos la intervenció va ser bilateral.

Resultats

S'han revisat els angles de Costa Bartani i de Kite pre i post-quirúrgics, observant una reducció mitja de 20° i 10° respectivament. En el 86% dels pacients no hi va haver complicacions, observant-se en un 10% dels casos l'extrusió de l'implant. Només vam tenir 1 cas d'infecció. En la meitat dels casos ja s'ha realitzat una 2a. cirurgia per retirar les ortesis, amb un temps mig entre ambdues intervencions de 2 anys.

Conclusions

Els nostres resultats amb les ortesis subastragalines en el peu pla són bons, amb correccions acceptables dels angles del peu. Pensem que seria interessant realitzar un seguiment a llarg termini d'aquests pacients per saber si aquesta correcció implica un millor estat del recolzament del peu i de la marxa a l'edat adulta.

CO-50 / 09:45 - 09:55

REVISIÓ DEL TRACTAMENT DE L'HALLUX VALGUS EN ELS ÚLTIMS 8 ANYS AL NOSTRE CENTRE: QUÈ HEM APRÈS

Román Verdasco, J., Santamaría Fumas, A., Muriano Royo, J., Montanya Manich, J., López Capdevila, M^a. E., Girós Torres, J. Consorci Sanitari Integral. Hospital General Hospitalet, l'Hospitalet, Barcelona

Introducció i objectius

En els últims anys ha variat de forma profunda el tractament de l'hallux valgus (HV). La cirurgia ha passat de centrar-se únicament en la desviació lateral de la falange, l'augment de l'angle intermetatarsal i la conseqüent hipertròfia de l'eminència medial, a valorar el HV als tres plans de l'espai. Nous conceptes com l'escurçament, l'elevació metatarsal i la variació del l'angle d'orientació articular metatarso-falàngic (PASA), així com la patologia associada de la resta de radis, han permès un estudi més complet de l'etiopatologia de l'hallux ampliant l'espectre de les tècniques quirúrgiques.

En aquest estudi fem un repàs del tractament d'aquesta patologia al nostre centre des del 2006, així com de les complicacions i resultats obtinguts.

Material i mètode

Hem fet un estudi descriptiu revisant totes les cirurgies d'hallux valgus des del 2006 fins a finals del 2013. S'han recollit les següents dades: edat, sexe, tipus d'ingrés, tipus de cirurgia (adjunt o resident), lateralitat, diagnòstic primari, tècnica principal aplicada a la correcció del HV, tècniques associades i complicacions. Per fer la valoració estadística de les relacions entre les diferents variables es va fer servir un estudi tipus T-Student (SPSS).

Resultats

Després de revisar 2017 cirurgies hem obtingut una tasa de complicacions mitja del 19.5%. La principal complicació es la metatarsàlgia de transferència, excepte en les ostetomies proximals on trobem una predominança de recidives (no significatiu $p < 0,005$).

Inicialment les cirurgies es distribuïen de forma regular entre tècniques d'osteotomia distal, proximal i tècniques que actuaven a la falange, per donar pas a la cirurgia percutània i tècniques de descens com la osteotomia tipus Weil del primer metatars.

Conclusions

Tenim un abandonament progressiu de les tècniques d'osteotomia proximal en vers de les distals i la cirurgia percutània.

Si comparem les osteotomies de Chevron obert, percutani i la osteotomia de Weil del primer radi, observem xifres equi-

parables de complicacions, essent aquesta última la que obté millors resultats, sense diferències estadísticament significatives.

Les cirurgies que actuen a nivell de la falange presenten una tasa de complicacions baixa, però hem de recordar que la seva indicació queda restringida a pacients amb demanda funcional menor.

GENOLL I

Divendres 23 de Maig

Sala 3 – 08:30 - 09:30

Orals: CO 51 – CO 56

Moderadors: Auleda, Jaume

Pallisó, Francesc

CO-51 / 08:30 - 08:40

COMPLIMENT D'EXPECTATIVES EN PACIENTS INTERVIN-GUTS D'UNA ARTROPLÀSTIA TOTAL DE GENOLL. RESULTATS A 1 I 5 ANYS

Míguez, P., Leal Blanquet, J., Fraile Suari, A., Guirro Castellnou, P., Hinarejos Gómez, P., Monllau García, J.C.

Parc de Salut Mar, Barcelona

Introducció i objectius

Clàssicament la valoració dels resultats d'una artroplàstia total de genoll (ATG) s'ha basat en variables funcionals. L'objectiu d'aquest estudi ha estat relacionar el compliment de les expectatives preoperatòries amb la satisfacció del pacient a mig termini.

Material i mètode

Hem avaluat en 710 pacients intervinguts d'ATG el compliment de les expectatives preoperatòries als 12 mesos i als cinc anys. Hem valorat el compliment global i de cadascuna de les 17 preguntes del qüestionari d'expectatives de l'Hospital for Special Surgery. S'ha quantificat la relació entre aquest compliment i la satisfacció, qualitat de vida (qüestionari SF - 36), resultat funcional (qüestionari KSS) i estat depressiu (qüestionari Yesavage).

Resultats

El 70% dels pacients veuen complertes les seves expectatives globalment. Els ítems que es compleixen més sovint són millorar el dolor i caminar millor i els que difereixen més són baixar escales, ajupir-se i agenollar-se. Els pacients més satisfets, amb millor índex de funció i amb millor qualitat de vida són els que compleixen millor les expectatives de millorar dolor, caminar millor i millorar el benestar general. Tres dels ítems avaluats (esport, activitat laboral i activitat sexual) no tenen importància per a la majoria dels pacients. Els pacients més deprimits tendeixen a complir menys les seves expectatives.

Conclusions

Aquest estudi demostra que a major compliment en les expectatives preoperatòries major satisfacció es produeix en

el pacient. Les expectatives de dolor i capacitat de caminar són les que més marquen la satisfacció del pacient.

0-52 / 08:40 - 08:50

INFLUÈNCIA DE L'OBESITAT EN LA FUNCIONALITAT I QUALITAT DE VIDA EN PRÒTESIS TOTALS DE GENOLL. ESTUDI A 5 ANYS DE SEGUIMENT

Míguez, P., Hinarejos Gómez, P., Torres Claramunt, R., Marí Molina, R., Sánchez Soler, J.F., Monllau García, J.C.

Parc de Salut Mar, Barcelona

Introducció i objectius

L'objectiu de l'estudi va ser comparar la funcionalitat, qualitat de vida, expectatives i satisfacció dels pacients operats de PTG en funció del seu índex de massa corporal (IMC).

Material i mètode

Estudi prospectiu observacional de pacients intervinguts de PTG de forma consecutiva. Preoperatòriament es van obtenir les dades epidemiològiques, el KSS i el SF -36. Postoperatòriament, es van realitzar aquests i un test de compliment d'expectatives i de satisfacció a l'any i 5 anys de seguiment. Es van comparar els pacients no obesos (IMC < 30) i obesos (IMC > 30) mitjançant una T de Student.

Resultats

Es van incloure un total de 716 pacients, 318 no obesos i 398 obesos. Preoperatòriament, els pacients no obesos tenien significativament millor KSS funció i SF-36 (funció física, funció social, rol físic, salut mental, vitalitat, dolor corporal, salut general, i sumatori de component físic) comparat amb els obesos. A l'any, els no obesos presentaven millor funció física, funció social, dolor corporal i sumatori de component físic que els obesos. Als 5 anys, els pacients no obesos van mostrar significativament millor KSS genoll, KSS funció, KSS total, SF -36 (tots els dominis), compliment d'expectatives i satisfacció comparat amb els obesos. No obstant això, la diferència entre valors preoperatoris i als 5 anys per KSS i SF-36 va ser similar entre els dos grups.

Conclusions

En general, l'obesitat sembla no influir en la funcionalitat i qualitat de vida després PTG a mig termini. No obstant això, els pacients no obesos tindrien una millor satisfacció i compliment d'expectatives comparat amb els obesos.

O-53 / 08:50 - 09:00

QUALITAT DE VIDA I FUNCIO DESPRE'S DE PRÒTESI TOTAL DE GENOLL EN PACIENTS MAJORS DE 80 ANYS

Fraile Suari, A., Leal Blanquet, J., Sánchez Soler, J.F., Guirro Castellnou, P., Hinarejos Gómez, P., Monllau García, J.C.
Parc de Salut Mar, Barcelona

Introducció i objectius

L'objectiu d'aquest estudi va ser comparar les modificacions en qualitat de vida i funció després de PTG entre pacients majors i menors de 80 anys.

Material i mètode

Es va realitzar un estudi prospectiu d'aquells pacients en els que es va implantar una PTG. Es van obtenir els valors preoperatoris i als 5 anys de seguiment de SF-36 i KSS. Aquests valors van ser comparats entre pacients majors i menors de 80 anys mitjançant una prova T per a dades independents.

Resultats

Es van incloure 736 pacients, 110 majors i 626 menors de 80 anys. Preoperatoriament, els pacients octogenaris tenien menor KSS funció ($p = 0.006$), KSS total ($p = 0.02$), salut mental ($p = 0.03$) i sumatori de component físic ($p = 0.0$) comparat amb els menors de 80 anys. Als 5 anys, els pacients octogenaris van mostrar menor puntuació en KSS funció ($p = 0.01$) i KSS total ($p = 0.01$) en comparació als pacients menors de 80 anys, sense existir diferències en la resta de paràmetres. No obstant això, la diferència entre valors preoperatoris i als 5 anys per KSS i SF - 36 va ser similar entre els dos grups, excepte una menor KSS funció en octogenaris comparat amb menors de 80 anys ($p = 0.02$). La mortalitat en majors de 80 anys va ser superior comparat amb els menors de 80 anys (9% i 3%, respectivament, $p = 0.006$).

Conclusions

En general, no hi ha diferències en les modificacions a mig termini de qualitat de vida i funció entre pacients majors i menors de 80 anys després de PTG. Aquest procediment estaria, per tant, justificat en pacients octogenaris.

O-54 / 09:00 - 09:10

ESTUDI SOBRE LA INFLUÈNCIA DE L'ANSIETAT PREOPERATÒRIA EN EL DOLOR POSTOPERATORI EN PACIENTS INTERVINGUTS D'ARTROPLÀSTIA TOTAL DE GENOLL

Romero Gómez, M., Canalias Bages, A., Ramoneda Salas J., Sánchez González, A., Bernia Gil, J.A.
Consorci Sanitari de Terrassa, Barcelona

Keywords: Ansietat, Dolor, Artroplàstia Total De Genoll

Introducció i objectius

L'artrosplàstia de genoll és un procediment cost-efectiu en el control del dolor i la limitació funcional. Amb l'ús de pautes analgèsiques protocolitzades, seguim trobant una resposta variable en front al dolor postoperatori.

Diferents estudis han demostrat la influència de múltiples variables en la resposta al dolor postoperatori. L'objectiu és conèixer si una puntuació preoperatoria elevada en el test STAI, s'associa a una pitjor resposta respecte al dolor postoperatori i si estaria indicada la realització d'escala de valoració de salut mental per tal d'optimitzar el control del dolor postoperatori.

Material i mètode

Entre els anys 2013 i 2014 es realitza el test de STAI (Trait Anxiety Scale) preoperatoriament i l'Escala Visual Analògica (EVA) preoperatoriament i el 5è dia postoperatori. El test de STAI consta de dues parts: STAIE o test d'ansietat d'estat, que mesura l'ansietat en el moment puntual i l'STAIR o test d'ansietat de tret que mesura l'ansietat basal del pacient. En tots els pacients s'aplica la mateixa pauta analgèsica, segons protocols establerts.

Resultats

En el total de 107 pacients trobem 34 homes (31,77%) i 73 dones (68,22%). L'edat mitja és de 72,14 anys (60-86). Referent a l'estat civil trobem 59,9% de casats, 0,9% divorciats, 1,9% solters i 37,3% vidus. En quant a la situació laboral hi ha 87,9% en situació de Jubilació, l'1,9% a l'atur i actius el 10,2%. Es realitza l'estudi estadístic mitjançant el programa SPSS 18 entre els resultats dels tests de STAIE i STAIR preoperatori i EVA pre i postoperatori obtenint un resultat de no correlació estadística.

Conclusions

En estudis de regressió portats a terme per B. A. Rakel et al. no es troben correlacions entre el dolor postoperatori i l'ansietat preoperatoria. Es valora la possibilitat que el dolor està més influït per la depressió, amb una correlació significativa, que no pas per l'ansietat, tot i que si destaca l'ansietat com a predictiva per al dolor preoperatori i pot ser un objectiu important d'intervenció.

Els resultats obtinguts en el nostre estudi indiquen que no hi ha una associació entre l'ansietat preoperatòria i el dolor postoperatori, de forma que per avaluar l'estat mental preoperatori hauríem de buscar altres variables com ara l'avaluació de la depressió.

O-55 / 09:10 - 09:20

ESTUDI RETROSPECTIU DE 53 ARTOPLASTIAS UNICOMPARTIMENTALS A LA GONARTROSI DEL COMPARTIMENT FEMOROTIBIAL INTERN

Cortés Ledesma, G., Oliver Far, G., Sánchez Martínez, M., Cabot Dalmau, J., Portabella Blavia, F.

Hospital Universitari Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Keywords: Artroplastia, Unicompartimental, Gonartrosi, Genoll

Introducció i objectius

La pròtesi unicompartimental de genoll és una alternativa a la osteotomia en el tractament de l'artrosi del compartiment medial en pacient jove. Les seves indicacions i resultats segueixen sent controvertits avui en dia des de la seva introducció en els anys 70.

El nostre objectiu és l'anàlisi de les indicacions, resultats i complicacions de la PUC mitjançant un estudi retrospectiu d'una sèrie de 53 casos (nivell IV).

Material i mètode

Es va procedir a avaluar 53 pacients amb símptomes de gonartrosi tributària de pròtesis unicompartimental, implantades entre els anys 2005 i 2010, amb un seguiment mitjà de 6 anys. 41 de les quals eren dones i 11 homes.

L'edat mitjana d'implantació va ser 61, 25 anys. Pel que fa a l'etiologia en el 78% dels casos es tractava d'artrosi del compartiment intern, al 22% restant necrosi avascular del còndil medial.

Resultats

En el 90% dels casos es va aconseguir una adequada correcció de l'angle femorotibial amb resultats compresos entre més almenys 4 graus sobre l'eix mecànic. El resultat mitjà del test HSS va ser de 82 punts amb valors des de 50 a 100. La taxa de recanvi de l'implant (implantació de PTG) es va situar en el 7,5% del total de pacients implantats, en tots els casos a causa d'afluixament asèptic dels components.

Conclusions

La pròtesi unicompartimental pot ser una alternativa a la osteotomia valgüizante en el tractament de l'artrosi del compartiment medial en pacients majors de 60 anys. Per evitar

recanvis precoços resulta fonamental la selecció adequada de pacients, així com la precisió en la indicació.

O-56 / 09:20 - 09:30

AVALUACIÓ RETROSPECTIVA DE DOS MODELS PROTÈTICS DE GENOLL EN EL POSTOPERATORI IMMEDIAT

Marcano Fernández, F., Villalba Modol, J., Acerboni Flores, F., Ramón Soler, J., Torner Pifarré, P.

Hospital Parc Taulí de Sabadell, Barcelona

Keywords: Pròtesis Genoll, ROM, Funcionalitat, KSS

Introducció i objectius

Diferents models protètics han sigut desenvolupats per millorar la qualitat de vida, la funció motora i la durabilitat dels components. El nostre objectiu va ser avaluar els resultats en el postoperatori immediat de dos nous models de pròtesis total de genoll; Radi únic (CR) i Platet mobil (MB).

Material i mètode

Realitzem un estudi retrospectiu de 40 genolls operats (edat mitja en el moment de la cirurgia de 72 anys amb un 71% de pacients femenins), 20 Cr, 20 MB amb un seguiment de 5 anys. Les avaluacions van incloure qüestionaris preoperatoris, postoperatoris i exploració física.

Resultats

Els resultats principals inclouen l'amplitud de moviment (ROM), i les puntuacions segons el Knee Society Score (KSS). Es van analitzar les diferències entre els mesos 1,3 i 6, el primer i fins el cinquè any.

Conclusions

Ambdós tipus de pròtesis son capaços de millorar el moviment (ROM) previ a la intervenció al primer, tercer i sisè mes de la cirurgia així com millorar la puntuació del KSS després dels tres primers mesos. Les pròtesis tipus MB van millorar el ROM de manera més ràpida que las tipus CR, però aquesta millora s'estabilitza pràcticament al sisè mes. Per altra banda, s'ha observat una millora més específica respecte al KSS als 3 mesos en el grup de les CR. A partir del primer any s'aprecia una estabilització de la millora dels dos models tant en mobilitat com a nivell.

GENOLL II

Divendres 23 de Maig
Sala 3 – 09:30 - 10:30
Orals: CO 57 – CO 62
Moderadors: Angulo, Maite
Ramon, Jordi

O-57 / 09:30 - 09:40

EL LLIGAMENT FEMOROPATELAR INTERN EN LA LUXACIÓ RECIDIVANT DE RÒTULA. UN ESTUDI DESCRIPTIU I RETROSPECTIU

Aranda Grijalba, C., Prat Carne, R., Oliveras Riera, J., Puigdelivol Gifreu, J., Menor Fusaro, F.
Althaia. Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, Barcelona

Keywords: Lligament femoropatelar intern luxació ròtula

Introducció i objectius

El MPFL o LPFM és un estabilitzador en extensió del genoll i fins a 30° de flexió, després va passar a ser la ròtula femoral el principal estabilitzador.

Material i mètode

Realitzem un estudi retrospectiu al nostre hospital de tots els casos de luxació recidivant de ròtula diagnosticats (tres o més episodis la mateixa ròtula) i intervinguts comprovant si existia una lesió d'aquesta estructura mitjançant ressonància magnètica nuclear.

Trobem que en absolutament tots els nostres pacients, que són 22 casos trobats des de 2007 fins 2012, hi ha una lesió o disrupció d'aquest lligament. A causa de la novetat d'aquests estudis, només en 5 casos s'ha realitzat una reparació del lligament. La resta de pacients van ser intervinguts mitjançant la tècnica de Insall-Ficat, associant o no, una transposició de la TTA (Emsly) o plicatura del tendó del vast intern.

Resultats

L'evolució dels nostres pacients ha estat bona, amb excepció d'una infecció de ferida quirúrgica que es va resoldre amb una neteja quirúrgica.

Conclusions

Concloem que aquesta tècnica pot realitzar-se en tota intervenció d'instabilitat crònica rotuliana associant-se a altres tècniques, per donar més estabilitat a la reparació de la patologia dels nostres pacients.

O-58 / 09:40 - 09:50

RESULTATS CLÍNICS I FUNCIONALS DE LA REALINEACIÓ PATEL-LAR EN PACIENTS AMB INESTABILITAT ROTULIANA

Baraldés Canal, M., Froufe Siota, M.Á., Martínez Ruiz, M.^a J., Sánchez Bustos, E., Noriego Muñoz, D., Vilabré Pagés, N.
Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona

Introducció i objectius

La patel·la descansa sobre el solc troclear en la regió intercondílica del fèmur i s'ocupa de centralitzar i potenciar la força del quàdriceps. Les característiques anatòmiques de l'articulació patelofemoral, així com les forces que hi actuen són les que determinen molts dels factors que afecten l'estabilitat i la funció de l'articulació.(1) Quan es presenten episodis de luxació recidivant el pacient acostuma a presentar amb el temps dolor i canvis osteoartroscics.(2)

Material i mètode

Es realitza un estudi retrospectiu dels pacients amb instabilitat rotuliana intervinguts quirúrgicament de forma oberta de realineament patel·lar distal segons la tècnica de Roux Goldhwait + patel·la release +/- plicatura del vast intern quadricipital entre 2010 i 2013 a l'hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona. Es valora mitjançant radiografia i RMN: l'eix de l'extremitat, l'angle Q, l'índex d'Insall i l'angle del solc femoral, així com, la valoració subjectiva mitjançant l'escala de Kujala i la de Tegner-Lysholm.

Resultats

S'obtenen un total de 9 pacients, un d'ells intervingut bilateralment, 5 homes (55%) i 4 dones (44%) amb una edat mitjana de 33 anys (44-19). Afectant un 70% el genoll dret i un 30% l'esquerre. Tots els casos són instabilitat rotuliana simptomàtica dolorosa amb subluxació crònica i/o episodis aguts de luxació/subluxació. En 3 casos s'ha realitzat patel·la release + Roux Goldhwait + plicatura del vast intern, en 1 s'ha afegit trocleoplastia i en 6 s'ha fet patel·la release + Roux Goldhwait. Total de seguiment mig de 21 mesos (3-36). S'observa un angle Q mig de 9,8°, alineació extremitat inferior dins la normalitat, tendència a patel·la alta, angle del solc femoral mig de 130°. Escala inicial de Kujala 73 i Tegner 4-5.

Després de la cirurgia, s'observa un descens de la patel·la en tots els casos. Cap dels pacients torna a presentar episodis de subluxació/luxació. Respecte l'escala de Kujala i Tegner no hi ha canvis significatius.

Conclusions

En el nostre estudi podem concloure que el realineament patel·lar és efectiu per la clínica d'instabilitat, però que en ocasions persisteix dolor. Tot i així, la majoria dels pacients consideren assolits els objectius de la cirurgia i estan satisfets amb els resultats.

O-59 / 09:50 - 10:00

LUXACIÓ DE GENOLL: HI HA UN PROTOCOL A SEGUIR?

Gómez Masdeu, M., Gelber Ghertner, P., Álvarez Gómez, C., Natera Cisneros, L.G., Crusi Sererols, X.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. UAB, Barcelona

*Keywords: Luxació Genoll, Lesió Vascolar, Reconstrucció Lligamentosa***Introducció i objectius**

Les luxacions de genoll són lesions relativament freqüents representant el 0,5 de totes les luxacions i entre el 0'02 i 0,2% de totes les lesions traumàtiques. Fins ara les publicacions al respecte consistien en series de casos amb tractaments molt heterogenis. Darrerament, han sortit a la llum estudis prospectius i revisions sistemàtiques que orienten a una protocolització tant en el diagnòstic, seguiment i tractament d'aquestes.

Material i mètode

Es presenta el cas d'un pacient de 34 anys que, arrel d'un accident de motocicleta, presentava una luxació de genoll KD III-L segons la classificació de Schenk, amb pols pedi i tibial posterior presents i simètrics respecte l'extremitat contralateral i amb una correcta sensibilitat i força motora de l'extremitat.

Es va procedir a una reducció sota sedació i immobilització de l'extremitat. Durant les següents 24 hores es va realitzar un control neurovascular estricte de l'extremitat i una artro-ressonància en la que es va evidenciar la lesió dels lligaments creuats anterior i posterior i de l'angle posterolateral i bíceps femoral amb integritat de l'Artèria Poplítia. El pacient va ser donat d'alta del centre als 4 dies.

Tres setmanes després de la lesió, es va realitzar una reconstrucció en un sol temps del lligament creuat anterior amb un al·loempelt de tibial anterior, del lligament creuat posterior amb un al·loempelt de tendó d'Aquiles i una reconstrucció mitjançant la tècnica de LaPrade de l'angle posterolateral amb al·loempelt d'Aquiles a més de la reconstrucció del bíceps femoral i la càpsula amb anclatges. Es presenta aquest cas per il·lustrar aquest tipus de lesions a la vegada que fem una revisió dels últims consensos, de nivell d'evidència científica V, als que s'estan arribant.

Resultats

El pacient va presentar una neuroapràxia del nervi peroneu que ha anat recuperant durant la fisioteràpia. A l'any de la lesió, presenta un balanç articular de 0/0/120 i ha reiniciat la seva vida laboral.

Conclusions

Una lesió que involucri 3 dels 4 lligaments principals del genoll, un cop descartada la lesió vascular, pot ser tractada en un sol acte quirúrgic.

O-60 / 10:00 - 10:10

COMPLICACIONS I MANEIG INICIAL DE LA LUXACIÓ DE GENOLL

Belerdas Fernández, E., Vilabré Pagés, N., Graells Alonso, G., Madirolas Alonso, X., Noriego Muñoz, D., Froufe Siota, M.Á. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona

*Keywords: Complicacions, Maneig, Luxació, Genoll***Introducció i objectius**

La luxació de genoll és una lesió infreqüent que pot associar lesions neurovasculars greus que poden comportar la pèrdua de l'extremitat. Revisem el maneig inicial i les complicacions associades que presenten els pacients que acudeixen al nostre centre amb luxació de genoll traumàtica.

Material i mètode

Es realitza un estudi retrospectiu descriptiu dels pacients ingressats al nostre centre durant els anys 2009-2014 amb diagnòstic de luxació de genoll. Es recullen un total de 10 pacients, i s'analitza l'associació amb lesions neurovasculars, així com el tractament i la seva evolució.

Resultats

L'edat mitja es 35,7 anys (20-74 anys). La totalitat de pacients són homes. El 70% dels casos el mecanisme va ser d'alta energia. El 30% de luxacions van passar desapercebudes inicialment. En 3 casos es van evidenciar fractures de l'espina tibial. Sis pacients van presentar lesió arterial, dels quals 5 van requerir reparació arterial immediata. D'aquests 5 casos intervinguts, un d'ells va requerir un nou by-pass i un altre va acabar en amputació de l'extremitat, ambdós en menys de 24 h. El 50% presentava lesió del CPE (confirmat per EMG). A 9 pacients se'ls va tractar mitjançant fixador extern inicialment, i a 3 se'ls van realitzar també fasciotomies descompressives. En un cas el pacient es va tractar la lesió vascular i es va derivar al seu hospital de referència per tractament definitiu. Es va perdre el seguiment de 3 pacients. Dels 7 restants, a 2 casos s'ha realitzat la reparació quirúrgica de la lesió lligamentosa i la resta ha realitzat tractament rehabilitador.

Conclusions

El percentatge de lesions vasculars a la luxació de genoll oscil·la del 32 al 45% i l'artèria poplítia és el vas més freqüentment lesionat. Les lesions nervioses poden donar-se en

un 16-40% dels casos. La necessitat de realitzar una arteriografia a tots els pacients es controvertida, i habitualment es realitza en cas de que l'exploració física sigui anormal. Precisa d'intervenció urgent per estabilitzar l'articulació, i reparació arterial precoç en cas de que la vascularització estigui afectada.

O-61 / 10:10 - 10:20

LES LESIONS DEL CARTÍLAG ARTICULAR DEL GENOLL EMPITJOREN L'ASPECTE EN RESSONÀNCIA MAGNÈTICA D'UN SUBSTITUT MENISCAL DE POLIURETÀ SENSE INFLUENCIAR ELS RESULTATS FUNCIONALS

Marí Molina, R.¹, Gelber Ghertner, P.E.², Mihai Petrica, A.², Isart Torruella, A.³, Pelfort López, X.¹, Monllau García, J.C.¹

1. Parc de Salut Mar de Barcelona, Barcelona
2. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona
3. ICATME-Hospital Universitari Quirón Dexeus, Barcelona

Keywords: Cartílag, Substitut, Menisc, Poliuretà, Genoll

Introducció i objectius

Les lesions del cartílag articular del genoll empitjoren l'aspecte en ressonància magnètica d'un substitut meniscal de poliuretà. L'objectiu del present estudi és avaluar la influència de les lesions condral del genoll en la funció i en l'aspecte en ressonància magnètica (RM) dels implants meniscals de poliuretà (Actifit®)

Material i mètode

48 pacients amb síndrome postmeniscectomia van ser intervinguts implantant-se un Actifit®. L'estat condral del seu respectiu compartiment va ser classificat durant l'artroscòpia amb l'escala ICRS. Es van avaluar funcionalment amb WOMET, IKDC, Kujala, EVA i grau de satisfacció (0 a 4). Les característiques de l'implant van ser avaluades per RM amb l'escala de Genovese, valorant la seva correlació amb el grau de lesió condral i el resultat funcional.

Resultats

El seguiment mitjà va ser de 38 mesos (25-75). 16 pacients no tenien lesió condral, 14 tenien lesió grau II, 10 grau III i 9 grau IV. WOMET, IKDC i Kujala van millorar de 36.2 ± 7.6 , 32.3 ± 13.5 i 39.2 ± 8.1 a 75.8 ± 12.9 ($p = 0.02$), 75.5 ± 15.4 ($p = 0.03$) i 85.6 ± 13.4 (0.042), respectivament. No es va observar relació entre el grau de lesió condral i els resultats funcionals. La forma i mida de l'implant en RM va ser pitjor a majors graus de lesió condral ($p = 0.023$). Una anàlisi post-hoc va demostrar que això va ser només a causa de la diferència entre pacients sense lesió condral versus aquells amb ICRS II - IV. La satisfacció va ser de 3.6 ± 0.8 punts.

Conclusions

La implantació d'un Actifit® va conduir a una millora funcional i de dolor després d'un seguiment mínim de 2 anys. La mida i aspecte morfològic en RM del substitut meniscal de poliuretà va ser millor en pacients sense lesions condral. No es va observar relació entre el grau de lesió condral i els resultats funcionals.

O-62 / 10:20 - 10:30

INFLUÈNCIA DE LES CARACTERÍSTIQUES MORFOLÒGIQUES FEMORO-TIBIALS EN LA LESIÓ DEL LLEA EN HOMES

Lizano Díez, X., Alentorn Geli, E., Pelfort López, X., Andrés Mingo Fernández, F., Torres Claramunt, R., Monllau García, J.C. Parc de Salut Mar, Barcelona

Keywords: Pendent Tibial, Espai Intercondili, Lesió LLEA, Factors De Risc, Homes

Introducció i objectius

L'estudi en homes de les característiques femoro-tibials pot aportar informació sobre el rol d'aquestes en les lesions del LLEA. El paper d'algunes d'aquestes característiques com l'amplada de l'escotadura intercondílica i la pendent tibial posterior medial romanen sense aclarir. L'objectiu d'aquest estudi és avaluar el rol d'ambdós paràmetres així com d'altres característiques morfològiques femoro-tibials en el risc de lesió del LLEA en homes.

Material i mètode

Un grup de casos (quaranta-quatre pacients amb lesió del LLEA) va estar comparat amb un grup de controls (cinquanta pacients sense lesió del LLEA) per a les següents variables mesurades mitjançant RMN: pendent tibial posterior medial i lateral, pendent tibial anterior, angle Blumensaat-pendent tibial anterior, amplada, angle i profunditat intercondílies i amplada d'ambdós còndils femorals. La comparació intergrupual es va realitzar mitjançant una prova T per a dades independents.

Resultats

Els pacients lesionats han presentat un menor angle intercondili als plans coronal i axial ($p < 0,001$ i $p = 0,008$ respectivament) comparat amb el grup control. En els pacients lesionats s'ha observat una major pendent tibial posterior medial ($p < 0,001$) i lateral ($p < 0,02$), menor pendent tibial anterior ($p = 0,01$) i un superior angle Blumensaat-pendent tibial anterior ($p = 0,02$) que en el grup control.

Conclusions

Una major pendent tibial posterior medial i lateral, així com una menor escotadura intercondílica augmenten el risc de lesió del LLEA en homes. L'alteració de l'angle intercondili pot tenir més importància que l'amplada intercondílica en les lesions del LLEA. El paper de l'angle Blumensaat-pendent tibial anterior en el risc de lesions del LLEA requereix de més investigacions.

INFECCIONS

Divendres 23 de Maig

Sala d'Actes – 08:45 - 10:05

Orals: CO 63 – CO 70

Moderadors: Flores, Xavier

Martínez Pastor, J.C.

O-63 / 08:45 - 08:55

ARTRODESI DE GENOLL POST-INFECCIÓ D'ARTROPLÀSTIA TOTAL. REVISIÓ DE 54 CASOS

Cañas Miguel, E., Cabo Cabo, X., Moranas Barrero, J., Portabella Blavia, F.

Hospital Universitari de Bellvitge, l'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Keywords: Artrodesi, Genoll, Infecció, Osteotaxi

Introducció i objectius

L'artrodesi de genoll és l'última solució pel tractament de la infecció protèsica en aquesta articulació. Aquest procediment està indicat en pacients amb afectació greu de l'aparell extensor, pacients immunodeprimits, infeccions causades per gèrmen multiresistents o fracàs de recanvis previs d'artroplàstia de genoll. Al nostre centre, realitzem artrodesi biològica amb fixació externa i empelt ossi així com també clau d'artrodesi. Aquest estudi revisa els casos tractats al nostre centre durant els últims 20 anys.

Material i mètode

Aquest és un estudi retrospectiu, que inclou 53 casos (un d'ells bilateral) d'artrodesi de genoll secundària a infecció protèsica. Comptem amb 20 homes i 32 dones amb una edat mitjana de 72,4 anys. El microorganisme predominant (37%) és el *Staphylococcus Aureus*. El període de seguiment mitjà va ser de 8,2 anys. D'aquests 54 casos, en 40 es va utilitzar artrodesi biològica amb fixador extern i empelt ossi (80%), mentre que en la resta de casos es va utilitzar clau d'artrodesi.

Resultats

En els casos de consolidació amb fixador extern, aquesta s'aconsegüí en el 95% d'aquests, dins d'un temps mitjà de 173 dies. Com a complicacions habituals, intolerància a l'osteotaxi va trobar-se en el 14,2% dels casos, dels quals 8%, van requerir recanvi. En els casos d'implantació de clau d'artrodesi vam trobar un cas d'afluixament de component femoral i un cas de seroma postoperatori que va requerir desbridament.

Conclusions

L'artrodesi de genoll, tant l'osteotaxi com el clau endomedullar, proporcionen bons resultats a curt i llarg termini. Això fa que considerem l'artrodesi com a una bona opció de tractament per a aquesta patologia.

O-64 / 08:55 - 09:05

ÉS EL CULTIU DE DRENATGES ÚTIL A LES INFECCIONS POSTARTROPLÀSTIA?

Ginesta Serrano, M., Pérez Abad, M., Tibau Olivan, R.

Hospital de Mataró, Barcelona

Introducció i objectius

Valorar la utilitat del cultiu de drenatges per monitorització de la infecció postartroplàstia.

Material i mètode

Revisió retrospectiva dels casos amb clínica d'infecció d'artroplàsties de maluc, genoll i espatlla, entre gener de 2007 i desembre de 2012 tractades quirúrgicament que complissin les següents condicions: presentar més d'un cultiu positiu al mateix microorganisme a les mostres preses durant la intervenció i que el drenatge o el seu contingut hagués estat cultivat durant el postoperatori.

Han estat valorats: a) la positivitat o negativitat dels cultius dels drenatges, b) si els microorganismes eren coincidents i c) la seva evolució pel que fa a la curació de la infecció i el resultat final de la pròtesi.

Resultats

El nombre total de casos que complien aquestes condicions van ser de 65.

En 42 (64%) pacients no es va obtenir obtenir creixement bacterià al cultiu del drenatge. En aquests el resultat final va ser la curació de la infecció i bon estat articular en 32 (76%), curació infecció però fracàs articular 9 (21%) i en un (2%) persistència de la infecció.

En 15 (23%) casos el cultiu del drenatge va ser positiu al mateix microorganisme que el cultivat peroperatoriament i considerat causant de la infecció. D'aquests el resultat final va ser la curació de la infecció i bon estat articular en 12 casos (80%), i curació de la infecció però fracàs articular en 3 (20%).

Als 8 pacients restants (12%) el cultiu del drenatge va obtenir un microorganisme que no es va correspondre amb el causant de la infecció. D'aquests, el resultat final va ser la curació de la infecció i bon estat articular en 7 (87%) i curació infecció però fracàs articular en 1 (13%). En cap cas va aparèixer una sobreinfecció pel microorganisme aïllat al cultiu del drenatge.

Conclusions

El cultiu dels drenatges no sembla aportar avantatges en el seguiment de la infecció postartroplàstia.

O-65 / 09:05 - 09:15

HEM DE CONSIDERAR UN TEMPS LÍMIT PER DESBRIDAR UNA INFECCIÓ AGUDA ARTROPLÀSTICA?

Ginesta Serrano, M., Pérez Abad, M., Tibau Olivan, R.
Hospital de Mataró, Barcelona

Introducció i objectius

Des de que s'implanta una pròtesi fins que es desbrida per patir infecció aguda, el temps és variable. Diversos autors han realitzat estimacions sobre el resultat final de la pròtesi i de la infecció i si aquests es veuen modificats pel temps fins al moment del desbridament.

Material i mètode

Es va realitzar una revisió dels desbridaments realitzats en el nostre centre de les artroplasties de maluc, genoll i espatlla tenint en compte el temps transcorregut des de la implantació de la pròtesi. Es va estratificar la mostra per veure com afectava el temps transcorregut des de la implantació fins al desbridament en l'estat de la infecció i de la pròtesi (salvament, recanvi o retirada).

Resultats

Sobre un total de 61 artroplasties infectades entre els anys 2007 a 2012 es va comprovar que el desbridament superior als 90 dies de implantada la pròtesi empitjorava clarament el resultat final.

Conclusions

El desbridament per infecció postartroplàstia més enllà dels 90 dies postimplantació, ensobreix clarament el resultat final. A aquests casos hauria de valorar-se altres alternatives com el recanvi en un o dos temps.

O-66 / 09:15 - 09:25

ES POT CONSIDERAR COM A "GOLD STANDARD" EL DESBRIDAMENT AMB RETENCIÓ DE LA PRÒTESI EN INFECCIONS AGUDES POSTARTROPLÀSTIA?

Tibau Alberdi, M., Tibau, R., Ginesta, M.
Hospital de Mataró, Barcelona

Introducció i objectius

El desbridament amb retenció de la pròtesi s'ha considerat durant més de 15 anys el "gold standard" pel tractament de

les infeccions agudes postartroplàstia. Hem revisat els nostres casos des del 1999 fins el 2011 per tal d'esbrinar si comparat amb altres tractaments suggerits en la literatura recent, encara es pot considerar com el tractament d'elecció.

Material i mètode

Hem fet una revisió de totes les infeccions després d'artroplàstia total de genoll i maluc que complien els següents criteris: aparició dins dels 3 primers mesos després de la implantació, tolerància a l'antibiòtic oral durant llarg període i seguiment d'un any com a mínim.

Resultats

Setanta-nou infeccions agudes després de l'artroplàstia complien els criteris anteriors. Quaranta-vuit eren després d'artroplàstia de genoll i trenta-una de maluc. Un bon resultat es va definir com l'absència de signes d'infecció, locals o sistèmics i la bona fixació dels components protèsics. En 16 casos no es va assolir, el que significa una taxa d'èxit del 79,74%.

Conclusions

Concluïm que el desbridament amb retenció de l'implant i tractament antibiòtic de llarga durada té una alta taxa d'èxit global i per això, encara pot ser considerat com "gold standard" pel tractament de la infecció aguda després de l'artroplàstia.

O-67 / 09:25 - 09:35

INFECCIÓ OSTEOARTICULAR PER PROPIONIBACTERIUM ACNES

Figa Barrios, R., Yela Verdú, C., Gómez García, L., Marchan García, I., Haro Fernández, D., Anglés Crespo, F.
Hospital Universitari Mutua de Terrassa, Barcelona

Introducció i objectius

El Propionibacterium acnes és un bacil gram positiu anaerobi que pot ser responsable d'infeccions de material protèsic, tot i que és un sapròfit de la pell i tradicionalment s'havia considerat com microorganisme no patògen.

Objectius

- Descriure les característiques clíniques de l'infecció osteoarticular amb artroplàstia/osteosíntesi per P. acnes.
- Valorar l'efectivitat del tractament amb moxifloxacino.

Material i mètode

Estudi descriptiu retrospectiu realitzat entre febrer 2005-novembre 2013 en 21 pacients afectats per infecció protèsica (PTM o PTG) o de material d'osteosíntesi amb cultius positius per P. acnes. Es van revisar les històries clíniques i la

base de dades. Es van recollir paràmetres demogràfics, tipus d'infecció, microorganismes, tractament mèdic i quirúrgic i evolució. Es va definir infecció aguda quan es diagnosticava < 6 setmanes des de la cirurgia; la curació es va basar en la normalització analítica de la PCR (<0.5 mg/dl) i VSG (<20 mm/h), més el correcte control del dolor (EVA<3).

Resultats

Els 21 pacients (14 homes i 7 dones) tenien una edat mitja de 66 anys. 16/21 van ser diagnosticats d'infecció crònica d'artroplàstia (76.2%), 2/21 d'infecció aguda d'artroplàstia (9.5%), 2/21 d'infecció crònica d'osteosíntesi (9.5%), i 1/21 (4.7%) d'artritis aguda. La mitjana des de la cirurgia fins el diagnòstic d'infecció va ser de 11 mesos, i en 16/21 (76%) l'infecció va ser monomicrobiana. Van ser tractats amb Amoxicil·lina en 6/21 (28.5%), Clindamicina en 5/21 (23.8%) i Moxifloxacino en 10/21 (47.7%) segons l'antibiograma i el context clínic del malalt. El temps mig de durada del tractament va ser de 15 mesos. Es van detectar toxicitat en 2/21 casos (9.5%), un per Moxifloxacino i un altre Clindamicina.

Es van tractar amb desbridament quirúrgic 5/21 (%), recanvi en 2 temps en 14/21 (%), i desbridament més retirada de material d'osteosíntesi en 2/21 (%).

La mitjana de seguiment dels pacients ha estat de 20 mesos.

El tractament amb Moxifloxacino va mostrar un 50% de curació, enfront el 40% de pacients tractats amb clindamicina i un 33% en el grup d'Amoxicil·lina.

Conclusions

–La gran majoria d'infeccions per P. Acnes són diagnosticades tardanament.

–El Moxifloxacino sembla ser una alternativa efectiva pel tractament de les infeccions causades pel P. acnes.

O-68 / 09:35 - 09:45

LUXACIÓ DELS ESPAIADORS PREFABRICATS DE CIMENT AMB ANTIBIÒTIC: FACTORS ETIOLÒGICS I PRONÒSTIC CLÍNIC

García Oltra, E.¹, García Ramiro, S.², Riba Ferret, J.², Fernández-Valencia Laborde, J. A. ², Gallart Castany, X.², Borí Tuneu, G.²

1. Hospital de Berga, Barcelona

2. Hospital Clínic, Barcelona

Keywords: Infecció, Recanvi, Luxació, Espaiador, Maluc

Introducció i objectius

El recanvi en dos temps amb espaiadors de ciment amb antibiòtic ha esdevingut un dels tractaments més freqüentment utilitzats en el tractament de les infeccions cròniques del maluc. Una de les complicacions mecàniques més freqüents és la luxa-

ció. L'objectiu de l'estudi va ser avaluar els factors associats a la luxació dels espaiadors i el pronòstic clínic dels pacients en els que es va luxar l'espaiador.

Material i mètode

Estudi retrospectiu dels pacients que se'ls va col·locar un espaiador per una infecció crònica de maluc entre el 2000 i 2011. Les variables estudiades van ser: motiu pel qual l'espaiador va ser implantat i antecedents previs de luxació, tipus d'implant previ a la col·locació de l'espaiador, tamany de l'espaiador així com variables relacionades amb la tècnica quirúrgica (cimentació proximal de l'espaiador, osteotomia trocantèrica), defectes ossis acetabulars i femorals i relació entre la talla del cap de l'espaiador amb l'acetàbul original. A més es va analitzar la curació de la infecció durant el primer temps i la situació clínic final del maluc intervingut.

Resultats

Es van recollir 74 espaiadors de maluc col·locats en 69 pacients, 36 homes i 33 dones amb una edat mitjana de 70.08 anys, rang (35-89) anys. Es van produir 8 luxacions en 7 pacients. El temps mig de seguiment va ser de 53.18 mesos, rang (20-115) mesos.

La cimentació proximal, l'osteotomia trocantèrica, els defectes ossis acetabulars i la relació entre el tamany del cap de l'espaiador i el de l'acetàbul original no es va associar a la luxació. L'única variable que es va associar amb luxació va ser que la tija previa fas cimentada. La luxació de l'espaiador es va associar a la no curació de la infecció durant el primer temps ($p=0.001$) i a uns pitjors resultats funcionals del maluc intervingut ($p<0.001$).

Conclusions

La implantació d'un espaiador per una infecció crònica en el maluc no és una cirurgia menor. El cirurgià ha d'avaluar diferents aspectes quirúrgics per tal d'evitar complicacions mecàniques tals com la luxació ja que aquesta pot implicar uns pitjors resultats clínics pels pacients.

O-69 / 09:45 - 09:55

SON ÚTILS ELS CULTIUS RUTINARIS DE LES CIRURGIES QUE REQUEREIXEN AL·LOEMPELT DE BANC? ANÀLISI DELS CULTIUS AMB ESCOVILLÓ DE LES CIRURGIES QUE EMPREN AL·LOEMPELT DE BANC

Cancer Castillo, D., Miquel Noguera, J., Palacín Camacho, E., Cáceres Palou, E.

Hospital Universitari Quirón Dexeus, Barcelona

Keywords: *Cultius, Al·loempelt, Banc de Teixits*

Introducció i objectius

Rutinàriament, a les cirurgies on s'empra al·loempelt de banc es realitzen cultius tant pel donant, com pel receptor. El valor d'aquests cultius, però, roman qüestionat.

Material i mètode

Entre 2011 i 2013 s'estudià una mostra de 126 pacients (47 homes, 79 dones), amb edat mitja de 47,15 anys, que requeriren cirurgies amb l'ús d'al·loempelt de banc. Intraoperatoriament, es realitzaren cultius de donant i de receptor utilitzant el mètode d'escovilló. Els malalts foren seguits clínicament durant un mínim de 12 mesos avaluant infeccions postoperatòries o altres complicacions. Es compararen els resultats dels cultius intraoperatoris amb les complicacions postoperatòries.

Resultats

Els cultius rutinaris de 115 casos (91,3%) foren negatius. Entre els 11 casos (8,7%) amb cultius rutinaris positius, *S. epidermidis* fou l'organisme més freqüentment aïllat (3/11). La taxa de complicacions fou de 14,28% (18/126). 8 malalts presentaren infecció postoperatòria (6,34%). S'objectivà la existència de relació estadísticament significativa entre els pacients amb resultat positiu en els cultius rutinaris i aquells que presentaren infecció clínica postoperatòria ($p=0,02$). Tot i això, no s'observà correlació entre els gèrmens aïllats als cultius positius rutinaris i el germen etiològic de la infecció clínica postoperatòria ($p>0,05$).

Conclusions

Els cultius rutinaris en cirurgies on s'utilitza al·loempelt de banc de teixits generen una informació poc fiable clínicament. Els cultius rutinaris usant tècnica d'escovilló no permeten identificar complicacions sèptiques posteriors en aquestes cirurgies.

O-70 / 09:55 - 10:05

LEVOFLOXACINO I RIFAMPICINA ORAL COM A TRACTAMENT D'ELECCIÓ PER A LES INFECCIONS DE LLEA

Pérez Prieto, D.¹, Andrej Trampuz², Torres Claramunt, R.¹, Hinarejos Gómez, P.¹, Puig Verdié, Ll.¹, Monllau García, J.C.¹

1. Hospital del Mar, Barcelona

2. Charité, Berlín, Alemanya

Keywords: *Lligament Encreuat Anterior, Infeccions, Rifampicina*

Introducció i objectius

Els estudis sobre infeccions de Lligament Encreuat Anterior (LLEA) han arribat a la conclusió que la retenció de l'implant amb desbridament artroscòpic és la millor opció quan la plàstia és estable. Malgrat això, no hi ha dades sobre la millor pauta antibiòtica per al tractament ni la seva duració.

Material i mètode

Es van revisar 810 pacients intervinguts de reconstrucció de LLEA durant 3 anys. 14 malalts (1,7%) del 810 es van classificar com a infecció aguda de LLEA. Es va realitzar punció intrarticular a tots ells i el desbridament es va realitzar tan aviat com va ser possible, agafant mostres de teixit intrarticular. Post-operatòriament, es va iniciar antibioteràpia empírica fins al resultat dels cultius. Un seguiment mínim de 2 anys es va considerar per a establir la infecció com a curada conjuntament amb PCR negativa, correcta funció i un genoll sense dolor.

Resultats

Dels 12 casos d'infeccions estafilococcciques (86%), 9 eren susceptibles tant a quinolones com a rifampicina (75% de les infeccions estafilococcciques). En dos casos el microorganisme era resistent a rifampicina, mentre que un altre cas, el ECN era resistent a quinolones, per la qual cosa es va establir un tractament alternatiu. És interessant que un dels casos de SCN sensibles a quinolones i rifampicina es va tractar amb linezolid i rifampicina i aquest precisament va ser l'únic pacient que va necessitar la retirada de la plàstia. Als altres 11 malalts la PCR va tornar a la normalitat a les 3 setmanes de mitjana sense símptomes locals. La funció i el dolor van millorar, tot i que mai van arribar als resultats funcionals dels malalts sense infecció. La durada mitjana del tractament antibiòtic va ser de 6 setmanes i es va començar l'antibioteràpia via oral als 5 dies (rang 4-9).

Conclusions

Els estafilococs són els responsables d'aproximadament el 90% de les infeccions agudes de LLEA. Presentem per primer cop una sèrie de casos d'infeccions agudes de LLEA tractades satisfactòriament amb levofloxacino i rifampicina orals que permet l'alta hospitalària en pocs dies. Un període de 6 setmanes hauria de ser considerat com d'elecció quan s'ha retingut la plàstia.

MALUC-TRAUMA

Divendres 23 de Maig

Sala 1 – 17:30 - 18:20

Orals: CO 71 – CO 75

Moderadors: Mora, Xavier

Sanjuan, Àngeles

O-71 / 17:30 - 17:40

UNITAT D'ORTOGERIATRIA D'AGUTS

Fernández Muñoz, S., Marimón Nieves, P., Wilches Restrepo, C., Ormeño Ramos, G., Sulbarán Sierra, J.D., Fernández Bayón, J.

Hospital d'Igualada, Barcelona

Keywords: *Ortogeriatría. Gestió Multidisciplinar. Fractura Maluc.*

Introducció i objectius

La fractura de maluc és una patologia cada cop més freqüent, el 85% d'aquestes es donen en persones majors de 65 anys, i la seva incidència augmenta amb l'edat. Suposen el 20-25% de l'ocupació de llits en els serveis de COT. L'objectiu principal del tractament serà la recuperació de la funció prèvia amb el menor grau de dependència.

Amb la presentació del nostre model d'atenció multidisciplinar volem mostrar els beneficis que s'obtenen envers el pacient, aconseguint una disminució de l'espera preoperatòria, una disminució de l'estada mitja i un major retorn a la situació prèvia.

Material i mètode

El model d'atenció multiprofessional especialitzat pel pacient fràgil amb fractura de maluc inclou traumatòlegs, geriatres, anestesiòlegs, hematologia, infermeria, treball social, terapeuta ocupacional, fisioterapeutes i dietista/nutricionista.

El protocol (trajectòria clínica) s'aplica durant tot el procés, des de l'entrada a urgències fins el seguiment i alta final a consultes. Els principals punts a comentar:

— Avaluació multidisciplinar en les primeres 24-48 hores de l'ingrés, amb l'arribada del pacient a quiròfan en les millors condicions mèdiques possibles.

– Maneig de pacients amb tractaments anticoagulants i antiagregants, aplicant models que permeten cirurgia precoç.

– Control integrat del pacient ingressat, amb millor valoració de patologia mèdica i resolució de situació social del pacient a l'alta, amb col·laboració de familiars i cuidadors.

Presentació del protocol aplicat al nostre centre, i estudi retrospectiu dels casos recollits en els 42 mesos de funcionament de l'Unitat d'Ortogeriatría d'Aguts.

Resultats

La gestió multidisciplinar de la fractura de maluc en el pacient fràgil, ha aconseguit reduir el temps d'espera quirúrgica, el nombre de transfusions postoperatòries, l'estada mitja i les complicacions derivades de la immobilitat.

Conclusions

El treball multidisciplinar de l'Unitat d'Ortogeriatría d'Aguts al nostre centre aplicat els darrers 42 mesos, i l'aplicació del protocol-guia clínica de fractura de fèmur, han aconseguit una millora en la recuperació de la funció preveia del pacient fràgil amb fractura de maluc, amb un major grau de satisfacció per part de pacients i professionals.

O-72 / 17:40 - 17:50

IMPLEMENTACIÓ DE LA UNITAT DE TRAUMA GERIÀTRICA

Clares Moreno, I., Castellón Bernal, P., Estrada Díaz, C., Ibarz Giné, C., Gómez Ortiz, O., Anglès Crespo, F.

Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Barcelona

Keywords: *Geriatría, Multidisciplinar, Fractura Fèmur*

Introducció i objectius

La fractura de fèmur proximal de l'ancià és una patologia d'incidència creixent, degut principalment a l'augment de l'esperança de vida i a l'envelliment de la població. El cirurgià ortopèdica pot tractar el problema mecànic que suposa la fractura, però és necessari una valoració i maneig multidisciplinar d'aquests pacients amb l'objectiu de disminuir la morbi-mortalitat perioperatòria i aconseguir la recuperació funcional que permeti la reinserció del pacient al seu medi amb el menor grau de dependència possible.

Material i mètode

Al juny de 2013 es va crear la Unitat de Trauma Geriàtrica (UTG) al nostre Hospital, constituïda per un cirurgià ortopèdica, una geriatra, dos anestesiòlegs, una rehabilitadora, una infermera, un fisioterapeuta i una assistenta social. La UTG proporciona una atenció multidisciplinar al pacient durant l'ingrés i planifica la reinserció a l'alta. En un període de 7 mesos van ingressar 110 pacients (87 dones i 23 homes) amb una edat mitja de 84 anys (69-101). 106 pacients van ser intervinguts quirúrgicament, mentre que 4 no van ser intervinguts.

Resultats

Dels 110 casos 74 van presentar una fractura pertrocantèrica i 36 una fractura subcapital. El temps de demora mig per la intervenció va ser de 1'91 dies (0-7). Els pacients van estar

ingressats una mitja de 10'16 dies (0-33). Durant l'ingrés es van produir les següents complicacions: 67 casos de delirium, 2 ITU, 5 RAO, 5 Insuficiència cardíaca, 7 arrítmia cardíaca, 4 Insuficiència renal, 5 Insuficiència respiratòria, 1 AVC, 1 HDA. 34 pacients (30'9%) van reingressar: 17 casos per problemes mèdics, 4 per fractura contralateral, 3 per ruptura de l'implant, 4 per Cut-Out, 1 per fractura periprotètica i 5 per infecció.

Conclusions

Així com reflexa la literatura, la gestió multidisciplinària de la fractura de fèmur ha demostrat una milloria en els resultats aconseguint disminuir la morbi-mortalitat perioperatòria, l'estància hospitalària i la dependència dels pacients després de l'alta. Els nostres resultats preliminars són similars als publicats pel que respecte a demora per la intervenció i estància mitja, així com en la disminució de les complicacions i de la morbi-mortalitat perioperatòria.

O-73 / 17:50 - 18:00

TRACTAMENT AMB PLAQUES I CERCLATGES DALL-MILES EN FRACTURES PERIPROTÈTIQUES FEMORALS

Álvarez Mateo, A., Collado Sáenz, F., Shafrazyan, D., Baggio, L., Mitjans Cubells, M., Cruz Olivé, E.

Hospital General de Granollers, Barcelona

Keywords: *Fractures Periprotètiques Femorals, Plaques i Cerclatges Dall-Miles, Classificació Vancouver*

Introducció i objectius

La incidència de les fractures periprotètiques femorals després d'una pròtesi total de maluc està en augment com a resultat de l'increment d'implantació de pròtesis total de maluc, l'envelliment de la població i complicacions tals com l'osteòlisi i l'afluixament asèptic. El tractament de les fractures periprotètiques femorals presenta cada cop problemes més complexos en la cirurgia ortopèdica.

L'objectiu d'aquest estudi és la revisió dels resultats de les fractures periprotètiques femorals utilitzant plaques i cerclatges Dall-Miles.

Material i mètode

Presentem una revisió retrospectiva de 13 pacients amb fractures femorals al voltant d'una pròtesi total de maluc que es van tractar amb una placa i cerclatges Dall-Milles entre l'any 2009 i 2012. Les fractures van ser classificades segons la classificació de Vancouver. En el seguiment anual es van valorar els resultats radiològics (criteris de Beals i Tower) i clínics (satisfactoris: càrrega total sense dolor) de consolidació.

Resultats

S'han revisat un total de 13 fractures periprotètiques femorals, de les quals eren 4 homes i 9 dones amb una mitjana d'edat de 84 anys (77-90 anys). Segons la Classificació de Vancouver es van obtenir 2 tipus B1, 4 tipus B2 i 7 tipus C. Totes les fractures periprotètiques van ser en artroplasties primàries (11 cimentades, 1 no cimentada i 1 pròtesi de Moore). Els resultats radiològics segons els criteris d'avaluació radiològica de Beals i Towers de 42% excel·lents, 42% bons i 17% pobres. Els resultats clínics satisfactoris obtinguts van ser en un 58% de pacients.

Dintre de les complicacions es va observar una luxació posterior de pròtesi maluc i un pacient va ser èxitus als 3 mesos post intervenció quirúrgica.

Conclusions

El tractament d'elecció en les fractures periprotètiques femorals amb afluixament del component femoral o defecte ossi continua sent la revisió amb tije llargues. Tot i que la síntesi amb plaques i cerclatges Dall-Miles poden donar bons resultats en pacients d'edat avançada amb baixa demanda funcional i amb comorbilitats associades.

O-74 / 18:00 - 18:10

ESTUDI RETROSPECTIU DE LES FRACTURES 31.A TRACTADES A L'HOSPITAL DE GIRONA DR JOSEP TRUETA. RELACIÓ ENTRE CLASSIFICACIÓ ASA I DEMORA QUIRÚRGICA AMB COMPLICACIONS POSTOPERATÒRIES I ÈXITUS

Graells Alonso, G., Noriego Muñoz, D., Froufe Siota, M.Á., Baraldés Canal, M., Madirolas Alonso, F.J., Belerdas Fernández, M.E.

Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta

Keywords: *Demora, ASA, Complicacions, Cirurgia, Petrocarterianes*

Introducció i objectius

L'objectiu de l'estudi és revisar les fractures 31.A tractades al nostre centre i la seva evolució durant el 1er any. Analitzar les característiques i la evolució dels pacients, aprofundir en la classificació ASA, el temps de demora quirúrgica i les seves implicacions.

Material i mètode

Es realitza un estudi retrospectiu dels pacients ingressats al nostre centre durant l'any 2011 amb diagnòstic de fractura 31-A (AO), es recullen un total de 83 fractures en 83 pacients.

Els paràmetres analitzats inclouen la classificació ASA preoperatòria, dies d'ingrés i demora quirúrgica així com les complicacions postoperatòries durant el primer mes associades al procés.

Resultats

L'Edat mitjana dels 83 pacients és de 84 anys (65-96 anys), 19 homes (22,89%) i 64 dones (77%), el mecanisme és degut a traumatismes de baixa energia en tots els casos. L'estada promig d'ingrés és de 8,82 dies.

22 pacients van ser classificats com ASA II, 43 pacients ASA III, 15 pacients ASA IV i 1 pacient era ASA V.

El promig de dies de demora quirúrgica és de 1,96 dies. Del total de fractures, el 75,6% eren pertrocanterianes i el 24,4% persubtrocanterianes.

Dels pacients ASA II, el 47,6% van patir complicacions quirúrgiques, dels ASA III un 59,5%, dels ASA IV un 78,6% i l'únic pacient ASA V va ser èxitus.

Durant el primer any de seguiment van haver-hi 21 defuncions (26,25%), d'aquestes, cap pacient va ser èxitus dels ASA II, dels ASA III van haver-hi 12 morts, dels ASA IV 8 morts i tots els ASA V van ser èxitus.

L'increment de la demora quirúrgica mostra que els pacients intervinguts abans de les 48 hores (51 pacients (61,4%)) tenen una taxa de complicacions el primer mes del 51%.

En canvi, l'increment de demora en pacients intervinguts més enllà de les 48 hores (18 pacients (21,7%)) tenen una taxa de complicacions el primer mes del 72% (13 de 18 pacients).

Conclusions

L'increment en el temps de demora quirúrgica i una puntuació ASA preoperatòria elevada es relacionen amb increment de risc de patir complicacions postoperatòries en pacients amb fractures 31.A

O-75 / 18:10 - 18:20

REQUERIMENTS TRANSFUSIONALS EN EL PACIENT ANCIÀ AMB FRACTURA DE FÈMUR PROXIMAL

Veloso Duran, M., Castellón Bernal, P., Novellas Canosa, M., Salvador Carreño, J., Estrada Díaz, C., Anglès Crespo, F.

Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Barcelona

Introducció i objectius

Les fractures de fèmur proximal estan associades a una alta morbi-mortalitat i pèrdues hemàtiques, sent les fractures extracapsulars les que presenten major sagnat. Aproximadament un 60% dels pacients amb fractura de fèmur proximal requereixen transfusió sanguínia havent-se detectat l'hemoglobina a l'ingrés com a principal factor de risc de transfusió.

L'objectiu del nostre estudi és descriure els canvis observats en l'hemoglobina del pacient amb fractura de fèmur proximal durant l'ingrés i, la relació entre els nivells d'hemoglobina i la seva evolució clínica.

Material i mètode

Es va realitzar un estudi retrospectiu descriptiu de 188 pacients majors de 65 anys intervinguts al nostre centre, durant l'any 2013, per fractura de fèmur proximal. Van ser exclosos els pacients amb tractament anticoagulant o afectes de coagulopaties. Es van incloure 163 pacients, (126 dones i 37 homes) amb una edat mitja de 85 anys (65-101). Els paràmetres analitzats van ser: tipus de fractura (AO) i tractament; demora quirúrgica; dies d'ingrés; ASA; hemograma (hematòcrit/hemoglobina) a l'ingrés, postoperatori i alta; necessitat de transfusió; complicacions intrahospitalàries (ITU, ITR, infecció ferida) i èxitus durant el primer mes.

Resultats

Un total de 117 pacients (71,8%) van ser transfosos.

Cent setze fractures van ser pertrocanteriques i 47 subcapitals. El 81% de les fractures pertrocanteriques es van transfondre en canvi només un 57% de les subcapitals ho van requerir. Les fractures pertrocanteriques s'associen a un major risc de transfusió OR=3,9 (IC 95%=2,5-6,1)(p<0,001).

El temps mig de demora quirúrgic va ser de $1,6 \pm 1.23$ dies i la mitja de dies d'ingrés va ser $10,81 \pm 5.10$ dies. L'estada mitja va ser major en els pacients transfosos (p<0,05).

L'hemoglobina mitja a l'ingrés va ser de $11,71 \pm 1.88$ g/dL. Una hemoglobina a l'ingrés <12g/dL s'associa a un major índex de transfusió, sent aquesta relació estadísticament significativa (p <0,0001).

No existeix cap relació estadísticament significativa entre ser transfós i presentar alguna complicació durant l'ingrés o èxitus.

Conclusions

Podem concloure que les fractures extracapsulars de fèmur proximal i un valor d'hemoglobina a l'ingrés menor de 12 g/dL, s'associen a un major risc de transfusió. En els pacients transfosos l'estada mitja hospitalària es major.

MALUC

Divendres 23 de Maig

Sala 2 – 17:30 - 18:40

Orals: CO 76 – CO 82

Moderadors: Mir, Pere

Riba, Josep

O-76 / 17:30 - 17:40

PRÒTESIS DE MALUC D'ANCLATGE DIAFISARI COM A RESCAT EN FRACASSOS D'OSTEOSÍNTESIS DE FRACTURES PROXIMALS DE FÈMUR

Acerboni Flores, F., Marcano Fernández, F.A., Soler Cano, A., Fernández García, S., Torner Pifarré, P.

Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

Keywords: Artroplàstia, Maluc, Wagner, Fracàs Osteosíntesi

Introducció i objectius

Les fractures proximals de fèmur són molt freqüents i es donen més sovint en gent de més de 65 anys. L'osteosíntesi mitjançant plaques, claus o cargols donen bons resultats, però un percentatge de pacients presenten fracassos. En gent de menys de 65 anys es considera una altre osteosíntesi com a rescat però, si superen aquesta edat, l'artroplàstia és una possible alternativa. L'objectiu del nostre estudi serà avaluar els resultats de les pròtesis de maluc amb anclatge diafisari que s'implanten després d'un fracàs d'osteosíntesi en gent gran.

Material i mètode

Estudi retrospectiu de 24 casos de pròtesi d'anclatge diafisari no cimentada tipus Wagner (Zimmer) que es van implantar després de fracassar l'osteosíntesi d'una fractura de l'àrea pertrocantèrica entre els anys 2003 i 2013 al nostre centre. Es va avaluar el resultat funcional (escala de Barthel) i la presència de complicacions derivades de la intervenció.

Resultats

Dels 24 casos analitzats 11 eren degut a un fracàs d'osteosíntesi tipus placa-cargol DHS, 11 per un clau endomedular i 2 per placa de 95° tipus DCS. Més de la meitat dels casos de fracàs van ser per cut-out. Dels 24 pacients, en 10 es va trobar un cultiu positiu al retirar el material implantat. Amb les pròtesis de Wagner es van comptabilitzar 2 nous casos d'infecció aguda, 1 fractura periprotèsica intraoperatòria, 1 luxació anterior aguda, aparició o descompensació de patologia mèdica en 14 casos i fins a 6 reintervencions. El Barthel es va modificar en 21 punts de mitja i vam trobar un 15% de mortalitat en menys de 2 anys.

Conclusions

La implantació d'una pròtesi d'anclatge diafisari és un procediment complex i que comporta gran exigència pel pacient. Menys d'un 20% dels casos van presentar complicacions relacionades amb la pròtesi. Tret d'aquests i dels èxits obtinguts, esperables segons les sèries publicades, l'evolució de la majoria de pacients va ser bona als 2 anys. És per aquest motiu que creiem que el rescat amb les pròtesis de tipus Wagner dels fracassos d'osteosíntesi en fractura de fèmur proximal és una bona alternativa en aquests pacients.

O-77 / 17:40 - 17:50

ESTUDI PROSPECTIU DE L'IMPLANTACIÓ DE LA PRÒTESI DE DOBLE MOBILITAT AL NOSTRE SERVEI

Bustos Bedoya, P, Celi Díaz, S., Coscujuela Mana, A., Agulló Ferrer, J.L., Tramunt Monsonet, C., Portabella Blavia, F.

Hospital Universitari Bellvitge, l'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Introducció i objectius

L'artroplàstia total de maluc té un índex de luxació entre el 2 i el 9% depenent de les sèries. Aquest índex es multiplica entre 4 i 8 (segons les diferents sèries) en els casos en que s'ha implantat per fractura subcapital de fèmur.

La pròtesi de doble mobilitat és una alternativa per minimitzar el risc de luxacions en aquests malalts.

Veure en la nostra sèrie si la implantació d'una artroplàstia total de maluc (PTM) de doble mobilitat redueix l'índex de luxacions.

Material i mètode

Estudi prospectiu observacional.

Presentem 38 malalts que han patit una fractura subcapital de fèmur (o amb factors d'alt risc de luxació) els que se'ls hi va implantar una PTM de doble mobilitat durant el període 2012-2013.

Seguiment mínim dels malalts de 8 mesos i anàlisi estadístic descriptiu dels resultats.

Comparem els resultats actuals amb els obtinguts en un altre estudi sobre les luxacions en PTM implantada en fractura de maluc.

Resultats

Només hem observat un cas de luxació amb infecció de la pròtesi concomitant.

Funcionalment en 2 casos els malalts refereixen certa inestabilitat en la marxa.

La percepció subjectiva del malalt ha sigut satisfactòria en 35 pacients.

Conclusions

A l'igual que en d'altres sèries publicades, l'ús de la pròtesi total de maluc de doble mobilitat és una bona alternativa per reduir el risc de luxació en malalts amb alts factors de risc.

La sensació d'instabilitat que refereixen alguns malalts es pot explicar per un problema propioceptiu.

En la nostra sèrie hem reduït l'índex de luxació en la pròtesi total de maluc post fractura. Fan falta estudis amb sèries més llargues per arribar a conclusions amb més força de significació.

O-78 / 17:50 - 18:00

COMPLICACIONS AMB L'ÚS D'UNA CÒTILA OBLONGA MODULAR PER RECONSTRUCCIONS ACETABULARS GREUS

Hernández Hernández, R., Pons Cabrafiga, M.

Hospital de Sant Rafael, Barcelona

Keywords: Còtila Oblonga, Reconstrucció Acetabular Grey

Introducció i objectius

La revisió d'una pròtesi de maluc amb un defecte cavitari o estructural acetabular massiu o en situacions de discontinuïtat pèlvica suposa un repte quirúrgic. El nostre objectiu és revisar retrospectivament les complicacions i els resultats de les còtils modulares Procotyl-E (Wright ?) en situacions de gran defecte ossi o de discontinuïtat pèlvica amb un seguiment mínim de 7 anys.

Material i mètode

Retrospectivament avaluem 17 malucs revisats amb el Procotyl -E entre febrer 2004 i març 2007.

Resultats

Cinc homes i 12 dones. Edat mitjana en el moment de la cirurgia: 67.7 anys (rang 34-78). Temps mitjà des de la cirurgia primària: 15.05 anys (rang 9-21 anys). Segona o posterior revisió: 6 casos. Motiu del recanvi: afluixament asèptic. Defectes segons el sistema de l'AAOS: 14 casos amb defecte tipus III (defecte combinat cavitari i segmentari) i 3 casos del tipus IV o discontinuïtat pèlvica. En 16/17 pacients es va implantar un ganxo a nivell de la vora acetabular inferior o forat obturador. En 7/17 es va utilitzar una placa cargolada en l'ala ilíaca. Al-loempelt triturat o estructural amb o sense matriu òssia desmineralitzada i BMP en tots el pacients. Parell ceràmica-ceràmica en 3/17 i cap cas ha precisat insert constret. Amb un seguiment mínim de 7 anys hem tingut 1 paràlisi transitòria del ciàtica i una infecció aguda que no es va resoldre amb desbridament i que durant la retirada del material es va produir una lesió arterial amb la mort del pacient. Hem revisat una maluc per dolor per pinçament del psoas, un afluixament per disrupció pèlvica i tenim pendent un

recanvi per afluixament després de patir caiguda. Tres pacients presenten dolor inguinal sense proves complementàries conclouents d'afluixament. No hem tingut luxacions i 11/17 pacients necessiten ajuda per deambular amb una capacitat funcional molt limitada.

Conclusions

Els nostres resultats, igual que els publicats recentment presenten una alta taxa de complicacions i errors que ens han portat a abandonar aquest sistema de reconstrucció acetabular en greus defectes ossis.

O-79 / 18:00 - 18:10

LA COXARTROSI AFECTA L'EQUILIBRI DELS PACIENTS?

Hernández Hernández, R.¹, Pons Cabrafiga, M.¹, Pasarín Martínez, Á.²

1. Cirurgia Ortopèdica. Hospital de Sant Rafael, Barcelona

2. Rehabilitació Funcional. Hospital de Sant Rafael, Barcelona

Keywords: Coxartrosi, Equilibri

Introducció i objectius

La coxartrosi pot representar un dèficit propioceptiu i pot afectar la qualitat de les respostes motores. L'objectiu d'aquest estudi és determinar si les alteracions articulars i musculars de la coxartrosi poden causar una alteració de l'equilibri i, per tant, un increment del risc de caigudes.

Material i mètode

Estudi prospectiu de pacients per ser intervinguts de pròtesis de maluc per coxartrosi entre gener i juny 2011. Posturografia estàtica bipodal amb ulls oberts (UO) i tancats (UT) amb estudi de superfície d'oscil·lació del centre de masses, quocient Romberg i superfície d'oscil·lació de cada extremitat. Comparació amb grup control de 200 subjectes. Estudi de distribució normal, test de T de Student amb nivell de significança alfa de 0.05 i normalitat com a mitjana + / - 1 desviació standart.

Resultats

N: 50. Edat mitjana: 65.3 anys (rang:28-86). 46% homes i 54% dones. Afectació: 15 esquerra, 18 dreta i 7 bilateral. La mitjana de superfície d'oscil·lació del centre de masses ha donat valors superiors a la normalitat estadísticament significativa amb UO: p = 0.00031 i UT: p = 7.66E-08. El quocient Romberg també presenta diferència significativa amb p = 1.09E-19 i en el 70% dels casos amb valors fora de la normalitat. En pacients amb afectació unilateral no hi havia diferència entre costat sa i afecte amb p = 0.209, però sí quan es comparava amb subjectes sans tant a la banda artròsica amb p = 5.36E-06 com en el costat sa amb p = 5.39E-05.

Conclusions

Els resultats globals mostren un augment de la superfície d'oscil·lació significatiu el que significa una pèrdua en la qualitat de l'equilibri d'aquests pacients. Aquesta dada es reforça amb el resultat del quocient Romberg que significa una major dependència de l'equilibri de la sensibilitat propioceptiva. Els resultats en comparar extremitat sana i afecta suggereixen que la manca d'equilibri ocasiona un augment de la demanda de l'acció estabilitzadora muscular en ambdós malucs. En resum podem afirmar que la coxartrosi afecta l'equilibri i que els pacients tenen un major risc de caigudes. Cal estudiar si aquesta situació millora després de l'artroplàstia.

O-80 / 18:10 - 18:20

TÈCNICA MAASH PER L'ARTROPLÀSTIA TOTAL DE MALUC: UN TREBALL CAPSULAR

García Retamero, F., Delgado López, F.G., Broch Suau, A., Salvador Albarracín, A., Reina De La Torre, F., Torras Desumbila, D. Hospital de Sant Celoni, Barcelona

Keywords: "Artroplàstia de Maluc", "Capsula Articular" "Estabilitat" "Dismetria"

Introducció i objectius

La luxació i la dismetria de l'extremitat són les majors complicacions descrites en el seguiment de l'artroplàstia total de Maluc (PTM). Han estat descrites diverses vies d'abordatge, però cap d'elles suggereix que una incisió capsular aconseguixi una bona exposició, i mantingui alhora una adequada integritat capsular.

La utilització de una modificació de la via clàssica de Hardinge, "modified anterolateral approach for stable hip" (MAASH), que preserva específicament els lligaments ileofemoral anterolateral i el pubofemoral i excindeix la zona dèbil capsular, a la zona segura internerviosa, introduint-ne el "box concept" per la via d'accés anterolateral del maluc. Aquesta és la diferència que aporta la Tècnica MAASH, en les indicacions de PTM primària exepete en grans deformitats i graus III i IV de displàsia de Crowe.

Material i mètode

Desde Novembre 2007 fins Febrer 2014 hem recollit 163 artroplàsties primàries de maluc que corresponen a la corba de desenvolupament d'aquest nou concepte en PTM.

Resultats

La tècnica MAASH ofereix als cirurgians de maluc una tècnica reproduïble, per l'implant de PTM per via anterolateral assegurant la reconstrucció de la longitud prèvia de la cama i una

estabilitat primària segura. Es reporten les dades estadístiques de 163 casos consecutius.

Conclusions

La Tècnica MAASH proposa un nou concepte centrat en el treball capsular, en l'abordatge anterolateral en PTM primàries, així com en hemiartroplàstia en casos de fractures, que són els casos amb més riscos de luxació. MAASH ofereix màxima estabilitat i la pràctica restauració de la longitud de la cama intervinguda.

O-81 / 18:20 - 18:30

RELACIÓ FUNCIONAL I RADIOLÒGICA EN L'ARTROPLÀSTIA DE RECOBRIMENT DE MALUC

Cuenca Llavall, M.¹, Pérez Prieto, D.¹, León García, A.², Mestre Cortadellas, C.², Monllau García, J.C.², Marquès López, F.²

1. Hospital del Mar, Barcelona

2. Hospital del Mar i Hospital de l'Esperança, Barcelona

Keywords: Artroplàstia de Recobriment, Resurfacing, Metall-Metall

Introducció i objectius

Existeix una necessitat creixent de buscar alternatives a l'artroplàstia total de maluc en pacients joves amb alta demanda funcional. Es manté la controvèrsia en l'ús de l'artroplàstia de recobriment de maluc, degut a l'aparició de pseudotumors.

Basant-nos en 120 pacients intervinguts en el nostre centre de pròtesis de recobriment tipus DUROM i MMC de Zimmer, hem realitzat una valoració funcional, radiològica i de les complicacions en aquests pacients.

Material i mètode

Revisió retrospectiva de 90 pacients, 78 homes i 12 dones amb una mitjana d'edat de 52.8 anys, intervingut entre l'any 2005 i 2012 amb un seguiment mitjà de 48.7 mesos. S'han analitzat les variables funcionals amb l'escala de Postel-Merlé-d'Aubigné i les variables radiològiques amb l'angulació, mida dels seus components i dimensions del coll femoral.

Resultats

S'objectiva un Postel-Merlé-d'Aubigné post-operatori de 14.23 (DS +/- 6.29). L'angulació mitjana del component femoral ha estat de 143.54 (DS +/- 8.2) i del component acetabular 38.42 (8.02)

S'han observat 9 complicacions en els primers pacients de la sèrie: 4 d'aquests han presentat aflluïxament del còtil, 3 fractures subcapital, una infecció i un cas de pseudotumor.

No s'han trobat diferències estadísticament significatives en els casos d'afluixament i fractura pel què fa a l'angulació, mida dels components, estretament del coll, característiques del pacient ni cirurgia.

Conclusions

L'artroplàstia de recobriment exigeix una indicació estricta del pacient, en el cas d'una bona selecció d'aquest s'observen uns resultats funcionals equiparables a l'artroplàstia clàssica. Existeix una disminució de les complicacions a mesura que s'avança en la corba d'aprenentatge.

O-82 / 18:30 - 18:40

AVALUACIÓ DEL GRUIX I PENETRACIÓ DEL CIMENT EN CÒTILS: COMPARACIÓ ENTRE CÒTIL NO ALAT VERSUS CÒTIL ALAT IMPLANTAT AMB SISTEMA DE TALL PERIMETRAL

Fernández-Valencia Laborde, J., Reátegui Villegas, D., Gallart Castany, X., Bori Tuneu, G., Riba Ferret, J.

Hospital Clínic, Barcelona

Keywords: Cimentació, Còtil, Rim Fit, Radiologia, Qualitat

Introducció i objectius

El sistema de tall perimetral Rim Cutter s'ha dissenyat per millorar la cimentació de còtils però no existeixen sèries independents publicades sobre els resultats amb el seu ús. Presentem la nostra experiència inicial comparant els resultats de la cimentació amb sistema Rim Cutter i còtil alat versus un grup control sense Rim Cutter i amb còtil no alat.

Material i mètode

Comparem els resultats radiològics de dues sèries retrospectives, de pacients consecutius. El Grup 1 es tracta de 20 artroplasties totals de maluc cimentades, amb còtil no alat i sense ús de sistema Rim Cutter (Contemporary, Stryker), operats entre novembre de 2011 i maig de 2012. El Grup 2 són 20 artroplasties totals de maluc cimentades amb còtil alat, fent servir el sistema Rim Cutter (X3 Rim Fit, Stryker), operats entre maig de 2012 i setembre de 2012. En els dos grups es va avaluar la cimentació aconseguida analitzant les radiografies postoperatòries, prenent la mesura del gruix de la capa de ciment en les tres zones de DeLee i la penetració òssia màxima de ciment a la zona 1, la presència de línies radiolucents, extrusió de ciment, contacte del polietilè amb el còtil, l'abducció del còtil i nombre de casos amb capa de ciment inferior a 3 mm en alguna de les tres zones de DeLee.

Resultats

El Grup 2 va presentar més penetració del ciment a la zona 1 (10,76 mm vs. 2,93 mm; $p=0.008$), i major gruix de la capa de ciment a la zona 1 (3,57 mm vs. 2,89 mm; $p=0,04$), amb un menor percentatge de casos amb gruix de capa ciment inferior a 3 mm (30% vs. 70%; $p=0,0039$). No es van trobar diferències significatives a la resta de variables radiològiques estudiades.

Conclusions

L'ús del sistema Rim Cutter amb còtil alat cimentat ha proporcionat una millora de la qualitat de la capa de ciment avaluada a les radiografies postoperatòries, amb major penetració i gruix de la capa de ciment a la zona 1, i un menor percentatge de casos amb gruix de ciment inferior a 3 mm.

MISCEL·LÀNIA

Divendres 23 de Maig

Sala 3 – 17:30 - 18:30

Orals: CO 83 – CO 88

Moderadors: Martí, David

Vancells, Manel

O-83 / 17:30 - 17:40

LESIONS CONDRALS I UTILITZACIÓ DE MALLES TRIDIMENSIONALS POLICAPROLACTONA/HIALURÒNIC. ESTUDI EXPERIMENTAL IN VIVO

Cruz Sánchez, M.¹, Torres Claramunt, R.¹, Giralte García, N.², Martínez Díaz, S.¹, Monllau García, J.C.¹

1. Parc de Salut Mar, Barcelona

2. PRBB, Barcelona

Keywords: Lesions Condrals, Conills, Reparació Cartílag, Mallas Policaprolactona

Introducció i objectius

Existeix una àmplia gamma de polièsters biodegradables útils com a mitjà estructural per a la implantació de cèl·lules procedents de l'os subcondral en la reparació de lesions condrals. Estudis previs han demostrat que la malla de policaprolactona (PCL) aconsegueix regenerar lesions condrals tot i que, amb escassa infiltració del teixit en el suport estructural. L'objectiu va ser modificar la malla de PCL amb un component més hidròfil, l'àcid hialurònic, per valorar si millora la resposta reparadora en lesions condrals utilitzant el conill com a model experimental.

Material i mètode

El model d'atenció multiprofessional especialitzat pel pas s'utilitzen 28 conills tipus New Zeland White de 36 setmanes en què es provoca una lesió condral a la tròclea femoral mitjançant una trefina fins a visualitzar sagnat de l'os subcondral per generar una resposta de curació espontànea. De forma aleatoritzada i amb un grup control s'implanten les malles tridimensionals de PCL i PCL / Hialurònic prèviament caracteritzades en termes de morfologia i capacitat d'absorció d'aigua. S'avalua la reparació a les setmanes 1, 4, 12 i 24 macroscòpicament utilitzant el ICRS score i el Oswestry Arthroscopy Score i microscòpicament mitjançant tinció immunohistoquímica pel còl·lagen tipus I i tipus II i Ki -67.

Resultats

S'observa bona integració de la malla a les 24 setmanes en l'exploració macroscòpica dels espècimens implantats. La puntuació obtinguda tant en l'ICRS com Oswestry Arthroscopy Score és superior a la malla de PCL / Hialurònic. L'estudi histològic va mostrar que, en comparació amb el grup control, tant dels implants PCL com PCL / Hialurònic milloren la resposta reparadora essent el grup PCL / Hialurònic on s'integra més ràpidament. Les tincions per col·lagen tipus II es van trobar en ambdós grups PCL i PCL / Hialurònic en canvi, no s'ha observat a la zona superficial del grup control.

Conclusions

La presència d'àcid hialurònic millora el rendiment de la malla tridimensional de PCL promovent una millor resposta reparadora tant a nivell macroscòpic com microscòpic.

O-84 / 17:40 - 17:50

LA SUTURA BARBADA EN LES PRÒTESIS: RESULTATS INICIALS A CATALUNYA

García Oltra, E., Mir, P., Sotos, F., Pulgarín, M., Batlló, J., Comasòlives, A.

Hospital Sant Bernabé de Berga, Barcelona

Introducció i objectius

La sutura barbada reabsorbible disposa d'escates al llarg de tota ella que permet tancar la ferida amb la tensió del fil sense nusos. Es disposa de dos tipus principals: unidireccional i bidireccional. La tensió es reparteix per tota la sutura i es redueix el temps de tancat aproximadament a la meitat. Els estudis de laboratori exposen que a més augmenta la resistència respecte de la sutura clàssica. Es pot fer servir en tots els plans, i un mateix fil es pot utilitzar per plans diferents. Pel seu cost hem optat per utilitzar-la de moment només en les nostres pròtesis. No existeixen experiències similars a Catalunya.

Material i mètode

Presentem l'experiència amb les primeres 36 pròtesis implantades al nostre centre entre gener i març del 2014 (22 pròtesis de genoll i 14 pròtesis de maluc). Utilitzem la sutura bidireccional reabsorbible tipus Quill tant en fàscia, subcutani profund com intradèrmica. La iniciem en la zona central i l'allarguem fins els extrems, retornant sobre sí mateix per reforçar la sutura contínua. La provem a 90° de flexió al maluc i a 120° de flexió al genoll. La reforcem sistemàticament amb grapes cutànies dins del nostre protocol Fast Track (PRIF: Programa de Recuperació Intensiva Funcional). Avaluem evolució de la ferida, estabilitat del tancament i incidències en el primer mes de rehabilitació.

Resultats

La sutura barbada bidireccional permet el tancament bidireccional simultani per dos cirurgians. Garantitza el tancament complet amb aproximació dels teixits sense zones intermitges. Les grapes es van retirar en 12.2 dies (10-14 dies), no es va produir cap dehiscència cutània.

Hem trobat una zona de dehiscència de sutura d'aleró rotulà de 3 cm confirmada per ecografia i sense repercussió clínica, i 3 ruptures del fil dins de l'acte quirúrgic durant la sutura profunda (del 2) que han comportat utilitzar una nova sutura. Totes les incidències són dins dels primers 10 casos i les atribuïm a la corba d'aprenentatge. Cap incidència en els darrers 26 casos. El temps quirúrgic en les nostres pròtesis de genoll s'ha reduït en 19 minuts, si bé existeixen altres mesures complementàries.

Conclusions

La sutura barbada millora la qualitat del tancament de les ferides, redueix les complicacions i escurça el temps de tancament aproximadament a la meitat, totes tres característiques afavoreixen els resultats dins del Fast Track protèsic del nostre centre. Els inconvenients són el preu i que necessita més precisió al passar l'agulla per la dificultat de tornar endarrera.

O-85 / 17:50 - 18:00

NOU MODEL EXPERIMENTAL SEGUR DE FIBROSI NEURO-VASCULAR RADIOINDUÏT. MODEL PRE-CLÍNIC EN RATA. BECA INVESTIGACIÓ SCCOT 2012 PART I

Barrera Ochoa, S.¹, Gallardo Calero, I.², Barro Ojeda, V.², Aguirre Canyadell, M.², Cáceres Palou, E.², Vélez Villa, R.²

1. Vall d'Hebron Institut de Recerca, ICATME Hospital Universitari Dexeus-Quirón, Barcelona

2. Vall d'Hebron Institut de Recerca, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona

Keywords: Irradiació, Radioteràpia, Model Experimental, Neuro-Vascular, Microquirúrgic

Introducció i objectius

El tractament local dels tumors malignes, generalment requereix la utilització combinada de la cirurgia i la radioteràpia (RT).

Els penjolls lliures microquirúrgics, ofereixen gran versatilitat en la reconstrucció de defectes de teixits (estructurals, funcionals i/o cobertura) després del tractament combinat radioteràpic i quirúrgic en la resecció de tumors malignes.

L'efecte de la Radioteràpia neoadjuvant en l'evolució dels penjolls lliures microvasculars mai ha estat estudiat específicament. Pel que és necessari crear un nou model experimental segur (baixa taxa d'efectes secundaris) per l'estudi de la radiosensibilitat neurovascular i les seves conseqüències en la reconstrucció microquirúrgica.

Material i mètode

Estudi experimental amb 72 rates model Sprague-Dawley mascles adults (pes corporal 250-300 gr.).

Els animals van ser dividits en els següents grups:

Grup 1 (Grup No irradiat, 6 setmanes seguiment; n = 24).

Grup 2 (Grup irradiat, 2 setmanes seguiment; n = 24).

Grup 3 (Grup irradiat, 6 setmanes seguiment; n = 24).

El grup irradiat va ser exposat en subgrups de 4 rates simultàniament a una única fracció de 20 Gy. Es va dissenyar i va col·locar una placa de Cerrobend al centre del feix d'irradiació que permetia la IR simultània de 4 camps de 2 x 2 cm, que cobria únicament la regió hemi-cervical esquerra.

Resultats

– Supervivència:

Grup I: Supervivència 100%.

Grup II: Supervivència 91,7%.

Grup III: Supervivència 87,5%.

La dosi de radioteràpia de 20 Gy augmenta la taxa de mortalitat (p <0,05).

Sense canvis estadísticament significatius entre grups irradiats.

– Avaluació clínica.

– Pes corporal.

– Permeabilitat vascular.

Sense canvis estadísticament significatius entre grups.

– Anàlisi histològic:

Canvis histològics d'acord dosi de radioteràpia: vena jugular externa, artèria caròtida comú i nervi vago.

Sense canvis histològics: Esòfag, tràquea i tiroide o vena jugular externa, artèria caròtida comú i nervi vago contralateral.

Conclusions

El model d'irradiació cervical estudiat, aconsegueix els objectius proposats d'irradiació amb 20 Gy del paquet neurovascular cervical, i de recrear els canvis histològics corresponents a aquesta situació clínica.

El disseny preconfigurat de l'àrea d'irradiació selectiva sobre el paquet neurovascular cervical, disminueix l'irradiació d'estructures circumdants vitals, per que disminueix els efectes secundaris aguts locals post-irradiació, com la mucositis orofaríngia (causa principal de mortalitat aguda post-irradiació).

Això es tradueix en taxes de supervivència de les rates superiors als models previs.

O-86 / 18:00 - 18:100

ESTUDI SOBRE LA VIABILITAT DE L'ANASTOMOSI VASCULAR MICROQUIRÚRGICA EN POBLACIÓ IRRADIADA. ESTUDI EN MODEL ANIMAL EN RATA. BECA INVESTIGACIÓ SCCOT 2012 PART II

Barrera Ochoa, S.¹, Gallardo Calero, I.², López Fernández, A.³, Aguirre Canyadell, M.², Cáceres Palou, E.², Vélez Villa, R.²

1. Vall d'Hebron Institut de Recerca. ICATME, Hospital Universitari Dexeus-Quirón, Barcelona

2. Vall d'Hebron Institut de Recerca. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona

3. Vall d'Hebron Institut de Recerca, Barcelona

Keywords: Anastomosis Microvascular, Arteria, Vena, Irradiació, Model Experimental

Introducció i objectius

El tractament dels tumors malignes es basa en un enfocament multidisciplinari, generalment requereix la combinació de cirurgia àmplia i radioteràpia. Els protocols d'irradiació externa contempnen la irradiació preoperatòria i postoperatòria.

Els penjolls lliures microquirúrgics, ofereixen gran versatilitat en la reconstrucció de defectes de teixits (estructurals, funcionals i/o cobertura) després del tractament combinat radioteràpic i quirúrgic en la resecció de tumors malignes.

La radioteràpia, modifica les característiques histològiques tumorals i la del teixit circumdant peritumoral. Aquests canvis histològics inclouen la vascularització, el que augmenta la dificultat tècnica i qüestiona la utilització de mètodes de reconstrucció microquirúrgica.

L'efecte de la radioteràpia neoadjuvant en la viabilitat de la anastomosis vascular microquirúrgica mai ha estat estudiat específicament.

Material i mètode

Estudi experimental 140 rates model Sprague-Dawley mascles adults (pes corporal 250-300 gr.).

Els animals van ser dividits en els següents grups:

Grup 1 (Arteria No irradiat; n = 35).

Grup 2 (Vena No irradiat; n = 35).

Grup 3 (Arteria irradiat; n = 35).

Grup 4 (Vena irradiat; n = 35).

Grup irradiat: Irradiació 20 Gy + 2 setmanes seguiment. Microcirurgia vascular (arteria o vena) + 6 setmanes seguiment.

Grup no irradiat: Microcirurgia vascular (arteria o vena) + 6 setmanes seguiment.

Resultats

– Permeabilitat vascular:

Grup I: Taxa trombosis 0%

Grup II: Taxa trombosis 0%

Grup III: Taxa trombosis 2,85%

Grup IV: Taxa trombosis 17,14%

Sense canvis estadísticament significatius entre grups I i II, grups I i III.

Canvis estadísticament significatius entre grups II i IV, grups I-II i III-IV.

– Dificultat tècnica microquirúrgica: Temps quirúrgic, nombre d'intents de sutura, nombre de punts de sutura.

Canvis estadísticament significatius entre grups I-II i III-IV.

– Anàlisi histològic:

Canvis histològics que confirmen les troballes clíniques.

Conclusions

En aquest model experimental en rata, la irradiació (20 Gy) del paquet neurovascular cervical altera la viabilitat de l'anastomosi vascular microquirúrgica.

En contra del que suggereix la literatura, la sutura microvascular venosa no presenta major taxa de trombosi respecte a la sutura microvascular arterial, en població no irradiada.

D'altra banda, en població irradiada, la sutura microvascular venosa sí presenta una taxa de trombosi superior a l'artèria irradiada, i molt superior als vasos no irradiats. Per tant, en aquesta situació, la microsutura venosa és la variable que presenta major correlació amb l'èxit final del penjoll microvascular.

O-87 / 18:10 - 18:20

EL DOLOR ÉS CAUSA DE SÍMPTOMES DEPRESSIUS I PITJORS RESULTATS FUNCIONALS DESPRÉS D'UNA FRACTURA DE FÈMUR PROXIMAL A LA GENT GRAN

Pérez Prieto, D., Pidemunt Molí, G., Martínez Díaz, S., Robles Raya, M.^{aj}, Puig Verdié, Ll., Monllau García, J.C.

Hospital del Mar, Barcelona

Keywords: Fractura de Maluc, Gent Gran, Dolor, Depressió

Introducció i objectius

Per molts anys, els símptomes depressius s'han relacionat amb pitjors resultats funcionals després de les fractures de maluc de la gent gran. De totes maneres, la influència que té el dolor a l'estat anímic i als resultats funcionals encara no ha estat estudiat a fons.

Material i mètode

Presentem un estudi prospectiu de 126 pacients amb fractura de fèmur proximal inclosos de manera correlativa. Les mesures que es van emprar i analitzar varen ésser: el qüestionari de qualitat de vida Short Form 36 (SF-36), el qüestionari funcional Harris Hip Score (HHS), el Geriatric Depression Scale (GDS) i l'Índex de Barthel (BI). Després de fer efectius els criteris d'exclusió i les pèrdues, un total de 100 pacients varen ser avaluats al moment inicial de la fractura, als 3 mesos i a l'any.

Resultats

Aquests pacients, generalment, mai retornen a gaudir de la seva qualitat de vida prèvia, funcionament ni autonomia després de la fractura. El GDS empitjora des de 4.39 punts fins a 5.49 punts ($p < 0.001$) a l'any de seguiment. El dolor mesurat amb la escala Bodily Pain del SF-36 és la única subescala d'aquest qüestionari que empitjora a través de tot el seguiment, mentre que la resta comencen a millorar a partir del tercer mes. El dolor té una correlació significant ($p < 0.001$) tant amb el GDS ($r = -0.58$) com amb el sumatori del component mental (MCS) del SF-36 ($r = 0.58$) a un any de seguiment.

Conclusions

La presència de dolor és una causa de símptomes depressius i aquests comporten una pitjor qualitat de vida i pitjors resultats funcionals. Pautes més acurades i intenses pel tractament del dolor podrien millorar els resultats després d'una fractura de fèmur proximal.

O-88 / 18:20 - 18:30

QUALITAT DE L'INFORME D'ALTA HOSPITALÀRIA REALITZADA PER METGES INTERNS RESIDENTS D'ESPECIALITATS QUIRÚRGIQUES

Fernández-Valencia Laborde, J.¹, Ríos Martín, M.¹, Catalán Adell, M.², Morales, X.¹, Conesa, A.¹, Riba Ferret, J.¹

1. Hospital Clínic, Barcelona

2. CAPSE, Barcelona

Keywords: Qualitat, Comunicació, Competències, Formació, Educació Mèdica

Introducció i objectius

Existeixen pocs estudis avaluant la qualitat dels informes d'alta d'especialitats quirúrgiques, i els resultats publicats en el nostre medi són pobres. La introducció de la supervisió i firma dels informes d'alta de MIR1 per especialistes que obliga el Real Decret 183/2008, Article 15, (referent a la responsabilitat progressiva del resident) i el desconeixement sobre la qualitat d'informes d'alta fets per residents en el nostre centre, motiva

aquest estudi per tal de determinar si la qualitat és correcta, si aquesta qualitat té correlació amb el progrés de la residència i també per detectar possibles recomanacions de millora.

Material i mètode

Període estudiat: 1 de juliol 2012 a 30 juny 2013. Mostra: aleatòria. Especialitats: Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia i Cirurgia General. Nombre d'IAH avaluats: 124. La meitat en horari de matí (a partir de 10 a.m.) i la meitat de matinada (a partir de 3 a.m.). Per mesurar la qualitat es va fer servir un sistema de puntuació d'ús intern per la Comissió d'Històries Clíniques en el nostre centre, adaptat per l'estudi (IAH Score): puntua mínim 0 i màxim 10 punts. Per a l'obtenció d'aquesta puntuació, es va estudiar la presència dels apartats d'obligat compliment: motiu de consulta, descripció de la malaltia actual, al·lèrgies, antecedents personals, exploració física, exàmens complementaris i resultats dels mateixos, tractament a l'alta, destí i diagnòstic. Es van considerar informes de qualitat insuficient aquells amb valor inferior a 7. Un metge de família va determinar el grau de comprensió, i va registrar la presència de sigles de difícil comprensió, i la presència de contingut redundant.

Resultats

Correcta qualitat: 94,4% dels casos, sense que s'hagin trobat diferències entre informes realitzats al matí o per la matinada. Els IAHS realitzats per residents de primer any i supervisats per especialistes han estat els informes amb millor puntuació ($p = 0,03$). Llevat de 2 casos, tots els informes presentaven una correcta comprensió. Respecte a l'ús de sigles el 12,9% dels IAHS presentava sigles considerades poc usuals o de difícil comprensió.

Conclusions

El resultat ha estat més favorable que el de publicacions prèvies. Objectius de millora: minimitzar l'ús de sigles excepte per aquelles que són àmpliament reconegudes.

GENOLL III

Divendres 23 de Maig
Sala 4 – 17:30 - 18:30
Orals: CO 89 – CO 94
Moderadors: Camí, Joan
Novell, Josep

O-89 / 17:30 - 17:40

FIABILITAT DE LA GUIA DE TALL INTRAOPERATÒRIA EN L'OSTEOTOMIA VALGUITZANT TIBIAL

Ferrer-Catasús, T., Pelfort López, X., Hinarejos Gómez, P., Torres Claramunt, R., Leal Blanquet, J., Monllau García, J.C.
Parc de Salut Mar, Barcelona

Introducció i objectius

Una de les crítiques habituals de la tècnica de l'osteotomia valguitzant tibial és la impossibilitat de predir el grau de correcció que s'obtindrà en el postoperatori. Al mercat existeix instrumental específic que permet sistematitzar la tècnica per evitar hiper o hipocorreccions en l'angle femorotibial.

L'objectiu principal d'aquest estudi és comprovar el grau d'exactitud de la guia de Hofmann en la correcció de l'eix mecànic femorotibial en pacients pendents d'osteotomia valguitzant tibial.

Material i mètode

Es va estudiar un grup de 20 pacients (16 homes i 4 dones) amb una mitjana d'edat de 57,6 anys (49-71) als quals es va realitzar una osteotomia valguitzant tibial de sostracció externa per un genu var preartròsic simptomàtic. Es van registrar l'angle mecànic femorotibial preoperatori i després de 6 mesos de la intervenció, així com l'angle de tall utilitzat amb la guia intraoperatòriament. També es van registrar l'escala d'EVA i el KSS.

Resultats

Respecte al control radiològic, es van corregir de mitjana 8,1 graus i es va observar una hipocorrecció mitjana de la deformitat de 2,3 graus respecte el tall de la guia. Es va produir una disminució mitjana en l'escala d'EVA de 3,8 punts i una millora significativa del KSS. No obstant això, no es va observar una correlació significativa entre aquests paràmetres i el grau de correcció realitzat.

Conclusions

La utilització sistemàtica de la guia de Hofmann per a l'osteotomia valguitzant tibial tendeix a provocar una hipocorrecció del var tibial.

O-90 / 17:40 - 17:50

L'OSTEOTOMIA VALGUITZANT TIBIAL AUGMENTA EL LLINDAR D'APARICIÓ DEL DOLOR EN EL COMPARTIMENT INTERN DEL GENOLL

Ferrer-Catasús, T., Pelfort López, X., Leal Blanquet, J., Torres Claramunt, R., Valverde Vilamala, D., Puig Verdié, Ll.
Parc de Salut Mar, Barcelona

Introducció i objectius

Un dels principals objectius després de realitzar una osteotomia valguitzant de tibia és disminuir el dolor del compartiment intern del genoll. L'algometria de pressió permet establir el llindar d'aparició de dolor en un determinat punt del cos humà.

L'objectiu d'aquest treball és valorar la utilitat de l'algometria de pressió per quantificar el grau de millora del dolor compartimental intern en pacients intervinguts amb una osteotomia valguitzant tibial.

Material i mètode

Es va estudiar un grup de 18 pacients (15 homes i 3 dones) amb una mitjana d'edat de 57,5 anys (45-71) als quals es va realitzar una osteotomia valguitzant tibial de sostracció externa. Es va mesurar el llindar d'aparició de dolor en els compartiments femorotibial intern, extern i subclavicular en el preoperatori i després de 6 mesos. Es van registrar les escales d'EVA, KSS i d'Ahlback i l'angle mecànic femorotibial. Es van valorar els resultats mitjançant els tests T de Student per a dades aparellades i el coeficient de correlació de Pearson.

Resultats

Es va observar un augment estadísticament significatiu del llindar de dolor al compartiment intern de 364 Kpa. Es va produir una disminució mitjana en l'escala d'EVA de 3,8 punts i una millora significativa del KSS. Els graus de deformitat corregida no es van correlacionar amb el grau de millora del llindar de dolor.

Conclusions

L'algometria de pressió és una tècnica útil en la quantificació del grau de millora del dolor compartimental intern en pacients intervinguts d'osteotomia valguitzant tibial.

O-91 / 17:50 - 18:00

EVALUACIÓ, MITJANÇANT TC EN MODEL CADAVERIC, DE LA SEGURETAT EN LA REALITZACIÓ DELS TÚNELS DE L'ANGLE POSTEROMEDIAL EN LES RECONSTRUCCIONS CONCOMITANTS AL LLIGAMENT CREUAT POSTERIORMillán Billi, A.¹, Gelber Ghertner, P.E.¹, Masferrer Pino, Á.², Erquicia, J.I.², Abat González, F.³, Monllau García, J.C.²

1. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

2. ICATME - Hospital Universitari Quirón Dexeus, Barcelona

3. CEREDE, Barcelona

Keywords: Angle Posteromedial, Lligament Creuat Posterior, Túnel, Reconstrucció**Introducció i objectius**

El lligament col·lateral medial superficial (LCMs) i el lligament oblic posterior (LOP) a vegades són reconstruïts de forma concomitant al lligament creuat posterior (LCP). L'objectiu va ser determinar les angulacions més adequades dels túnels femorals.

Material i mètode

8 genolls cadavèrics. Tunelització bifascicular del LCP realitzada artroscòpicament-Túnels LCMs y LOP a 0° y 30° a plans axials/coronal (OA/OC/30A/OC). Es va estudiar per TC i valorar relacions amb l'intercòndil i túnels del LCP. 25 mm de túnel va ser el mínim considerat suficient.

Resultats

Els túnels LCMs a 30A/30C i 30A/OC van mesurar 31,8±3,2 i 32,2±2,8 mm respectivament, sense invair els del LCP i a 17,4±4 y 17,67±3,8 mm del sostre de l'intercòndil. Els túnels LCMs 0A/OC i 0A/30C estaven a 5,8 ± 5,2 i 7,2 ± 4,7 de l'intercòndil respectivament, sense invair els del LCP. Els túnels LCMs a 0A/30C en 4 casos van acabar intraarticularment. El LOP a 30A/OC i 30A/30C van mesurar 33± 2,7 i 32,3±3 mm, sense invasió del LCP i a 16,2 ± 5,7 i 19,3±4,6 mm de l'intercòndil. Els túnels LOP 0A/OC i 0A/30C estaven a 6,50 ± 3,9 i 2,9±5,3 mm de l'intercòndil. El LOP tunelitzat a 0A/30C va invadir en 3 casos algun dels túnels del LCP i va acabar intraarticularment en 7 ocasions.

Conclusions

L'angulació dels túnels femorals del LCMs i POL presenten una gran versatilitat encara que es reconstrueixi el LCP alhora. Els túnels del LCMs i POL orientats a 0° en axial i 30° en coronal tenen alt risc de perforar l'articulació i en el cas del POL també d'envair els túnels del LCP.

O-92 / 18:00 - 18:10

LES DIFERENTS TÈCNiques DE TRACTAMENT DE LES MENISCOPATIES INFLUEIXEN EN ELS RESULTATS DE LA RECONSTRUCCIÓ DEL LCA? COMPARACIÓ CLÍNICA PROSPECTIVAMillán Billi, A.¹, Gelber Ghertner, P.E.¹, Abat González, F.², Isart Torruella, A.³, Mihai Petrica, A.¹, Monllau García, J.C.³

1. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

2. CEREDE, Barcelona

3. ICATME - Hospital Universitari Quirón Dexeus, Barcelona

Keywords: Meniscopatia, Lligament Creuat Anterior, Transplant Meniscal, Substitutiu Meniscal**Introducció i objectius**

Actualment existeixen múltiples tècniques de tractament per a les lesions meniscals i, moltes vegades, aquestes tècniques són utilitzades de forma concomitant a la reconstrucció del lligament creuat anterior.

L'objectiu va ser evaluar com les diferents tècniques disponibles per tractar les meniscopaties influeixen en els resultats quan es reconstrueix el lligament creuat anterior (LCA).

Material i mètode

75 pacients van ser tractats mitjançant reconstrucció del LCA, tots tenien meniscopatia. En 15 es va realitzar meniscectomia (Grup M); en 30 transplantament meniscal, 15 amb suport ossi (Grup TO) i 15 amb fixació amb sutura (Grup TS). En 15 va ser implantat un substitutiu meniscal de poliuretà (Grup Actifit®) i en altres 15 una sutura meniscal (Grup S). Van ser evaluats amb l'escala de Lysholm Tegner, EVA i grau de satisfacció (0-4).

Resultats

Seguiment mig de 28 mesos (24-60). Els grups eren comparables pre-operatoriament (p=0.23). El Lysholm va augmentar 23.2 ± 7.1, 26.2±7.9, 21.4 ± 8.8, 25.4 ± 8.4 i 34±17.5 en els grups M, TB,TS, S i Actifit respectivament. El VAS va presentar una reducció mitja de 4 o 5 punts en tots els grups. El Tegner pre i postquirúrgic no va presentar diferències en els grups. Tots van puntuar el seu grau de satisfacció amb un 3 o 4.

Un anàlisi post-hoc va demostrar que havien diferències entre els grups només a l'escala de Lysholm, que en els pacients tractats amb Actifit® va presentar millors resultats.

Conclusions

Les diferents tècniques de tractament de les lesions meniscals durant la cirurgia de LCA no van presentar diferències i tampoc van influir en els resultats funcionals a curt termini. Estudis de major potència estadística i a més llarg termini són necessaris per l'evaluació de la influència funcional i radiogràfica de la tècnica associada.

O-93 / 18:10 - 18:20

FACTORS DE RISC DE LESIÓ MENISCAL EN PACIENTS AMB RUPTURA DE LIGAMENT ENCREUAT ANTERIOR

Fuentes López, I., Cabré Serres, J. Ll., Yela Verdú, C., Mateu Vicent, D., Sabatés Mallorques, S., Anglés Crespo, F.

*Hospital Universitari Mutua Terrassa, Barcelona***Introducció i objectius**

Avaluar la relació entre l'aparició de lesions meniscals i el retard en la cirurgia de lligament creuat anterior (LCA) en pacients amb ruptura crònica d'aquest.

Material i mètode

Estudi descriptiu retrospectiu de 112 ruptures de LCA intervingudes entre abril de 2011 i desembre de 2013. S'analitza la presència de lesió meniscal en ressonància magnètica en el diagnòstic i en l'acte quirúrgic, el nombre de dies des de la lesió fins a la realització de la ressonància i des d'aquesta fins al tractament quirúrgic. L'edat i l'IMC van ser recollits. Es van valorar possibles associacions de les lesions meniscals amb el retard de la cirurgia i dades epidemiològiques del pacient.

Resultats

Es van realitzar 112 reconstruccions de LCA. El temps mitjà des de la lesió fins a la intervenció va ser de 384 dies. A la RMN després de la lesió, 46 pacients van presentar ruptures de menisc intern (41,1%) i 15 del menisc extern (13,4%). Durant l'artroscòpia es van observar 61 ruptures del menisc intern (54,1%) i 26 ruptures del menisc extern (23,2%). Mitjançant estudi de T-student trobem una associació estadísticament significativa entre l'IMC i la lesió del menisc intern ($p = 0,01$) i entre el retard de la cirurgia i la lesió d'ambdós meniscs (intern, $p = 0,039$ i extern, $p = 0,017$).

Conclusions

El retard en la cirurgia i l'IMC estan associats a un augment en la incidència de lesions meniscals en pacients amb ruptura de LCA.

O-94 / 18:20 - 18:30

RESTITUIR O NO LA PÈRDUA DE TEIXIT MENISCAL MEDIAL AMB UN SUBSTITUT MENISCAL DE POLIURETÀ (ACTIFIT®) EN REALITZAR UNA OSTEOTOMIA VALGUIZANT D'ADDICIÓ TIBIAL. ESTUDI DE COHORTSMarí Molina, R.¹, Gelber Ghertner, P.E.², Isart Torruella, A.³, Mihai Petrica, A.², Pelfort López, X.¹, Monllau García, J.C.¹

1. Parc de Salut Mar de Barcelona

2. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

3. ICATME-Hospital Universitari Quirón Dexeus, Barcelona

Keywords: *Tibia, Osteotomia, Menisc***Introducció i objectius**

La osteotomia valguizant d'addició tibial (OVAT) és un tractament freqüent del genu var simptomàtic. Aquest, sovint és acompanyat d'una pèrdua considerable de teixit meniscal medial. L'objectiu va ser valorar, en el contexte de la realització d'una OVAT, la repercussió funcional de restituir aquesta manca de teixit meniscal medial amb un Actifit® en comparació amb la meniscectomia simple.

Material i mètode

Es van estudiar prospectivament 60 pacients amb genu var simptomàtic operats amb OVAT. En 30 es va deixar un defecte meniscal medial $> 25\text{mm}$ (M) i en 30 va ser implantat un Actifit® medial (A). Es van avaluar amb WOMET, IKDC, Kujala, EVA i grau de satisfacció (0 a 4).

Resultats

Ambdós grups van ser estadísticament comparables preoperatòriament i en el temps de seguiment (31.2 mesos; rang 24-47.5, $p = 0.35$). WOMET va millorar 53.4 ± 8.4 i 42.4 ± 17.2 punts en M i A ($p = 0.002$), IKDC va millorar 56.7 ± 12 i 50.3 ± 15.6 punts en M i A ($p = 0.107$), Kujala va millorar 50.4 ± 14.7 i 38.9 ± 21.6 punts en M i A ($p = 0.02$) i EVA va baixar 6.9 ± 2.1 i 4.7 ± 2.8 punts en M i A ($p = 0.006$). La satisfacció va ser de 3.3 ± 0.8 i 3.3 ± 1 en M i A ($p = 0.84$).

Conclusions

El genu var simptomàtic tractat amb OVAT associat a meniscectomia medial va conduir, en comparació a quan es va associar amb la implantació d'un Actifit® medial, a una millora més accentuada en la majoria de les escales avaluades. No hi va haver diferència en el grau de satisfacció. Basats en els resultats a curt termini d'aquest estudi, la restitució meniscal amb un substitut de poliuretà no pot ser recomanada en realitzar una OVAT.

MILLORS COMUNICACIONS ORALS

Divendres 23 de Maig

Sala d'Actes – 13:00 - 14:00

Orals: MO 1 – MO 6

Moderadors: Girós, Joan

Suso, Santiago

MO-1 / 13:00 - 13:10

UNA FRACTURA DE PILÓ TIBIAL, UNA VIA D'ACCÉS

López Capdevila, E.¹, Santamaria Fumas, Á.¹, Manent Molina, A.¹, Muriano Royo, J.¹, Martín Oliva, X.², Girós Torres, J.¹

1. Consorci Sanitari Integral, Barcelona

2. Universitat Barcelona

Keywords: *Piló Tibial, Accés, Anatomia, Fractura*

Introducció i objectius

Estudiar les vies d'accés pel tractament de les fractures de tibia distal, els punts de referència, els seus riscos anatòmics, indicació i aplicació per cada tipus de fractura.

Material i mètode

Estudi anatòmic en 10 cadàvers, amb documentació fotogràfica, realitzant cinc vies d'accés per la tibia distal

Antero-lateral: entre Extensor llarg dels dits i el Peroneo tertius. Riscos anatòmics: branques cutànies dorsals del Peroneo superficial (en 9 peces es troba a la incisió), en 8 peces es visualitza lateralment l'Arteria Peronea. Proximalment ens trobem en una distància de 4-12 cm de l'articulació, l'arteria Tibial anterior i el nervi Peroneo profund.

Antero-medial: longitudinal-medial al tendó Tibial anterior.

Medial: sobre el mal·leòl tibial.

Postero-medial al mal·leòl posterior, entre el Tibial posterior i el Flexor comú dels dits.

Postero-lateral: entre m. Peroneos (llarg i curt) i el Flexor llarg de l'hallux.

Resultats

Segons la seva visualització es realitza una indicació per cada tipus de fractures.

Antero-lateral: fractures articulars 43 C, articular parcials

43 B amb afectació anterior i anterolateral. És una via molt útil per la reducció articular, amb un bon cobriment de la placa a nivell submuscular.

Antero-medial: fractures articulars, i parcialment articulars (AO 43B y C) especialment amb afectació del mal·leòl medial.

Medial: anterior al mal·leòl tibial, dissecció de la v. Safena magna i el n. Safè. Fractures extraarticulars, i d'ús principal per la tècnica percutània (Mipo).

Postero-medial: fractures articulars 43 C i 43 B amb gran comminació posterior o afectació posterior del mal·leòl tibial.

Postero-lateral: fractures parcialment articulars 43 B amb poca afectació de la superfície articular anterior o articulars 43 C amb afectació de parts toves que limita un accés antero-lateral o antero-medial. Permet l'accés a la tibia i peroné per una sola incisió, així com la seva síntesis.

Conclusions

Cada fractura de piló tibial requereix una via d'accés. Clàssicament s'ha utilitzat la via antero-lateral o antero-medial per aquestes fractures però donat que freqüentment van associades a lesions cutànies, amb traços articulars posteriors, o bé és necessària més d'una via per la seva síntesis, plantegem altres vies d'accés possibles.

MO-2 / 13:10 - 13:20

GUIES DE TALL A MESURA EN ARTROPLÀSTIA DE GENOLL: LA NOSTRA EXPERIÈNCIA INICIAL EN 30 PACIENTS

Acerboni Flores, F., Villamil Gallego, C.E., Ramon Solé, J., Torner Pifarré, P.

Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

Keywords: *Guies De Tall, ATG, Trumatch*

Introducció i objectius

Les pròtesis totals de genolls amb guies de tall pre-conformades són un pas endavant en el desenvolupament de l'artroplàstia. Aquest nou concepte permet una planificació pre-operatòria mitjançant un sistema assistit per ordinador i amb imatges en 3 dimensions que reemplaça l'instrumental convencional per un de més específic i creat exclusivament

per cada pacient. Això pot comportar més precisió de tall, menys temps de cirurgia i estalvi en material quirúrgic entre d'altres. L'objectiu del nostre treball serà reportar i comparar els primers resultats de la nostra experiència amb aquesta nova tecnologia.

Material i mètode

Descripció de resultats d'una sèrie de 30 casos retrospectivament recollits del 2012 fins al 2014. Com a eines per la planificació pre-operatòria s'han utilitzat el TAC de genoll i les telemetries d'extremitats inferiors, aquestes també repetides al mes post-operatori. Sistema de software utilitzat tipus TruMatch i pròtesis de tipus Sigma PS (DePuy Synthes). Els casos que van entrar van ser aquells que presentaven gonartrosi amb indicació quirúrgica i sense intervencions prèvies en el genoll. Es va analitzar la concordança entre les talles proposades i les col·locades, el temps quirúrgic, eixos mecànics i les complicacions derivades del procés.

Resultats

La nostra experiència amb la TruMatch deixa més d'un 80% de concordança entre les plantilles de tall proposades pre-operatòriament i els components finals implantats. Un temps mig de cirurgia de 68.5 minuts. Radiològicament, aproximadament un 60% dels pacients retornen a tenir un eix mecànic normal del genoll (0-3°) i vam obtenir com a complicació una infecció que va requerir de recanvi.

Conclusions

Tot i que caldria fer estudis comparatius, ja sigui amb tècniques d'artroplàstia convencional o navegades, inicialment els resultats són positius. Obtenim un alt índex de concordança amb un temps mig de cirurgia i resultats radiològics acceptables si mirem altres sèries fins ara publicades. Per tant, les plantilles pre-conformades aporten una sèrie d'avantatges que ens poden beneficiar i creiem que és una tecnologia segura, esperançadora i en procés de millora.

MO-3 / 13:20 - 13:30

RESULTATS DEL RECANVI EN 1 TEMPS AMB TIGES NO CIMENTADES EN LA INFECCIÓ CRÒNICA D'UNA PRÒTESI DE MALUC

Rodríguez-Roiz, J., M.¹, García Ramiro, S.¹, Muñoz-Mahamud, E.², Cuñe Sala, J.², Combalia Aleu, A.¹, Bori Tuneu, G.¹

1. Hospital Clínic, Barcelona

2. Parc Sanitari Sant Joan de Déu de Sant Boi, Barcelona

Keywords: 1 Temps, Recanvi, Infecció Crònica, Maluc.

Introducció i objectius

La infecció crònica d'una pròtesi de maluc és un problema important. El recanvi en 2 temps és el tractament més freqüentment utilitzat, encara que hi ha literatura recent que defensa que en pacients ben seleccionats es pot utilitzar el recanvi en 1 temps amb uns resultats clínics similars al recanvi en 2 temps però amb una disminució dels costos i una recuperació funcional precoç. L'objectiu del nostre estudi va ser avaluar els nostres resultats dels pacients que se'ls hi va realitzar el recanvi en 1 temps utilitzant tiges no cimentades.

Material i mètode

Estudi retrospectiu de tots els pacients intervinguts amb un recanvi en 1 temps utilitzant tiges no cimentades entre 1998 i 2007 per presentar una infecció crònica d'una pròtesi de maluc. Es va avaluar la curació de la infecció, i els resultats funcionals amb les escales de Harris i Merle d'Aubigné.

Resultats

Es van incloure en l'estudi 15 dones i 9 homes amb una edat mitjana de 72,4 anys (rang 50-89) amb una mitja de seguiment de 44,6 mesos. Es van utilitzar tiges no cimentades en tots els casos però en 9 casos la còtila es va cimentar. 23 pacients no van mostrar signes d'infecció (95,8%) al final del seguiment. La mitjana de l'escala de Merle d'Aubigné va ser de 13,8 i la mitjana de l'escala del Harris Hip Score va ser de 65,4.

Conclusions

El recanvi en 1 temps en la infecció crònica de pròtesi de maluc utilitzant tiges no cimentades en pacients seleccionats pot tenir una elevada taxa d'èxit per la curació de la infecció amb bons resultats funcionals.

MO-4 / 13:30 - 13:40

UNITAT DE TRAUMA GERIÀTRIC : ESTUDI COMPARATIU

Quintas Álvarez, S., Castellón Bernal, P., Estrada Díaz, C., Bartra Illa, A., Salvador Carreño, J., Angles Crespo, F.

Hospital Universitari Mútua Terrassa, Barcelona

Keywords: Fèmur, Fractura, Geriatria

Introducció i objectius

La fractura de fèmur proximal en l'ancià és una patologia d'alta morbiditat i mortalitat. La creació d'unitats multidisciplinàries permet millorar la gestió d'aquesta patologia. L'objectiu del nostre estudi és valorar els resultats obtinguts després de la implementació d'una Unitat de Traumatologia Geriàtrica (UTG).

Material i mètode

Estudi retrospectiu comparatiu de 198 pacients > 65 anys amb fractura de fèmur proximal al 2013. Entre gener i juny de 2013 el procés era gestionat pel Servei de Traumatologia amb geriatre consultor.

A partir de l'1 de juny de 2013 és gestionat per l'UTG (traumatòleg, geriatre, anestesiològ, rehabilitador, infermer, fisioterapeuta i assistent social).

1. Abans de Juny: 88 pacients, 60 dones i 28 homes, edat mitjana 85 anys.

2. Després de l'1 de Juny: 110 pacients, 87 dones i 23 homes, edat mitjana 84 anys.

Es comparen: demora fins la cirurgia, complicacions intrahospitalàries, mortalitat durant l'ingrés i estada.

Resultats

Al primer període van ser intervingudes quirúrgicament 59 fractures pertrocantèries i 29 subcapitals. La demora fins la cirurgia va ser de 2,66 dies.

El 55 % dels pacients van presentar complicacions intrahospitalàries i 4 van morir. El temps mitjà d'ingrés va ser de 11,1 dies (0-29).

Al segon període van ser intervingudes quirúrgicament 74 fractures pertrocantèries i 36 subcapitals. El temps de demora fins a la cirurgia va ser de 1,9 dies. El 58% dels pacients van presentar complicacions intrahospitalàries i 3 van morir. L'estada mitjana va ser de 10.19 dies (0-33).

La demora fins la cirurgia va ser menor al segon grup (1,9 vs 2,66 dies) $p = 0.002$.

A la resta de paràmetres no s'han trobat diferències estadísticament significatives.

Conclusions

La implementació d'una Unitat d'Ortogeriatría permet millorar la gestió del procés de fractura de fèmur proximal

disminuint l'estada, la demora quirúrgica i la mortalitat intrahospitalària.

El percentatge de complicacions intrahospitalàries no ha disminuït, però hem estat més exhaustius en la seva identificació i control.

L'expectativa de la UTG és que la millora en la gestió del procés es tradueixi en un descens de la morbimortalitat i en la millora de la satisfacció del pacient i del seu entorn.

MO-5 / 13:40 - 13:50

EL PAPER DE LA MORFOMETRIA VERTEBRAL PER LA DETECCIÓ DE DEFORMITATS LLEUS QUE EVOLUCIONEN A FRACTURES OSTEOPORÒTIQUES

Casellas Basagaña, M., Puigoriol Juvanteny, E., García Barrionuevo J., Pérez Pons, A., Rodríguez Miralles, J., Kanterewicz Binstock, E.

Consorci Hospitalari de Vic, Barcelona

Keywords: Morfometria Vertebral, Deformitats Lleus, Fractures Vertebrals, Osteoporosis

Introducció i objectius

El coneixement de la prevalença i incidència de les fractures vertebrals (FV) són essencials pels estudis clínics i epidemiològics de l'osteoporosi postmenopàusica. Contràriament a les fractures perifèriques que són fàcilment identificables (femorals, humerals, colles), les FV acostumen a passar desapercebudes, assumint que moltes són clínicament silencioses. Dins el tòpic de FV es discuteix la importància de les anomenades deformitats lleus o grau I, alguns autors no ho consideren com a veritables FV sinó com a processos degeneratius o malformatius sense més impacte en el futur, ja que no serien degudes a l'osteoporosis, mentre que altres defensen la idea que representen una etapa inicial de futures FV osteoporòtiques.

L'objectiu és descriure la importància de les deformitats vertebrals lleus prèvies al desenvolupament de noves fractures vertebrals (FV) en una cohort de dones postmenopàusiques estudiades basalment i seguides als 4 anys.

Material i mètode

La cohort FRODOS està constituïda per 2.968 dones postmenopàusiques de la comarca d'Osona. A totes les participants se'ls va realitzar una morfometria vertebral (DEXA) en les 2 fases de l'estudi (basal i seguiment). Aquesta tècnica mesura les alçades anterior, mitja i posterior de cossos vertebrals i compara amb les mides de referència. Es considera deformitat lleu alçades entre -2 i -3 desviacions (DE) del valor de referència i FV a disminucions superiors a -3 DE.

Resultats

Es presenten els resultats de les primeres 1.100 dones que han completat el seguiment. L'edat mitja era de $64,5 \pm 3,6$ anys, amb un IMC de $28,29 \pm 4,5$. La prevalença basal de FV era del 4,0% (n=44) i les deformitats vertebrals lleus del 16,3% (n=179). Als 4,21 anys de seguiment, la incidència total de FV és del 6,5% (n=71), essent clarament superior ($p < 0,05$) a les participants amb deformitats lleus prèvies (17,3%) en contraposició a les que no les presentaven (4,3%).

Conclusions

La morfometria vertebral amb tècnica DEXA és una eina útil no tan sols pel diagnòstic de fractures vertebrals sinó també per a identificar fases prèvies de deformitats menors que poden evolucionar a veritables fractures.

MO-6 / 13:50 - 14:00

PATRÓ DEL DESPLAÇAMENT DE TUBEROSITATS EN LES FRACTURES PROXIMAL D'HÚMER TRACTADES AMB ARTROPLÀSTIA INVERTIDA PRESEVANT I RESSECCANT EL SUPRAESPINÓS

Santana Pérez, F.¹, Llauredó Poy, M.², Noguera, J.M.³, Monllau García, J.C.¹, Torrens Canovas, C.¹

1. Hospital del Mar, Barcelona

2. Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona

3. Institut Universitari Dexeus, Barcelona

Keywords: *Sutura, Tuberositats, Invertida, Fractura, Húmer, Proximal*

Introducció i objectius

La curació de les tuberositats en les fractures de l'húmer proximal (PHF) milloren l'elevació i la rotació externa en pacients tractats amb artroplasties d'espatlla inversa (RSA).

L'objectiu d'aquest estudi de cadàvers és comparar biomecànicament el patró de desplaçament de les tuberositats en les fractures tractades amb pròtesis inversa preservant i extirpant el supraespinós.

Material i mètode

Es basa en set espècimens frescs d'espatlla amb una fractura en 4 parts. Després de la implantació de les RSA, les tuberositats es tornen a reduir amb l'ajuda de dues sutures horitzontals fixant les dues tuberositats, i una banda de tensió en vuit fixant verticalment la diàfisi i les tuberositats. Es van col·locar sensors de rastreig de moviment en la tuberositat major i menor i en la diàfisi humeral. Es va aplicar una força de manera contínua seguint les línies dels vectors de força del supraespinós, subescapular i infraespinós i la unió del rodò

menor. L'experiment es va realitzar en un primer lloc preservant el supraespinós i després amb la seva extirpació.

Resultats

La quantitat total del desplaçament dels segments és significativament major incloent el supraespinós en la sutura ($p=0.04$). La mitjana del desplaçament entre la tuberositat gran i la diàfisi retenint el supraespinós és 0.417 comparada amb 0.103 quan no era inclòs ($p=0.079$). El desplaçament de les dues tuberositats de la diàfisi és major preservant el supraespinós (0.569) que quan ho comparem amb la seva excisió (0.347). El patró de desplaçament retenint el supraespinós consisteix principalment en la separació de les tuberositats de la diàfisi, mentre que quan no és inclòs se separaven les dues tuberositats.

Conclusions

S'espera una menor mobilitat i una migració de les tuberositats quan no és inclòs el supraespinós en les PHF tractades amb RSA. Si es preserva el supraespinós, les sutures verticals s'haurien de millorar per millorar l'estabilitat. Si el supraespinós s'extirpa, les sutures horitzontals s'haurien de millorar per millorar l'estabilitat.

CARTELLS CIENTÍFICS

P1

ARTROPLÀSTIA TOTAL DE CANELL: INDICACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Besalduch Balaguer, M., Proubasta Renart, I., Gabriele Montenegro, R., Lamas Gómez, C.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Keywords: Canell, Artroplàstia, Reumatoide

Introducció i objectius

El tractament estàndar per l'artrosi de canell, ja sigui d'etiologia reumàtica o postraumàtica, ha sigut tradicionalment, l'artròdesi ja que ofereix un alleugeriment del dolor amb resultats funcionals variables donada la pèrdua de mobilitat de l'articulació. L'artroplàstia total de canell és una alternativa que pot ajudar a mantenir la mobilitat del canell, millorant la satisfacció del pacient. L'objectiu d'aquest estudi va ser revisar la tècnica quirúrgica aplicada i valorar el resultat dels pacients intervinguts en el nostre centre.

Material i mètode

Durant el període entre 2008 i 2013 es varen col·locar 4 artroplàsties totals de canell. Es va revisar la indicació quirúrgica, l'avaluació radiològica final, el rang de mobilitat, l'escala visual analògica (EVA) i la valoració subjectiva d'aquests pacients. A més es va revisar la tècnica quirúrgica de la pròtesis col·locada al nostre centre (Universal 2, Integra LifeSciences Corporation).

Resultats

Es varen intervenir 3 dones i 1 home, amb una edat mitja de 63 anys. La indicació quirúrgica va ser dolor per artrosi radiocarpiana: en 2 casos postraumàtica, en 1 cas per artritis psoriàsica i en 1 cas per artritis reumatoidea. El seguiment mig va ser de 35'5 mesos (rang 10-58). L'arc mig de mobilitat per la flexoextensió de canell va ser de 86°. El dolor, segons l'EVA, va millorar de 7 a 4'2. Com a complicacions una pacient va patir una atròfia de Sudeck. La radiologia simple postoperatòria no va revetllar desaxacions ni afluixament.

Conclusions

Tot i que la nostra sèrie d'artroplàsties de canell és molt limitada, amb aquests resultats vàrem poder avaluar un correcte arc de mobilitat, similar al trobat a la literatura (90°). També es va identificar una millora en el dolor però amb pitjors resultats finals que els publicats en altres revisions (2'2). En definitiva, amb l'artroplàstia total de canell obtenim bons resultats, però s'ha d'establir la correcta indicació quirúrgica.

P2

TÈCNICA DE MASQUELET EN INFECCIÓ D'OSTEOSÍNTESI DE RADI DISTAL

Vega Ocaña, V., Sánchez Naves, R., Velasco Roca, M., Redón Montojo, N., Girós Torres, J.

Consorci Sanitari Integral, Sant Joan Despí, Barcelona

Keywords: Membrana Induïda, Masquelet, Radi Distal.

Introducció i objectius

La tècnica de membrana induïda descrita per Masquelet fa més de 20 anys consisteix en aprofitar la formació d'una membrana de teixit de granulació i aportar empelt ossi en una segona fase. Presentem un pacient tractat al nostre servei mitjançant aquesta tècnica per infecció postoperatòria després d'osteosíntesi de radi distal.

Material i mètode

Home de 49 anys, transportista, sense antecedents d'interès que després d'accident laboral per caiguda des d'una biga presenta fractura radi distal oberta grau I, tractant-se mitjançant osteosíntesi amb placa bloquejada. Va presentar dehiscència de ferida amb drenatge purulent, que va requerir de diversos desbridaments. 3 mesos més tard acudeix al nostre servei i es va decidir retirada de placa i col·locació de fixador extern. Es va confirmar el diagnòstic d'osteomielitis i es proposa cirurgia mitjançant tècnica de Masquelet en 2 temps. El primer temps es va col·locar un espaiador de ciment amb gentamicina i immobilització amb guix i un segon temps quirúrgic on es va retirar l'espaiador i es va realitzar osteosíntesi amb empelt autòleg i placa volar.

Resultats

El pacient va presentar bona evolució. 10 mesos després de la cirurgia el pacient presenta edema lleu de la mà, balanç articular amb flexió palmar de 20 °, dorsal de 30 °, supinació 90°, pronació 80 °, desviació cubital 25 ° i radial 0 °. Pinça correcta, oposició correcta, primera comissura 55 i BM global 4/5. Actualment té invalidesa per desenvolupar la seva professió.

Conclusions

Existeixen estudis que demostren la secreció de factors de creixement i l'activitat cel·lular osteoinductora de la membrana induïda. És un procediment que ens pot ajudar a controlar la infecció resistent als tractaments convencionals (habituals) i poder realitzar la reconstrucció òssia un cop hagi desaparegut aquesta.

P3

LES NOSTRES PRIMERES 100 ARTROSCÒPIES DE CANELL

Rodríguez Ferrer, E.¹, Armadás Ribot, M.², Méndez López, J.M.¹, Gómez Fernández, J.M.¹, Moranta Mesquida, J.G.¹

1. Clínica MC Londres, Barcelona

2. CA Barberà del Vallés MC, Barcelona

Keywords: Artroscòpia, Canell, Diagnòstica i Terapèutica

Introducció i objectius

L'artroscòpia de canell és una tècnica que ha anat augmentant de forma progressiva les seves indicacions, tan diagnòstiques com terapèutiques. L'objectiu és mostrar la nostra experiència amb aquesta tècnica.

Material i mètode

De Gener del 2009 a Gener del 2014 hem realitzat 100 artroscòpies de canell al nostre servei. Hem avaluat les indicacions de la cirurgia artroscòpica, la patologia trobada, el tractament realitzat, les complicacions i la necessitat de fer una cirurgia oberta posterior.

Resultats

Les indicacions més freqüents han sigut les lesions del FTCC (36), les lesions lligamentoses de la primera filera del carp (24) i el control articular de les fractures de radi (12), seguides per ganglions (8), sinovitis (7), artrosi (4) i estiloidectomies (4). Cinc de les 100 artroscòpies han sigut sols diagnòstiques.

La patologia lligamentosa trobada més freqüent ha sigut la lesió a nivel escafolunar tipus II de Geissler (14 de 23).

S'han tractat 34 lesions del FTCC, 24 lesions del lligament escafo-lunar i s'han fet 12 controls de reducció de fractures de radi, trobant en 6 dels casos patologies traumàtiques associades.

Vol. (1) 2014

Complicacions directament relacionades amb la tècnica artroscòpica sols hem tingut el cas d'una hèrnia d'un portal. El resta de complicacions, 2 DSR, 1 edema del semilunar, 1 neuritis radial per una agulla de Kirschner, 2 infeccions d'agulles de Kirschner i una infecció profunda després de la retirada de les agulles, estan relacionades amb el tractament quirúrgic pròpiament dit.

En 6 pacients s'hagut de fer posteriorment cirurgia oberta: 2 artròdesis del carp, 2 plàsties de Brunelli i 2 artròdesis de la radio-cubital distal segons tècnica de Sauvé-Kapandji.

Conclusions

Creiem que l'artroscòpia de canell obre, cada vegada més, un ventall més ampli de possibilitats diagnòstiques i terapèutiques amb una morbiditat baixa.

P4

LIPOMES A LA EMINÈNCIA TENAR DE LA MÀ: PRESENTACIÓ DE 2 LIPOMES GEGANTS I REVISIÓ DE LA LITERATURA

Cardona Morera De La Vall, X., Lázaro Amorós, A., García Bordes, L.

MC Mutual, Barcelona

Keywords: Lipoma, Mà

Introducció i objectius

Es revisa i avalua la presentació, diagnòstic, tractament i complicacions de 2 lipomes gegants de la mà.

Material i mètode

Es presenta el tractament de dos lipomes gegants a la mà i una revisió exhaustiva de la literatura. Es resumeixen i s'examina breument els resultats dels nostres casos.

Resultats

Els lipomes poden ser asimptomàtics o produir simptomatologia en relació a la seva localització, predominen l'atròfia muscular i paràlisi nerviosa compressiva. Alguns lipomes poden identificar mitjançant l'examen físic. No obstant això les imatges de ressonància magnètica faciliten el diagnòstic definitiu.

Conclusions

En l'absència de deteriorament mecànic o preocupació estètica, l'observació segueix sent l'estàndard de l'atenció clínica. Quan el dolor, la neuropatia de compressió, la desfiguració, o disminució de la funció afecta la pacient, la resecció quirúrgica és típicament curativa. La transformació maligna és molt infreqüent.

P5

ACTUACIÓ A URGÈNCIES I TRACTAMENT DEFINITIU DE LA LUXACIÓ DORSAL COMPLEXA METACARPOFALÀNGICA DEL DIT ÍNDEX

Chanes Puiggrós, C., Proubasta Renart, I., Mihai Petrica, A., García Jiménez, A., Gabriele Montenegro, R., Lamas Gómez, C. Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Barcelona

Keywords: *Luxació, Dorsal, Metacarpofalàngica, Reducció Oberta*

Introducció i objectius

La luxació dorsal complexa de l'articulació metacarpofalàngica (MCF) dels dits llargs és infreqüent. No obstant, quan es produeix és més prevalent al dit índex i al dit petit. Presentem el cas d'un pacient amb una luxació complexa MCF que ha de considerar-se com a una urgència i ha de ser tractada quirúrgicament mitjançant reducció oberta.

Material i mètode

Pacient de 28 anys que acudeix derivat d'un altre centre per dolor i deformitat a l'articulació MCF del dit índex dret a conseqüència d'una caiguda amb el dit en extensió. A la inspecció destaca que el dit persisteix en aquesta posició i s'observa una prominència volar i un característic plec paral·lel al plec tenar. Les radiografies confirmen una luxació dorsal complexa MCF del dit índex. Es realitza tractament quirúrgic mitjançant reducció oberta i reparació de la placa volar, càpsula articular i lligament transvers profund. S'immobilitza amb una fèrula digito-palmar durant 2 setmanes iniciant-se a continuació la mobilització activa i la rehabilitació.

Resultats

La luxació dorsal MCF és infreqüent. Això no obstant, si s'identifica una lesió complexa serà irreductible de manera tancada per la qual cosa es requereix una reducció oberta. En les lesions complexes el trencament de la placa palmar del coll del metacarpí (MTC) i la interposició d'aquesta conjunta amb el lligament profund transvers a l'articulació impedeixen la reducció mitjançant maniobres tancades. El cap del MTC queda atrapat entre el lumbrical que es desplaça cap a radial, els tendons flexors i la banda pretendinosa que es desplacen cap a cubital, la placa palmar i el lligament transvers profund desplaçat distalment, i el lligament transvers superficial desplaçat cap a proximal. En el nostre cas, la reducció oberta de la luxació i la reparació conjunta de les estructures lesionades va aconseguir uns bons resultats clínics, radiològics i funcionals; aconseguint la reincorporació completa a la seva feina i activitats habituals.

Conclusions

Les luxacions dorsals complexes MCF dels dits han de ser considerades com a una urgència i, degut a que són irreductibles mitjançant maniobres tancades, per tal d'aconseguir un resultat òptim es requereix la reducció oberta i la reparació de la placa palmar.

P6

MALALTIA DE KIENBÖCK PER VARIANÇA CUBITAL POSITIVA. A PROPÒSIT D'UN CAS

Llorens Martínez, X., Borràs Mondragón, J.E., Pino Sorroche, S., Mora Guix, J.M.^a

Consorci Sanitari de Terrassa

Keywords: *Kienböck, Osteonecrosis, Semilunar, Variança, Osteotomia*

Introducció i objectius

La malaltia de Kienböck consisteix en una osteonecrosis idiopàtica del semilunar atribuïda principalment a factors vasculars, anatòmics i traumàtics.

Presentem el cas d'una pacient de 50 anys, dretana i treballadora manual que presenta dolor a nivell del canell dret de 2 anys d'evolució i lleu disminució del balanç articular de 6 setmanes.

Material i mètode

Dona de 50 anys, sense antecedents mèdics d'interès, dretana i treballadora manual, que consulta per dolor a nivell del canell dret de 2 anys d'evolució, amb sensació de pèrdua de balanç articular de 6 setmanes.

A l'exploració destaca un dolor moderat a nivell dorsal amb limitació per a la flexo-extensió i molèsties a zona d'estiloides cubital.

Se li van realitzar repetits estudis radiològics simples previs a la visita, de manera ambulatoria, que informaven d'una lleu variança cubital positiva sense altres alteracions.

La ressonància magnètica sol·licitada al nostre servei ens confirmava la variança ulnar positiva i ens informava de signes suggestius d'una necrosis avascular del semilunar estadi IIIA de Litchman associada.

Resultats

Davant les troballes es decideix realitzar una osteotomia d'escurçament cubital amb fixació amb placa i cargols.

La pacient presenta un bon postoperatori amb milloria clínica i bon control del dolor als 6 mesos de la intervenció.

Conclusions

Les necrosis idiopàtiques del semilunar constitueixen una patologia d'etiologia encara desconeguda.

El seu caràcter és multifactorial, essent la teoria traumàtica associada a una anatomia predisponent la més acceptada avui dia.

El diagnòstic és clínic, confirmat per RNM.

La classificació més utilitzada és la de Litchman. En funció del grau ens orientarà al tipus de tractament a seguir, que anirà desde el tractament conservador amb immobilització i la correcció de les alteracions anatòmiques, fins a l'artrodesis de canell en estadis més avançats.

P7

OSTEOMIELITIS DEL CANELL EN L'EDAT INFANTIL: PRESENTACIÓ D'UN CAS I REVISIÓ DE LA LITERATURA

Ordóñez Cayuela, C.¹, Dellonder Frigolé, J.¹, Cavanilles Walker, J.M.¹, Atilio Covaro, A.², Yáñez Siller, F.¹, Matas Pareja, M.¹

1. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona
2. Hospital Universitari Quirón Dexeus, Barcelona

Keywords: *Osteomielitis, Radi, Canell, Nen, Infecció Muscu- loesquelètica.*

Introducció i objectius

L'osteomielitis aguda hematògena pot ocórrer virtualment en qualsevol os, especialment en els ossos llargs de les extremitats inferiors, essent en aquests casos el fèmur el més implicat (27%).

S'han obtingut bons resultats amb teràpia antibiòtica parenteral-oral essent necessària la cirurgia només en aquells casos en què es requereixi extracció de material desvitalitzat o descompressió de grans abscessos.

Nosaltres descrivim un cas de desbridament quirúrgic per osteomielitis aguda hematògena en el canell, lo qual és una presentació infreqüent (3% de radi / 2% de cúbit) amb un elevat percentatge de complicacions (33%).

Material i mètode

Un nen d'onze anys d'edat, va ser acceptat a la nostra institució per presentar febre, dolor i limitació del moviment acompanyat de tumefacció del canell esquerre durant els últims cinc dies que no millorava amb tractament amb amoxicil·lina-àc. clavulànic per via oral a causa d'un diagnòstic de monoartritis realitzat en una altre institució. Es va realitzar una ressonància magnètica que mostrava una imatge compatible amb un abscess subperiòstic.

Resultats

A causa de la mala evolució clínica i de la presència d'una col·lecció subperiòstica es va procedir a realitzar un desbridament quirúrgic immediat associat a antibioteràpia empírica amb cloxacil·lina durant 10 dies, el cultiu intraoperatori va ser positiu per *S. aureus* meticilin- sensible. El desè dia postoperatori el pacient mostrava una milloria clínica i es va canviar l'antibioteràpia per via oral amb cefadroxil. Després de 4 setmanes de tractament el pacient mostrava una milloria clínica evident així com una normalització dels paràmetres analítics.

Conclusions

L'osteomielitis del canell és una malaltia rara, amb una taxa significativament més alta de complicacions (i seqüeles a llarg termini) que els metges han de tenir en compte davant de qualsevol nen amb dolor o inexplicable disminució de la mobilitat d'una extremitat superior, fins i tot sense febre ni cap troballa clínica o de laboratori coherent amb la infecció.

P7-1

FRACTURA-LUXACIÓ DEL CARP

Càncer, D, Olivé, S, Marlet, MT, Isart, A., Font, J
Hospital Universitari Quirón Dexeus. Barcelona

Introducció i objectius

Dona de 35 anys sense AMC ni AP d'interès. Refereix accident en motocicleta 24 hores abans amb caiguda sobre el canell esquerra en hiperextensió. Va ser atesa a un altre centre amb diagnòstic de contusió de canell i tractament amb crioteràpia, AINEs i vena elàstica.

Material i mètode

Deformitat volar del carp, gran tumefacció i impotència funcional. Dolor a la palpació i mobilització carp. Polsos distals presents, pinça manual competent. Parestèsies territori nervi medià de 12 hores d'evolució

Rx AP i P canell objectivant-se diàstasis escafo-lunar, fractura escafoïdes, piramidal i luxació dorsal del carp, (luxació transescafo-perilunar estadi IV de Mayfield). Es completa estudi amb TC carp on es confirma dislocació perilunar no dissociativa (estadi IV) amb luxació completa del semilunar.

Reducció tancada amb control infructuosa; per la qual cosa es realitza reducció sota anestèsia general i estabilització amb agulles Kirschner (luno-triquetal i triqueto-hamatate). En el mateix temps, s'estabilitza temporalment l'escafoïdes amb agulles Kirschner. Posterior immobilització amb guix circular.

Resultats

Post-operatori correcte, amb remissió de les disestèsies a les 48h de la cirurgia.

De forma programada es realitza estabilització definitiva de l'escafoïdes amb un cargol canulat. A les 4 setmanes, davant la bona evolució clínico-radiològica, es retiren agulles Kirschner i iniciant tractament rehabilitador. Als 4 mesos presenta bon ROM carp, amb lleu limitació de la flexió dorsal, absència de dolor i sense limitació per la activitat esportiva.

Conclusions

Les luxacions perilunars del carp acostumen a produir-se per lesions d'alta energia i poden associar a una lesió carpiàna complexa. El diagnòstic pot passar desapercbut si no fem una bona exploració i no comptem amb bones proves complementaries. Ha de ser precoç i precís, establint-se per clínica, exploració física i principalment per imatge (Rx AP i P). El tractament ha de ser urgent i no pot ser diferit, pel risc de compressió del carp sobre el nervi medià. Es recomana tractament quirúrgic inicial (reducció tancada i reparació osteoolligamentosa amb fixació interna), pel risc de lesions ocultes i inestabilitats del carp posteriors.

P8

LUXACIÓ ACROMIOCLAVICULAR ASSOCIADA A FRACTURA DESPLAÇADA D'APÒFISI CORACOIDES I INDEMNITAT DELS LLIGAMENTS CORACOCCLAVICULARS. A PROPÒSIT D'UN CAS

Olivé Viñas, S., Noguera, J.M., Candiotti Benassi, L., Torrens Cánovas, C., Marlet Naranjo, V.

ICATME - Hospital Universitari Quirón-Dexeus, Barcelona

Introducció i objectius

La luxació acromioclavicular amb indemnitat dels lligaments coracoclaviculars i fractura desplaçada de coracoides associada és una entitat poc freqüent. Acostuma a afectar pacients entre la segona i la tercera dècades de la vida. Té lloc per dos mecanismes de lesió diferents: un és la contusió directa sobre l'espatlla arran d'una caiguda i l'altre és l'estrebada enèrgica del coracobraquial, porció curta del bíceps i pectoral menor, que produeixen l'avulsió de l'apòfisi coracoides sense lesionar els lligaments CC mentre es luxa l'articulació AC. Aquesta acostuma a ser un tipus 3 de la classificació de Rockwood. Es pot realitzar tractament conservador o quirúrgic, amb els mateixos bons resultats funcionals a llarg termini. Segons la Classificació d'Ogawa de les fractures de coracoides (aïllades o combinades), les tipus 1 (posterior als lligaments CC) requereixen tractament quirúrgic, al contrari que les tipus 2 (anterior als lligaments CC) en les quals es realitza tractament conservador mitjan-

çant immobilització durant 4-6 setmanes i rehabilitació funcional. El nostre objectiu és presentar un cas tractat en el nostre centre mitjançant osteosíntesi de la coracoides amb un cargol mal-leolar sense fixar l'articulació AC.

Material i mètode

Presentem el cas d'un home de 41 anys que acut a urgències per dolor i impotència funcional de l'espatlla esquerra en relació a traumatisme casual. A l'exploració presenta una mobilitat passiva dolorosa, palpació en cara anterior de l'espatlla i acromioclavicular dolorosa i exploració neurovascular normal. Se li realitzen radiografia i TC que mostren luxació AC tipus 3 i fractura desplaçada de l'apòfisi coracoides. Es realitza tractament quirúrgic amb fixació de la coracoides amb un cargol mal-leolar, aconseguint així la reducció de l'articulació acromioclavicular degut a la indemnitat dels lligaments coracoclaviculars.

Resultats

A l'any de la cirurgia, el pacient presenta un Constant de 84'9 punts (dolor 14'5, DLA 18, mobilitat 40, força 12'4).

Conclusions

La luxació acromioclavicular associada a fractura desplaçada d'apòfisis coracoides i indemnitat dels lligaments coracoclaviculars és una lesió infreqüent però amb bons resultats a curt termini amb tractament quirúrgic, que permeten una ràpida incorporació a les activitats prèvies. Les indicacions per al tractament quirúrgic són pacients joves, treballadors manuals de pesos, i quan falla el tractament conservador.

P9

FRACTURA-LUXACIÓ GLENOHUMERAL BILATERAL I SÍNDROME TRIPLE E: TRACTAMENT I EVOLUCIÓ A LLARG TERMINI

Mihai Petrica, A., Lamas Gómez, C., Chanes Puiggrós, C., García Jiménez, A., Itarte Pujals, J., Proubasta Renart, I.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona

Keywords: Fractura-Luxació, Espatlla, Bilateral, Síndrome Triple E, Crisi

Introducció i objectius

Presentar l'evolució a llarg termini d'un cas de fractura-luxació glenohumeral posterior bilateral intervingudes quirúrgicament i conèixer la seva associació amb el síndrome triple E.

Material i mètode

Home de 68 anys que en setembre 2005 va patir, a conseqüència d'una crisi tonico-clònica de debut, una fractura-luxació glenohumeral posterior dreta. Mitjançant abordatge deltopectoral, es va realitzar reducció i osteosíntesis de la fractura mitjançant 2 cargols. Al desembre 2005, degut a una segona crisi convulsiva, va presentar una luxació glenohumeral posterior amb fractura tetrafragmentaria d'húmer proximal esquerra que es intervenir quirúrgicament col·locant una hemiartroplastia Bigliani/Flatow® (Zimmer) cimentada. El pacient va ser estudiat neurològicament descartant-se patologia orgànica subjacent. Va ser diagnosticat de crisi epilèptiques i va iniciar tractament amb Valproat. Va patir altres 2 crisis comicials sense repercussions osteoarticulars.

Resultats

L'evolució postoperatoria en ambdós casos va ser correcta sense complicacions. El pacient va realitzar fisioteràpia convencional. La fractura d'húmer dret va consolidar als 4 mesos i a l'any de seguiment el pacient aconseguia una abducció activa de 180° i una rotació interna (RI) fins a L3. La hemiartroplastia d'espatlla esquerra no va presentar signes d'afluixament i a l'any de seguiment aconseguia realitzar abducció de 120° i RI fins L3. El pacient va seguir controls anuals i a l'actualitat (als 8 anys de seguiment) realitza una abducció activa bilateral de 180° i rotació interna activa a L4.

Conclusions

La luxació glenohumeral posterior és infreqüent, representant <3% de totes les luxacions glenohumerals. El síndrome triple E descriu les possibles etiologies d'aquestes lesions: epilèpsia, electrocució o traumatisme extrem. Alguns autors consideren la luxació posterior bilateral patognomònica d'una crisi comicial. Degut a la clínica postcomicial, amb freqüència passen desapercebudes i l'associació amb fractures d'húmer proximal és elevada. L'objectiu del tractament és el diagnòstic i control de les crisis i la restauració de la congruència articular glenohumeral. D'entrada, s'ha d'intentar una fixació interna excepte quan el cap humeral sigui inviable, situació on serà d'elecció la artroplastia d'espatlla.

Les fractures-luxacions posterior glenohumerals són infreqüents i gairebé sempre té lloc en el context del síndrome E. Un diagnòstic precoç i un coneixement del síndrome va permetre la recuperació clínica i funcional completa del pacient.

P10

TRACTAMENT DE LA CAPSULITIS ADHESIVA AMB DISTENSIÓ HIDRÀULICA: INDICACIONS, TÈCNICA, REHABILITACIÓ I RESULTATS

Armadas Ribot, M.¹, Rodríguez Ferrer, E.², Méndez López, J.M.², Grau Galtés, P.², Caracuel Redondo, F.², Rosinés Bros, A.²

1. CA Barberà del Vallés MC Mutual, Barcelona

2. Clínica MC Londres, Barcelona

Keywords: *Capsulitis, Espatlla, Distensió, Hidràulica*

Introducció i objectius

La capsulitis adhesiva és un procés de llarga evolució que pot arribar a provocar una important rigidesa de l'espatlla. Fem l'explicació del tractament que realitzem al nostre servei per tractar-la i els resultats de la mateixa.

Material i mètode

Explicació de la tècnica de distensió hidràulica utilitzada per tractar la capsulitis, indicacions, moment òptim per realitzar-la, la pauta de rehabilitació i els resultats.

S'han revisat les capsulitis tractades amb aquest mètode entre gener del 2007 i desembre 2013, valorant la millora en graus del balanç articular passiu en un total de 87 distensions realitzades en 73 pacients.

Resultats

Habitualment hi ha una desaparició immediata del dolor nocturn i una millora progressiva del balanç articular global, en uns 20° aproximadament a les 4 setmanes. Els resultats són menys satisfactoris en pacients diabètics.

Conclusions

És un tractament intervencionista però poc agressiu, ambulatori, que es fa amb anestèsia local (s'hi pot afegir sedació) i complementari de la rehabilitació. Procediment simple i efectiu si es pot injectar un volum mínim de 15 cc de sèrum fisiològic.

P11

ESPATLLA FLOTANT

Fuentes López, I., Castellón Bernal, P., De Pablo Márquez, B., Salvador Carreño, J., Anglés Crespo, F.

Hospital Universitari Mútua Terrassa, Barcelona

Introducció i objectius

L'espatlla flotant és una lesió poc freqüent, representant el 0,1% de les lesions de l'espatlla. Consisteix en una doble lesió del complex suspensori superior de l'espatlla en què es

produeix una fractura del coll de l'escàpula i una fractura de la clavícula ipsilateral. Cadascuna d'aquestes fractures per si sola se sol tractar ortopèdicament, però l'associació de les dues pot requerir un tractament quirúrgic.

Material i mètode

Presentem un cas d'un pacient de 28 anys que acudeix a urgències amb dolor i imпотència funcional de l'espatlla esquerra després de patir una caiguda en bicicleta. S'objectiva mitjançant proves d'imatge (radiografia i TAC) fractures del coll de l'escàpula i de la clavícula esquerres, sent el diagnòstic d'espatlla flotant. El pacient va ser intervingut quirúrgicament practicant reducció oberta i estabilització de la fractura de clavícula amb placa d'osteosíntesi anatòmica. Es va comprovar intraoperatòriament, mitjançant imatge radioescòpica la reducció de l'angulació inferior del coll de l'escàpula després de la reducció de la clavícula.

Resultats

Es van objectivar signes radiològics de consolidació de les fractures als 3 mesos de la intervenció. Cinc mesos després de la lesió el pacient va reiniciar la seva activitat esportiva habitual, sense dolor i amb una recuperació funcional completa, sent 100 la puntuació del test Constant Score.

Conclusions

L'espatlla flotant és una lesió inestable, de manera que el tractament quirúrgic hauria de ser tingut en compte. La osteosíntesi de la fractura de clavícula pot reduir i indirectament estabilitzar la fractura del coll de l'escàpula, facilitant la seva consolidació. No obstant això, la reducció oberta i fixació interna d'aquesta pot ser necessària si persisteix un desplaçament significatiu.

P12

FRACTURA AVULSIÓ AÏLLADA AGUDA DE LA TUBEROSITAT MENOR DE L'HÚMER

Rodríguez Fernández, A., González Sánchez, J., Gámez Baños, F., Mora Guix, J.M^a.

Hospital de Terrassa, Barcelona

Keywords: Fractura, Troquí, Húmer

Introducció i objectius

La fractura avulsió de troquí és una patologia rarament descrita, se sol presentar associada a fractures en tres i quatre fragments de l'extrem superior de l'húmer. Presentem una fractura avulsió aïllada del troquí diagnosticada precoçment al servei d'urgències.

Material i mètode

Home de 47 anys, sense antecedents mèdics d'interès, que acut a urgències tras una caiguda casual amb imпотència funcional a l'extremitat superior esquerra. A l'estudi radiològic (Rx i TAC) s'aprecia una fractura avulsió aïllada del troquí, sense apreciar-se altres fractures concomitants.

Resultats

Es realitza cirurgia amb un abordatge deltopectoral i realitzant-se osteosíntesi mitjançant 2 cargols. S'immobilitza amb cabestrell durant 3 setmanes, iniciant posteriorment rehabilitació. Als 6 mesos, el pacient presenta mobilitat completa, amb un lift off negatiu i sense cap altre simptomatologia.

Conclusions

La fractura avulsió de troquí pot passar desapercebuda i diagnosticar-se com una lesió crònica. Pot semblar lesions de bankart ossi i/o calcificacions. Quan es diagnostica de forma aguda es recomana el tractament quirúrgic, permetent-se també revisar i reparar les possibles lesions associades en la porció llarga del bíceps i/o manegot dels rotadors. A la bibliografia es recullen sèries molt curtes de fractures agudes, que moltes inclouen lesions cròniques.

P13

ESPONDILODISCITIS PIÒGENA DORSAL AMB GAMMAGRAFIA ÒSSIA AMB GALI NEGATIVA. CAS CLÍNIC

Fernández Muñoz, S., Sala Fiebiger, M., Wilches Restrepo, C., Ormeño Ramos, G., Sulbarán Sierra, J.D., Fernández Bayón, J.

Hospital d'Igualada, Barcelona

Keywords: Espondilodiscitis. Gammagrafia òssia. Staphylococcus Epidermidis

Introducció i objectius

L'espondilodiscitis és una infecció poc freqüent que afecta a les vèrtebres i els espais intervertebrals. Es presenta en tres formes clíniques: via hematògena, postquirúrgica o per processos infecciosos de contigüitat. L'espectre microbiològic és molt ampli, però predominen les infeccions piògenes per *S. aureus*.

L'incidència de l'espondilodiscitis ha augmentat els últims anys, i la seva clínica es inespecífica i d'aparició larvada, amb la presentació d'aquest cas clínic es revisen els principals aspectes epidemiològics, clínics, diagnòstics i terapèutics.

Material i mètode

Presentació d'un cas clínic d'espondilodiscitis per *S. epidermidis* a nivell T10-T11, en pacient amb antecedent d'artrò-

desis L3-S1, RMN amb sospita d'infecció i gammagrafia òssia amb Tc positiva i amb Gali negativa.

Es va instaurar tractament antibiòtic endovenós, en primer terme empíric amb Vancomicina i Cefepime i finalment amb Vancomicina fins completar 3 setmanes de tractament endovenós i Linezolid oral fins 7 setmanes, amb bona evolució de la clínica, els paràmetres analítics i les imatges de RMN.

Resultats

Es van presentar diferents circumstàncies que van dificultar el diagnòstic d'espondilodiscitis:

- El nivell T10-T11 no era el segment intervingut quirúrgicament.
- L'agent etiològic (*S. epidermidis*) confirmat amb 2 biòpsies òssies, és minoritari en aquestes infeccions.
- Les gammagrafies òssies van resultar captants per Tecneci però no per Gali.

Conclusions

L'espondilodiscitis és una entitat on la sospita clínica és necessària pel diagnòstic, que en la majoria dels pacients es presenta com dolor a nivell del focus de lesió, sense altres signes o símptomes en molts casos. Els paràmetres analítics (leucocitosis, augment de VSG i PCR), i les proves d'imatges poden ajudar, però el diagnòstic el donarà la biòpsia òssia.

La gammagrafia òssia amb Gali per la detecció d'infecció té una sensibilitat molt alta, trobar un fals negatiu en aquesta prova, és per tant, molt infreqüent.

P14

ESPONDILODISCITIS TUBERCULOSA, LA GRAN SIMULADORA

Illana Mahiques, M., Marine Fortuny, L., Escala Arnau, J.S., Marsol Puig, A., Arroyo Dorado, A., García Forcada, I.

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona

Keywords: *Espondilodiscitis, Tuberculosis*

Introducció i objectius

La incidència de la tuberculosi està en augment degut al major nombre de pacients immunodeprimits o amb VIH. El diagnòstic precoç de l'espondilodiscitis tuberculosa és important per a evitar la mala evolució.

Material i mètode

Dona peruana de 58 anys amb dorsalgia invalidant de 3 mesos d'evolució.

Els paràmetres analítics són normals excepte PCR de 4,6. El PPD és negatiu.

Radiogràficament presenta una fractura aixafament de D9. La RM identifica una imatge compatible amb espondilodiscitis D9-D10.

Es realitza una punció biòpsia pedicular de D9 on creix *S. epidermidis* i *P. acné*. La Tinció Ziehl-Neelsen, el cultiu Lowenstein i la PCR-BK són negatius. A posteriori a l'hemocultiu creix *S. epidermidis*.

S'inicia antibioticoteràpia endovenosa amb cloxacilina i ceftriaxona. A les tres setmanes, presenta increment del dolor, observant-se colapso vertebral i compressió medul·lar a la RM.

Es realitza una artròdesis postero-lateral instrumentada D7-D12 amb una nova biòpsia transpedicular en D9.

Segueix antibioticoteràpia durant 8 setmanes e immobilització amb Jewett.

Resultats

A les cinc setmanes la VSG és de 89 (abans de la cirurgia VSG 133).

Als 3 mesos i mig, incrementa el dolor i apareix febra (PCR de 4,9; VSG 118). Davant la possibilitat de recidiva es reinicia la antibioticoteràpia amb augmentine.

El TC objectiva severa destrucció vertebral en D9-D10, amb important component de parts toves. La RM identifica la reactivació del procés inflamatori a D7-D11, amb coleccions flemoses i zones d'abscessificació.

S'intervé quirúrgicament realitzant una toracotomia dreta per a la corpectomia D9-D10 i la artròdesis intersomàtica anterior amb caixa expansiva plena d'injert autòleg, associant-se un abordatge posterior per al desbridament dels abscessos.

S'obté creixement de *S. epidermidis*. Els cultius Lowenstein són negatius, però la PCR-BK és positiva.

La AP de la biòpsia identifica granulomes amb zones de necrosis suggestius d'espondilodiscitis tuberculosa; pel que s'inicia tractament anti-tuberculós.

L'evolució analítica (PCR 0,8; VSG 17), clínica i radiogràfica és satisfactòria conseguint la fusió vertebral.

Conclusions

L'espondilodiscitis tuberculosa és "la gran simuladora", en aquest cas el diagnòstic tardí justificà l'evolució tòrpida. L'associació del tractament antibiòtic amb el quirúrgic és important per a la resolució de la infecció i la consolidació de la fractura.

P15

FRACTURA COMPLEXA DE COLUMNA CERVICAL PER ACCIDENT D'EQUITACIÓ. A PROPÒSIT D'UN CAS

Cañas Miguel, E., González Cañas, Ll., Godino Martínez, O., López Obarrio, Ll.A.

Hospital Universitari de Bellvitge, l'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

*Keywords: Fractura, Hangman, Columna Cervical, Luxació***Introducció i objectius**

Presentem el cas d'una pacient derivada al nostre centre amb fractura-luxació cervical complexa després d'un accident d'equitació.

Material i mètode

Es tracta d'una pacient de 43 anys que va patir un accident d'equitació amb TCE, hiperlateralització cervical i contusió a l'espalla dreta. La clínica inicial va ser intens dolor cervical, sense disminució del nivell de consciència ni cap focalitat neurològica. Va ser derivada al nostre centre per a completar estudi d'imatge i tractament específic.

Es va realitzar TC i RMN que informava de fractures d'arc anterior de C1, massa lateral dreta de C2, luxació unilateral C2-C3 dreta completa, subluxació a anterior de C2-C3 amb compromís del lligament vertebral posterior a nivel de C2 i lligament interespinós C1-C2. No s'observaven signes de compressió medul·lar. Es va observar un buit de señal a l'artèria vertebral dreta a C7, realitzant-se angioTC de troncs supra-aòrtics que descartava dissecció arterial.

Resultats

Conjuntament amb neurocirurgia, es va realitzar la intervenció, que va consistir en la reducció oberta de luxació articular C2-C3 dreta, estabilització amb cargols a masses laterals C1, pediculars a C2 i a masses articulars de C3.

Es va fer neuromonitorització durant tot el procés sense cap incidència.

La pacient va presentar correcte postoperatori, milloria immediata del dolor, sense cap clínica neurològica associada complicacions de la ferida i reiniciant deambulació i activitats habituals en la primera setmana.

Com a únic símptoma va referir sensació disfàgica, probablement atribuïble a compressió de l'esòfag per la subluxació anterior de C2 durant els dies previs a la intervenció.

Conclusions

En aquest cas es tractava d'una fractura complexa amb tres components: rotacional amb luxació unilateral de C2-C3 dreta completa, translacional amb anterolistesi per la lisis de la pars (Hangman) i flexió lateral. Les fractures cervicals tan comple-

xes són poc habituals i requereixen un equip multidisciplinari per al correcte diagnòstic, tractament i seguiment.

P16

CERVICAL DE ETIOLOGIA INFREQÜENT

Villamil Gallego, C.E.

Hospital Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

Introducció i objectius

La cervicàlgia és un motiu freqüent de consulta en ortopèdia i traumatologia, moltes associades a esquinços o traumatisme esportius, accidents de trànsit o laboral. Però s'han d'estudiar i descartar causes infreqüents, que requereixen un procés diagnòstic i maneig diferent.

Material i mètode

Pacient jove de 32 anys, amb cefalea i cervicàlgia moderada i que millora parcialment amb antiinflamatoris, i per la qual consulta en múltiples ocasions al servei d'Urgències i consulta externa.

Es realitza diagnòstic de lesió en cos vertebral C2, es realitza intervenció quirúrgica exèresi més artròdesi i es confirma diagnòstic per anatomia patològica: osteoma osteoide en cos de C2.

La pacient presenta una adequada evolució clínica postoperatoria i en diversos anys de seguiment clínic i radiològic.

Resultats

Les tumoracions cervicals són poc habituals en pacients joves, són un diagnòstic a tenir en compte en el moment d'avaluar un pacient amb cervicàlgia en un servei d'urgències o consulta externa. Els osteomes osteoïdes presenten bona evolució amb el maneig quirúrgic.

Conclusions

Els osteomes osteoïdes són tumoracions benignes descrites en forma habitual en ossos llargs, són poc freqüents els casos en columna cervical, vam realitzar una presentació del cas i revisió en la literatura.

P17

AL-LOEMPELT INTERCALAR DE FÈMUR AMB PERONÉ VASCULARITZAR

Gaviria Parada, M.ªE., Sánchez Navarro, S.

ASEPEYO Sant Cugat, Barcelona

Introducció i objectius

Pacient home de 25 anys, amb antecedents de Charcot-Marie-Tooth i amiotròfia peroneal hereditària que després

accident trànsit pateix Fractura Oberta Grau IIIA terç mitjà fèmur esquerre amb pèrdua òssia important d'aproximadament 13 cm més de fractura amb pèrdua de substància traç sagital condilo extern esquerre i fractura comminuta de ròtula esquerra oberta IIIA en tractament amb fixador extern, tractat en 3 temps.

31-12-13 reducció i estabilització condilo extern, exèresi de fragments solts i tancament en borsa de tabac més malla reabsorbible patelar.

27.01.14 Confecció d'espaiador de ciment amb gentamicina amb eix central i col·locació de tracció trans TTA.

21.02.14 obtenció de pedicle de peroné de 18 cm amb illa cutània identificació de branca perforant femoral i extracció de ciment, conformació d'al·loempelt d'os a defecte estructural de 13 cm.

Col·locació de clau endomedullar amb encerrojado proximal i distal més sarcòfag a empelt de banc i col·locació en marqueteria de peroné vascularitzat anastomosado a ram descendent d'artèria circumflexa femoral externa. En forma terminologia teminal, i vena col·lateral de penjoll a vena col·lateral de ram descendent en terme terminal. En penjoll peroné es deixa illa cutània de testimoni. Tancament de zona donadora del penjoll per plans més empelt laminar per a zona distal.

Material i mètode

Fractura de fèmur esquerre Oberta Grau IIIA tractada en 3 temps:

Fixat Extern

Espaiador amb Gentamicina

Al·loempelt més peroné ipsilateral vascularitzat.

Resultats

Pacient evoluciona favorablement, afebril, BEG, pacient inicia RHB i FST als 12 dies postoperatori, primer sedestació, després bipedestació amb caminadors, ja controla bipedestació amb crosses. Radiològicament només tenim 3 setmanes postoperatories pel que hem d'esperar resultats de consolidació però clínicament i funcionalment presenta excel·lents resultats.

Conclusions

Els Al·loempelts estructurals són una eina terapèutica de reconstrucció en cirurgia ortopèdica / traumatologia, sembla que hi ha una certa evidència que l'al·loempelt afavoreix la seva pròpia vascularització, però l'avantatge de peroné vascularitzat, és que s'uneix amb la mateixa velocitat de l'os normal, combinant ambdós tractaments obtenim: estabilitat (al·loempelt) i capacitat biològica (penjoll ossi vascularitzat).

P18

FRACTURA D'INSERT ACETABULAR DE CERÀMICA DELTA EN ARTROPLASTIA TOTAL DE MALUC DESPRÉS DE MALA ORIENTACIÓ QUIRÚRGICA A PROPÒSIT D'UN CAS

Méndez Sánchez, G.J., Hernández Martínez, A., Azorín Zafrilla, L.M. Llata Salles, J., Peña Wagner, D.R., Cáceres Palou, E.

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona

Keywords: Fractura Ceràmica, Insert Acetabular, Artroplastia Total De Maluc.

Introducció i objectius

Les fractures de l'insert acetabular en artroplàstia total de maluc (ATM) és una troballa poc freqüent. Des de l'inici del seu ús a mitjans dels anys setanta en l'ATM el parell de fricció Ce-Ce ha presentat excel·lents resultats, sent la seva fractura o desgast accelerat un procés excepcional i que té més relació amb l'acte quirúrgic que amb la durabilitat de l'implant.

Material i mètode

Presentem el cas clínic d'un pacient home de 62 anys d'edat que acudeix a consultes d'aquest centre als 4 mesos del postoperatori d'ATM dreta per molèsties i sorolls a la deambulació sense prèvia caiguda, traumatisme o desencadenants. Se sol·liciten radiografies control dels 4 mesos postoperatoris i es comparen amb les postoperatories immediates evidenciant una mala col·locació de l'insert acetabular amb la conseqüent fractura del mateix i la falla mecànica que afecta el pacient. Es procedeix a la revisió quirúrgica de l'artroplàstia evidenciant fractura de l'insert acetabular amb conminució del mateix i sense afectació de la copa acetabular ni del con Morse del coll femoral. Es realitza recanvi de les parts mòbils per ceràmica Delta tant de l'insert com del cap femoral amb un nou mòdul de coll femoral.

Resultats

En el postoperatori immediat, el pacient va presentar un curs correcte, iniciant sedestació a les 48 hores i deambulació assistida a les 72 hores. Posteriorment ha anat augmentant la deambulació progressivament presentant millora de dolor en maluc. Actualment el pacient als 6 mesos postoperatoris presenta control clínic i radiològic correcte, no es queixa de dolor ni molèsties de maluc intervinguda i refereix desaparició de soroll de maluc intervinguda amb la deambulació.

Conclusions

Les fractures de ceràmica en ATM són troballes rars però cada vegada més freqüents a causa de la seua major utilització. El soroll del maluc intervinguda és el signe més comú i sol anticipar la falla del material. El factor de risc més important

associat sembla ser l'orientació de la copa acetabular i la conservació anatòmica del centre de rotació del maluc. La revisió quirúrgica primerenca s'associa a menors taxes de fallada de material. L'elecció del nou parell de fricció és un tema encara controversial.

P19

UTILITAT DE LA MODULARITAT DEL COLL FEMORAL DAVANT UN CAS DE LUXACIÓ ANTERIOR EN ATM PRIMÀRIA

Méndez Sánchez, G.J., Llata Salles, J., Peña Wagner, D.R., Azorín Zafrilla, L.M., Hernández Martínez, A., Cáceres Palou, E.

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona

Keywords: Luxació Anterior, Coll Femoral, Modularitat En PTC

Introducció i objectius

La luxació és la principal complicació en ATM, però les luxacions anteriors són dins el total de luxacions molt menys freqüents representant des del 3 al 16% de tots els casos en pacients intervinguts mitjançant abordatge posterolateral.

Material i mètode

Presentem el cas clínic d'un pacient home de 73 anys d'edat en la seva segona setmana postoperatoria d'ATM esquerra que és remès per dolor i limitació funcional posteriorment a mal gest després de l'incorporació des del llit. Va ser valorat en urgències on clínicament presenta rotació externa, abducció i extensió de maluc amb limitació funcional i es confirma amb radiografies la luxació anterior de ATM esquerra, sent la causa un pinçament femoroisquial causa d'una anteversió combinada excessiva tant del component acetabular amb el femoral 61° mitjançant TAC. Es decideix dur a taula quirúrgica i per mitjà de l'ús de la modularitat del coll femoral de sistema Profemur, reorientar la relació del còtil amb la tija, procedint al recanvi del component femoral i el mòdul del coll, millorant l'offset sense augmentar longitud de la extremitat.

Resultats

Pacient als 6 mesos postoperatoris sense nous episodis de luxació, es va mantenir en rehabilitació durant els primers 3 mesos amb un dispositiu antiluxació i actualment es troba amb deambulació autònoma sense ajuda de caminador ni croses i sense sensació de dismetria d'EEII. En TAC de control s'evidencia una mínima retroversió del coll respecte al plançó amb un angle de anteversió del coll previ de 34° i actual de 26°, amb un augment de la distància entre el marge femoral i isqui.

Conclusions

La luxació anterior de ATM operada per l'abordatge posterolateral no és una complicació poc freqüent (3-16% de totes). Es presenta en el postoperatori d'hora i la població en risc inclou els pacients d'edat avançada amb un alt índex de massa corporal i pacients amb displàsia congènita o osteonecrosi del maluc. Es produeix en relació amb la mala orientació dels implants associats amb anteversió excessiva dels components femorals i/o acetabular.

L'ús de pròtesis de maluc modulars ens permet en aquest cas la reorientació dels components, permetent millorar l'offset i la relació dels components sense necessitat d'una cirurgia més agressiva.

P20

FRACTURA PER ESTRÈS SUBCAPITAL DE FÈMUR I FONS DE CÒTILA EN PACIENT PORTADORA DE PTG IPSILATERAL. A PROPÒSIT D'UN CAS

Anglada Torres, N., Mateu Vicent, D., Sabatés Mallorques, S., Cabré Serres, J.Ll., Anglès Crespo, F.

Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Barcelona

Keywords: Fractura Estrès, Fractura Fons Còtila, Pròtesi Total de Genoll

Introducció i objectius

La fractura per estrès subcapital de fèmur després de PTG (pròtesi total de genoll) és una complicació rara que apareix entre els 2-17 mesos després de la intervenció. S'han descrit 23 casos a la literatura. La majoria d'autors proposa que la correcció de grans deformitats del genoll i el sedentarisme preoperatori podrien contribuir en l'aparició de la complicació.

Material i mètode

Presentem el cas d'una dona de 78 anys amb gonartrosi tricompartmental del genoll dret i genu valg amb eix mecànic de 15°. Com antecedents patològics presenta hipertensió arterial en tractament farmacològic. L'octubre del 2013 s'implanta PTG estabilitzada posterior mitjançant artrotomia parapatelar externa. Durant el postoperatori immediat no destaquen incidències. La pacient realitza el seguiment de la PTG als 3 mesos amb una evolució favorable. Als 4 mesos la pacient acudeix a urgències per coxàlgia sense antecedent traumàtic ni febre. En la radiografia simple de maluc s'aprecia imatge compatible amb necrosis del cap femoral pel que es sol·licita gamma-grafia òssia per a confirmar el diagnòstic.

Durant la espera de la prova, la pacient acudeix a urgències amb dolor i imпотència funcional. En la radiografia simple s'observa una fractura subcapital de fèmur i fractura de fons de còtila.

Resultats

Es decideix col·locar una artroplàstia total de maluc (PTM) amb el vàstag cimentat i còtil impactat i cargolat per tal d'evitar la interposició del ciment en la consolidació de la fractura. S'envia mostra a anatomia patològica que descarta patologia tumoral.

Actualment la pacient realitza deambulació assistida amb dues crosses.

Conclusió

La fractura per estrès subcapital de fèmur després de PTG ipsilateral és una entitat que s'ha de tenir en compte en pacients que refereixen dolor angonal insidiós sense antecedent traumàtic. Vàries hipòtesis s'han formulat, com ara els canvis en l'eix mecànic de l'extremitat, canvis en les zones de càrrega en la correcció de grans deformitats, la utilització de pròtesis concretes, la osteopènia per desús, entre d'altres.

En el nostre cas es tractava d'un genu valg que es va corregir amb la col·locació d'una artroplàstia estabilitzada posterior en una pacient d'edat avançada amb una mobilitat reduïda abans de la intervenció.

P21

RUPTURA DEL VÀSTEG FEMORAL COM A CAUSA DE FRACÀS EN L'ARTROPLASTIA TOTAL DE MALUC

Lizano Díez, X., Alentorn Geli, E., Marqués López, F., León García, A., Mestre Cortadellas, C.

Parc de Salut Mar, Barcelona

Keywords: Ruptura Vàsteg, Artroplàstia Total Maluc, Fracàs

Introducció i objectius

La ruptura del vàsteg femoral a l'artroplàstia total de maluc (ATM) és una complicació poc freqüent. Tanmateix, el seu tractament és un repte, degut a la dificultat en l'extracció del fragment distal i la fixació de la pròtesi de revisió. L'objectiu d'aquesta presentació és mostrar la nostra experiència en el reemplaçament del vàsteg femoral en casos de fracàs per ruptura, utilitzant pròtesis Revitan (Zimmer) com a pròtesi de revisió.

Material i mètode

Revisió de 4 casos de ruptures de vàsteg femoral tractades a la nostra institució entre els anys 2009 i 2011. En tres casos, les pròtesis van ser modul·lars no cimentades mentre que al cas restant es va tractar d'una no modul·lar cimentada. L'edat mitja dels pacients va ser de 62,75 anys (42-75) i es va realitzar seguiment durant 27,75 mesos de mitja (27-35). Tots els pacients van ser sotmesos a abordatge transfemoral i pròtesi de revisió modul·lar Revitan (Zimmer). Es va dur a terme només un enfornat distal. Per l'avaluació clínica es va

mesurar el dolor, la capacitat de caminar i el balanç articular del maluc segons l'escala de Merle d'Aubigné i Postel (rang d'1 a 6) pre i postoperatori.

Resultats

Les tres pròtesis modul·lars no cimentades van presentar fractura a nivell de la unió entre mòduls. Després de l'artroplàstia de revisió només un pacient (25% del total de casos) va requerir un nou reemplaçament degut a aflluixament aseptíic al mes 21. Un altre pacient va requerir osteosíntesi a causa d'una fractura periprotèsica Vancouver C, sense aflluixament protèsic. La mitja de puntuació a l'escala de Merle d'Aubigné en l'últim seguiment va ser de 5,25 per al dolor, 5 per funció i 4 pel rang de moviment. La mortalitat per causes no relacionades amb l'operació va ser del 25% al llarg del seguiment.

Conclusió

Les pròtesis modul·lars compten amb una major taxa de ruptura, sobretot a la unió dels diferents mòduls. Existeixen diverses tècniques per a l'eliminació del component femoral. L'abordatge transfemoral per a l'extracció i fixació amb cerclatge i pròtesi de revisió Revitan (Zimmer) amb o sense enfornat distal, han proporcionat una bona evolució clínica i funcional en la nostra institució.

P22

FRACTURA SUBCAPITAL DE FÈMUR NO TRAUMÀTICA EN EL PACIENT JOVE

Madirolas Alonso, X., Muñoz-Vives, J.M.^a, Graells Alonso, G.

Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona

Introducció i objectius

Les fractures subcapitals de fèmur en el pacient jove representen un repte pel que respecta al tractament òptim. La preservació de la irrigació per evitar l'osteonecrosi del cap femoral és l'objectiu de la cirurgia i representa el gran repte perquè la cirurgia sigui exitosa.

Les proves complementàries diagnòstiques i la planificació de la cirurgia representen una gran part del tractament, ja que la decisió terapèutica es basarà en el resultat d'aquestes.

Material i mètode

S'explica el cas d'una pacient de 29 anys sense AP ni AMC que després de consultar en varies ocasions per coxalgia arrel d'una caiguda de pròpia alçada d'un mes d'evolució es diagnosticada de fractura subcapital Garden IV de fèmur esquerra.

Va ingressar en el nostre centre, col·locant-se una tracció tranesquelètica amb 8 Kgs de pes. Se li va realitzar estudi amb Ressonància magnètica per veure la viabilitat del cap.

Resultats

Les proves complementàries van descartar l'osteonecrosi pel que finalment es va realitzar osteosíntesi amb placa cargol tipus DHS.

A la cirurgia es va realitzar un abordatge segur anterior al maluc Smith-Phetersen per orientar el cap femoral i aconseguir una alineació amb el coll femoral per a poder realitzar l'osteosíntesi. La qual es va aconseguir amb un clau placa DHS per un abordatge lateral.

En els controls ha mantingut una evolució correcte, sense dolor, correcte deambulació i formació de call ossi a l'any.

Conclusió

Les fractures subcapitals de fèmur en el pacient jove representen un percentatge molt petit respecte a les fractures en els ancians. És de vital importància realitzar una cirurgia que intenti preservar la irrigació del cap femoral així com un abordatge segur al maluc donada la irrigació capsular i la seva anatomia. L'osteosíntesi amb placa cargol tipus DHS és una bona solució per aquestes fractures en el pacient jove quan l'objectiu és preservar el cap femoral.

P23

REpte QUIRÚRGIC: ARTOPLÀSTIA DE GENOLL EN UN PACIENT AMB ARTROPATIA DE CHARCOT BILATERAL. A PROPÒSIT D'UN CAS

Rodríguez Bascones, K.¹, Oliver Far, G.², Sánchez Martínez, M.², Portabella Blavia, F.³

1. Metge Resident COT, Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona
2. Facultatiu Especialista, Unitat de Genoll, Servei de COT, Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona
3. Cap de Servei, Servei de COT, Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Keywords: *Repte, Artroplàstia, Genoll, Artropatia, Charcot*

Introducció i objectius

L'artropatia de Charcot és una artropatia neuropàtica causada per un component sensitivomotor i propioceptiu provocant grans deformitats articulars, inestabilitat i dolor. Clàssicament el tractament quirúrgic d'elecció en la gonartropatia de Charcot era l'artròdesi ja que l'artroplàstia esdevenia una contraindicació important per les característiques dels pacients i les nombroses complicacions que apareixien.

Presentem el cas d'un noi de 25 anys amb neuropatia hereditària tipus IV caracteritzada per anhidrosi i absència de sensibilitat al dolor, presentant gonartropatia de Charcot bilateral, amb artròdesi de genoll esquerre a la infància i ús

de bitutor al dret. Arriba derivat a la nostra unitat per inestabilitat severa de genoll dret, esdevenint una incapacitat total per la deambulació malgrat l'ús de bitutor llarg. Tenint en compte les característiques del pacient i advertint de les complicacions que podien aparèixer, es va decidir realitzar artroplàstia de genoll dret per millorar la funcionalitat i mobilitat del pacient en el desenvolupament de les activitats de la vida diària.

Material i mètode

Amb les radiografies de front i perfil de genoll així com telemetria d'extremitats, vàrem decidir la implantació d'una artroplàstia tipus RHK.

Intraoperatòriament, rere la capsulotomia i sinovectomia, identificàrem la interlínia articular. A continuació vàrem realitzar una osteotomia a mà alçada del còndil medial femoral per facilitar la implantació de la guia femoral i realitzar les osteotomies dels còndils femorals. Vàrem continuar amb l'osteotomia tibial guiada i la implantació dels components de prova, constatant una subluxació de la patella que va comportar la realització d'una osteotomia lateral de la mateixa per a aconseguir una correcta alineació articular. Finalment es van implantar els components definitius cimentats amb vàstag llarg, i per últim, la fixació de la frontissa i comprovació de l'estabilitat de l'artroplàstia. Les radiografies de control van ser satisfactòries.

Resultats

La cirurgia va esdevenir exitosa, sense complicacions intraoperatòries ni postquirúrgiques. El balanç articular inicial va ser de 50°. Actualment el pacient es troba en la primera setmana postoperatòria.

Conclusió

L'artroplàstia de genoll en l'artropatia de Charcot esdevé un gran repte pels cirurgians ortopèdics. Amb una planificació quirúrgica curosa, la selecció de l'artroplàstia adequada i una tècnica quirúrgica realitzada per cirurgians experts, es poden obtenir uns resultats òptims.

P24

LUXACIÓ POC FREQUENT D'ARTROPLÀSTIA DE GENOLL TIPUS FRONTISSA ROTATÒRIA AMB COMPONENT ANTI-LUXANT

Acerboni Flores, F., García Rodríguez, R., Torner Pifarré, P.
Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

Keywords: Luxació, Frontissa, Antiluxant

Introducció i objectius

Les pròtesis totals de genolls tipus frontissa donen gran estabilitat a genolls amb falta de subjecció lligamentosa o com a revisió de PTG primàries que fracassen. Aquestes poden presentar un component antiluxant com era el nostre cas. El nostre objectiu serà registrar i documentar una complicació rara en pròtesi de tipus frontissa amb aquest component.

Material i mètode

Pacient de 64 anys que va acudir a urgències del nostre centre referint gonàlgia i limitació funcional de 2 dies d'evolució després de mal gest. La pacient estava intervinguda d'aquest genoll en múltiples ocasions. La primera va ser per implantar una PTG tipus PS que va presentar luxació de la mateixa, i va requerir recanviar-la i fer-la constrenyida (CCK). Aquesta es va tornar a complicar amb una infecció i es va realitzar un recanvi en 2 temps. Tot seguit es va col·locar la pròtesi tipus Endo-Model frontissa rotatòria (Waldemar-LinK) amb component antiluxant que era la que actualment portava la pacient.

Tot i això, la pròtesi va tornar a patir una luxació que provocava dolor i inestabilitat i era el motiu pel qual va consultar.

Resultats

Es va intentar reducció tancada en urgències amb bon resultat ja que no presentava la deformitat inicial però sense la sensació d'haver-la reduït completament. A quiròfan es va objectivar reducció correcta però ruptura del polietilè del component central femoral, sense signes d'afluïxament a la resta de l'artroplàstia. Es va recanviar el component trencat i el polietilè.

Conclusió

És molt estrany trobar casos en els quals portant una frontissa amb component antiluxant arribi a sortir i s'aconsegueixi una reducció tancada. El nostre cas, després de comprovar la correcta col·locació de la pròtesi, ens va fer pensar que la ruptura del component central femoral va poder influir en que perdés el press-fit del pivot tibial atorgant més mobilitat i facilitant la luxació.

P25

FRACTURA-LUXACIÓ DE GENOLL I LES SEVES COMPLICACIONS NEUROVASCULARS: A PROPÒSIT D'UN CAS

Belerdas Fernández, E., Vilabrú Pagés, N., Aldirra Taha, S., Baraldes Canal, M., Noriego Muñoz, D., Froufe Siota, M.À.
Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona

Keywords: Complicacions, Neurovasculars, Luxació, Genoll

Introducció i objectius

Les fractures de meseta tibial tipus Schatzker IV representen aproximadament un 10% de totes les fractures de meseta. Habitualment presenten un gran percentatge de complicacions neurovasculars, fins i tot en fractures amb desplaçament mínim. Presentem el cas d'un home de 35 anys que pateix una fractura-luxació de meseta tibial dreta després d'un traumatisme de baixa energia, derivat al nostre centre per suspita d'isquemia aguda de l'extremitat inferior afectada.

Material i mètode

El pacient presentava pal·lidesa, fredor i impotència funcional de l'extremitat. No es van trobar polsos i referia hipoestèsia al peu ipsilateral. A les RX es va evidenciar una fractura de meseta tibial tipus Schatzker IV mínimament desplaçada. Es va decidir realitzar una arteriografia urgent que va confirmar una secció completa de l'artèria poplítica. Es va realitzar una estabilització mitjançant un fixador extern i un by-pass d'urgència per restaurar la vascularització de l'extremitat.

Resultats

Al postoperatori immediat no es va objectivar la presència de pols, pel que va ser reintervingut en menys de 24 h per part de Cirurgia Vascular, realitzant-se nou by-pass, amb bona evolució. Actualment, el pacient es manté amb fixador extern, amb impossibilitat per la flexo-extensió del turmell i hipoestèsia a la regió plantar i dorsal del peu. S'ha decidit realitzar tractament amb fixador extern degut a les característiques de la fractura i les lesions associades.

Conclusió

La fractura-luxació de genoll es una lesió molt infreqüent, però que pot associar complicacions greus. S'han descrit complicacions vasculars en fins al 64% dels casos, en els quals es necessària una reparació quirúrgica urgent (abans de 6-8h) per disminuir el risc d'amputació. Així mateix, la lesió nerviosa pot donar-se fins al 40% dels casos, amb predomini de lesió del nervi peroneal. Per això, per una detecció precoç, és necessària una observació propera i constant en cas de fractura-luxació de genoll.

P26

FRACTURA-AVULSIÓ BILATERAL SIMULTÀNIA DE LA TUBEROSITAT TIBIAL ANTERIORS

Natera Cisneros, L., García Jiménez, A., González Rodríguez, J., García Casas, O.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Keywords: Fractura, Avulsió, Bilateral, Tuberositat Tibial Anterior

Introducció i objectius

La fractura-avulsió de la tuberositat tibial anterior (FATTA) és una lesió molt infreqüent, sent la variant bilateral simultània realment excepcional. Quan es presenta, és en adolescents masculins en el context d'un salt, i es relaciona amb una capacitat insuficient d'una tuberositat tibial anterior (TTA) immadura, de resistir les tensions que suposa el mecanisme extensor.

Material i mètode

Presentem el cas d'un adolescent masculí de 13 anys que va presentar una FATTA bilateral simultània en el context d'aterratge després d'un salt, realitzant tractament mitjançant reducció oberta i fixació interna (RAFI) amb cargols canulados.

Resultats

Als 15 mesos de seguiment després de la intervenció, el pacient no referia dolor i el balanç articular era de 0-130°. Presentava mínimes molèsties relacionades amb els cargols a agenollar.

Conclusió

Es postula que aquesta infreqüent lesió es presenta preponderantment en homes, ja que el tancament fisari de la TTA en aquests és més tardà que en les femelles. Fins ara s'han reportat 22 casos de fatta bilateral simultània, sent el nostre el número 23. La RAFI és necessària en gairebé tots els casos, sent els resultats excel·lents sense complicacions significatives.

P27

MÚLTIPLES COMPLICACIONS DE PTG EN PACIENT AFECTE DE LUPUS ERITEMATÓS SISTÈMIC

Cruz Sánchez, M., Gamba, C., Alier Fabrego, A., Sánchez Soler, J.F., Martínez Díaz, S., Puig Verdú, Ll.

Parc de Salut Mar, Barcelona

Keywords: PTG, Fractura Periprotèsica, Infecció, Lupus Eritematos

Introducció i objectius

Les malalties sistèmiques com el Lupus Eritematos tenen un risc elevat de presentar complicacions sèptiques en la cirurgia protèsica de genoll degut a la immunodepressió per la teràpia crònica corticoidea, a més d'un elevat risc de fractura periprotèsica per osteoporosis. Presentem un cas clínic representatiu en què se succeeixen múltiples complicacions excepcionals.

Material i mètode

Dona de 74 anys amb antecedent de Lupus eritematos en tractament crònic amb Prednisona. És intervinguda de gonartrosi mitjançant artroplàstia total mostrant una evolució satisfactòria. A l'any de la cirurgia presenta una infecció aguda per *Pasteurella Multocida* després de la mossegada de gat, la qual es tracta mitjançant desbridament, recanvi de components mòbils i antibiòticoteràpia amb correcta evolució. Als dos anys presenta una infecció aguda hematògena secundària a una úlcera vascular pretibial que s'intervé seguint el mateix procediment i s'obté un bon resultat.

Als 3 anys pateix una fractura oberta grau II periprotèsica tipus II de la classificació Lewis - Rorabeck que es sintetitza mitjançant una placa LISS. Segueix mala evolució per infecció de la ferida quirúrgica requerint dos desbridaments, retirada de la placa LISS i fixació externa. Malgrat això, la infecció progressa i requereix un recanvi en 2 temps amb una reseció femoral massiva que ens obliga confeccionar de manera manual un original espaiador de ciment de grans dimensions i una pròtesi tumoral definitiva.

Resultats

La pacient presenta una evolució satisfactòria presentant als 6 mesos postoperatoris una puntuació segons el Knee Society Score de 75 i 50 punts en els aspectes objectiu i funció. No presenta signes clínics ni analítics d'infecció.

Conclusió

L'aparició de complicacions infreqüents en la cirurgia protèsica com la infecció i fractures periprotèsicas són un repte per al cirurgià ortopèdic.

El tractament multidisciplinar i l'opció terapèutica d'un recanvi en dos temps amb una pròtesi tumoral han resultat efectius per a la resolució del cas.

P28

LESIONS CIÀTIC POPLITI EXTERN AMB REPERCUSSIÓ DISTAL

Souza Virgolino, B., Alonso-Rodríguez Piedra, J., López Ruiz, B., Puñet Blanco, E., Gasch Blasi, J.

Consorci Sanitari de Terrassa, Barcelona

Keywords: Lesió Ciàtic, Peu, Disestèsia

Introducció i objectius

Les afectacions dels nervis perifèrics poden causar simptomatologia sensitiva i motora en localitzacions més distals a la zona de lesió.

Presentem 4 casos de diferents mecanismes de lesió del nervi peroneo comú (CPE) que reflexa la tesi anterior amb la seva evolució final.

Material i mètode

Es presenten els quatre casos. S'ha analitzat la història clínica i s'ha realitzat una exploració prèvia i després de la resolució dels casos. També s'especifica la cirurgia o l'estratègia que s'ha fet servir per solucionar els casos.

Resultats

El primer cas mostra una afectació del CPE per compressió d'un ganglió a nivell de l'articulació tibioperonea dreta, que es va solucionar amb una exèresi del ganglió.

El segon cas mostra una afectació del CPI i CPE per contusió directa associat a una fractura de la meseta tibial externa, amb un EMG que indicava lesió permanent del CPE, raó per la qual es va plantejar una transposició del tibial posterior.

El tercer cas és una lesió iatrogènica del CPE després de realitzar una sutura d'una ferida incisocontusa a la regió de l'articulació tibioperoneal, que es va resoldre espontàniament després de més d'1 any de tractament conservador i rehabilitació.

El darrer cas és una compressió del CPE per un osteocondroma amb una clínica de cremor a nivell de la vora externa del peu, sense dèficit motor (territori del sural).

Conclusió

El nervi peroneal comú o les seves ramificacions pot ser lesionat per diferents mecanismes i a diferents zones del seu recorregut, sent una zona amb alta predisposició a nivell de l'articulació tibioperonea proximal.

La simptomatologia motora i/o sensitiva del turmell i peu no sempre estan relacionades amb una lesió local, raó per la qual és important conèixer l'anatomia, explorar i buscar lesions a regions proximals dels nervis perifèrics.

P29

LUXACIÓ INVETERADA DE RÒTULA. A PROPÒSIT D'UN CAS

Ferrer-Catasús, T., Pelfort López, X., Míguez, P., Sánchez Soler, J.F., Leal Blanquet, J., Monllau García, J.C.

Parc de Salut Mar, Barcelona

Introducció i objectius

Presentem el cas d'una pacient de 63 anys que consulta al nostre servei per caigudes repetides i inestabilitat de l'aparell extensor. Com antecedent quirúrgic presenta una cirurgia per inestabilitat patel·lar en la infància.

Material i mètode

Les proves complementàries realitzades van mostrar una bàscula rotuliana i TA-GT esquerres augmentades, de 32° i 16 mm respectivament.

Es va decidir fer una medialització i descens de la TTA, amb realineació proximal i distal, associat a una reconstrucció del LPFM mitjançant plàstia de ST.

Resultats

Després de la intervenció el recorregut patel·lar resultava correcte i es va comprovar una millora dels paràmetres radiològics, així com l'absència de repetició dels episodis de luxació.

Actualment, un any després de la cirurgia, la pacient presenta un balanç articular de 0-0-110° i no presenta dolor.

Conclusió

La pacient, després de l'esmentada intervenció de realineació de l'aparell extensor, presenta un resultat clínic - funcional satisfactori.

Tot i l'edat de la pacient i atès que no existien canvis degeneratius articulars importants, es va decidir optar per aquesta tècnica quirúrgica.

P30

A PROPÒSIT D'UN CAS: PERONEUS QUARTUS

Parada Avendaño, I., Santamaría Fumas, A., López Capdevila, E., Muriano Royo, J., Montanya, J., Girós Torres, J.

Consorci Sanitari Integral, Sant Joan Despí, Barcelona

Introducció i objectius

El peroneus Quartus és un múscul peroneal accessori que es troba en un 13% de la població inserint-se en calcani, cuboides o tendó del peroneo llarg. Freqüentment és asimptomàtica però de vegades provoca inflamació retromal·leolar, dolor crònic i predisposició a la subluxació del peroneo lateral curt.

Material i mètode

Pacient de 12 anys amb dolor i edema en zona supramel·leolar, en el trajecte dels tendons peroneals del peu dret, d'un any d'evolució. Dolor al caminar i amb l'esport (realitza atletisme) amb balanç articular de turmell a límits sense luxació de peroneals. Presenta deambulació amb retropeu en var i supinació. La RMN realitzada mostra peroneus Quartus com a variant anatòmica sense conflicte d'espai ni ruptura.

Resultats

Actualment compensat amb plantilles, no dolor i iniciació de nou en la pràctica d'atletisme.

Conclusió

En pacients joves en edats per sota de la maduració esquelètica es recomana demorar la cirurgia en la mesura del possible. L'alteració en els eixos de càrrega de les extremitats inferiors com genu var o cavo var poden predisposar a dolor al canal dels peroneals.

P31

MÚLTIPLES RECIDIVES DE LEDERHOSES

Parada Avendaño, I., Moré Douljanovitch, F., Muriano Royo, J., Santamaría Fumas, A., Domínguez Sevilla, A., Girós Torres, J.
Consorti Sanitari Integral, Sant Joan Despí, Barcelona

Introducció i objectius

La fibromatosi plantar és una malaltia poc freqüent que afecta la aponeurosis plantar. El fracàs de les mesures conservadores i els dubtes sobre la seva histologia ens obliguen, en molts casos, a realitzar els tractaments quirúrgics en forma de fasciectomia parcial. Les recidives són freqüents (un 57%) requerint en molts casos unes noves cirurgies.

Material i mètode

Dona de 42 anys que ha requerit quatre intervencions quirúrgiques des del 2005 per malaltia de Lederhose. Presenta dolor per cinquena recidiva, i sense evidències de malignitat en els estudis d'imatge. Es realitza resecció total de la fàscia plantar mitjançant abordatge de Curtin amb informe anatomopatològic compatible amb fibromatosi plantar en fase involutiva i absència de signes de malignitat. Ús de sabata plana rígida les primeres setmanes postoperatòries.

Resultats

S'aconsegueix desaparició del dolor i normalització de la distribució de pressió plantar amb l'ús de plantilles.

Conclusió

La fasciectomia parcial és el tractament quirúrgic estàndard per a la malaltia de Lederhose, però presenta un alt índex de complicacions i recidives. En aquests casos es recomana fasciectomia total i un control posterior amb mesures ortèsiques.

P32

ENUCLEACIÓ OBERTA DE L'ASTRÀGAL. A TOMB D'UN CAS

Nuria Boó Gustems, Mariano Balaguer Castro, Aldo Velasco Barrera, Xavier Solernou Soler, Jose Antonio González Vargas
Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

Keywords: Enucleació, Oberta, Astràgal

Introducció i objectius

L'enucleació oberta o luxació total d'astràgal és una lesió rara que inclou la luxació tibio-astragalina, subastragalina i astràgal-escafoidea. S'observa en pacients amb traumatismes d'alta energia amb supinació i flexió plantar del peu. Els principis bàsics del maneig d'aquesta lesió consisteixen en un ràpid diagnòstic, reducció, fixació, cura de les ferides i manipulació cuidadosa dels teixits tous. Les luxacions de l'astràgal es classifiquen en simple, doble luxació i triple luxació o enucleació.

Material i mètode

Presentem una dona de 38 anys, gestant de 8 setmanes, que acudeix al nostre servei d'urgències després de caiguda accidental d'un cavall.

A l'exploració del turmell esquerra presenta exposició completa d'astràgal amb ferida de quatre centímetres a nivell del mal·leol tibial i absència de pols pedi. Es van realitzar radiografies anteroposterior i perfil de turmell objectivant-se una enucleació medial oberta d'astràgal.

La pacient és intervinguda d'urgències realitzant-se desbridament, rentat abundant de la ferida i s'inicia antibioteràpia endovenosa. Es procedeix a la reducció de l'astràgal apreciand-se luxació del tendó tibial posterior i afectació d'artèria i vena tibial posterior amb indemnitat del nervi tibial posterior. Sota control de fluoroscòpia es realitza osteosíntesi temporal percutània amb agulles de Kirschner de 2 mm de les articulacions subastragalina i astràgal-escafoidea i fixació externa tipus prefix amb dos visos tibials, un transfixiant de calcani i a base de segon metatarsià.

A les 7 setmanes de la intervenció es retira la fixació externa i agulles de Kirschner i s'immobilitza amb una botina de guix.

A les 9 setmanes, la pacient inicia càrrega parcial de l'extremitat amb ajuda de tutors externs i rehabilitació.

Resultats

Als 4 mesos postoperatoris la pacient presenta rigidesa de turmell amb flexo-extensió $-5^{\circ}/40^{\circ}$, força muscular tibial anterior 3/5 i peroneals 5/5, síndrome de dolor regional complex amb edema, sudoració del peu i eritema i neuropatia del nervi tibial posterior amb disestèsies de la regió plantar.

Durant tot el procés la pacient no ha presentat cap complicació sèptica ni necrosi avascular d'astràgal.

Conclusió

És una entitat infreqüent, representa el 0.06% de totes les luxacions i el 2% de les luxacions de turmell.

Típicament s'acompanya de gran lesió de teixits tous amb compromís de la vascularització de l'astràgal que pot acabar amb seqüeles com necrosi avascular i artropatia tardana recomençant-se la triple artròdesi o artròdesi tibiotocalcània.

P33

ENUCLEACIÓ D'ASTRÀGAL. A PROPÒSIT D'UN CAS

Fontalva Guerrero, M^a.L., Pablos González, O., Pérez Fernández, A., Rodríguez Bascones, K., Portabella Blavia, F.

Hospital Universitari de Bellvitge, l'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Introducció i objectius

L'enucleació completa de l'astràgal amb pèrdua de les seves connexions amb la resta de l'articulació del turmell, és un traumatisme poc freqüent que es produeix en el 3-4% de les luxacions del turmell, i que en el 75% es tracten de traumatismes oberts.

Presentem un cas clínic amb una enucleació completa de l'astràgal amb el curs clínic i revisió de la literatura.

Material i mètode

Home de 57 anys que arriba a urgències després d'accident de motocicleta, en el que presentava fractura oberta Grau IIIB de turmell esquerre amb enucleació de l'astràgal, sense altres lesions associades.

Es procedeix a reducció oberta de l'astràgal amb sutura de la càpsula anteromedial i lligament deltoideo i reinserció del tendó tibial posterior i immobilització amb botina de guix.

Es va iniciar protocol de tractament profilàctic per a les fractures obertes amb cefuroxima i tobramicina.

Durant el postoperatori immediat i en dies posteriors bona evolució, realitzant cures de les ferides, que no van mostrar signes sèptics en cap moment.

Resultats

Es va mantenir immobilitzat i en descàrrega 12 setmanes, permetint posteriorment càrrega parcial durant 1 mes i més

tard, progressiva segons tolerància. La ferida cutània va evolucionar a la necrosi dels marges i es va tractar amb cures tòpiques i empelts cutanis.

Actualment, amb 6 mesos d'evolució des de la lesió, presenta un recolçament de l'extremitat adequat i no dolorós amb balanç articular complet. La radiografia i la RM descarten osteonecrosi de l'astràgal i confirmen la correcta alineació articular.

Conclusió

La luxació de l'astràgal és un traumatisme excepcional, que es produeix en gent activa, i que comporta com a major complicació la necrosi avascular i artrosis secundària, el que pot resultar en la necessitat de realitzar una artròdesi de turmell, així com també osteomielitis, en el cas de les fractures obertes, i rigidesa. El pronòstic depèn de la brevetat amb la que es produeix la reducció, essent una verdadera urgència.

Aquest cas sembla que no evoluciona ni cap a la necrosi avascular ni la artropatia precoç, tot i que el temps de seguiment sigui curt, i haurem d'esperar l'evolució en els propers mesos.

P34

COMPLICACIONS I TRACTAMENT DE FRACTURA BIMAL-LEOLAR DE TURMELL

Balcells Nolla, P., Martí Garín, D., Huguet Boqueras, J., Balaguer Castro, M., Torner Pifarré, P.

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

Keywords: Fractura, Turmell, Complicacions, Artròdesi

Introducció i objectius

Les fractures bimal-leolars són molt freqüents en el nostre medi. L'edat avançada i la presència de patologies associades incrementen el risc de complicacions en aquest tipus de fractures, esdevenint un repte major pels metges.

Material i mètode

Presentem el cas d'una dona de 78 anys, autònoma per les activitats de la vida diària, amb antecedents de diabetis mellitus, hipertensió arterial, dislipèmia i paràlisi facial.

Traslladada al nostre centre amb el diagnòstic de fractura bimal-leolar esquerra després d'entorsi de turmell cinc dies abans.

Tractada inicialment de forma conservadora amb guix perquè la pacient prenia AAS 300 mg.

A la seva arribada al servei d'Urgències se li va retirar el guix per valorar l'estat cutani previ a la intervenció quirúrgica, es van evidenciar flictenes hemorràgiques a tot el perímetre del turmell, pel que es va decidir ingressar la pacient per cures i intervenció quirúrgica diferida.

A les quatre setmanes d'evolució de la fractura es va realitzar osteosíntesi de la fractura mitjançant un cerclatge a mal·lèol tibial i placa i visos al mal·lèol peroneal. Donada la inestabilitat de la fractura es va realitzar una artròdesi tibio-astràgal-calcani mitjançant steinman.

Una setmana post cirurgia va presentar necrosi cutània extensa a les zones d'incisió pel que es va retirar tot el material i es va realitzar osteotomia d'ambdós mal·lèols i de la cúpula de l'astràgal, i es va decidir artrodesar l'articulació tibio-astragalina amb un clau retrògrad.

Vuit mesos més tard la pacient va presentar dolor i signes radiològics d'afluixament pel que es va retirar tot el material d'osteosíntesi.

Tres anys més tard la pacient es troba asimptomàtica i deambula autònomament sense ajuda.

Resultats

Les fractures bimal·leolars no són fractures banals que poden presentar un risc elevat de complicacions sobretot en pacients d'edat avançada i amb comorbiditats.

Conclusió

L'artròdesi de turmell pot ser una opció de rescat en cas de fracàs de la osteosíntesi en les fractures bimal·leolars de turmell.

P35

RUPTURA INVETERADA DELS TENDONS PERONEALS, CAS CLÍNIC

Bernal Vargas, J., González Ustes, X., Conesa Muñoz, X., Dellonder Frigolé, J., Parals Granero, F., Novell Alsina, J.
Hospital Municipal Badalona, Barcelona

Keywords: *Ruptura Inveterada, Peroneals, Tenodesis*

Introducció i objectius

El dolor crònic del turmell pot tenir diverses causes: esquinços repetitius, síndrome del túnel del tars, síndrome de l'il·les, del tibial posterior, del flexor llarg del 1er dit i del peroneal lateral curt. D'acord amb la literatura la lesió traumàtica dels tendons peroneals, en especial del tendó peroneal curt, es presenta amb una freqüència de menys de l'11%. La més freqüent és al voltant del mal·lèol peroneal i més rarament a nivell del tubercle peroneal. En cas que la ruptura es consideri irreparable s'ha descrit la transposició del flexor de l'hallux o dels dits.

Material i mètode

Es tracta d'una pacient de 41 anys sense antecedents quirúrgics ni patològics d'interès, que acudeix a la nostre consulta referint un quadre clínic de 2 anys d'evolució de dolor

al mal·lèol peroneal dret, associat a sensació d'impotència funcional i fallo, com antecedent refereix una ferida a la cara externa del turmell dret amb un objecte tallant, va consultar en un altre centre amb el diagnòstic de ferida superficial sense afectació tendinosa la qual va ser suturada amb punts simples i retirats al cap d'una setmana. A la nostre visita tenia la següent exploració física: ferida sense signes d'infecció, una eversió del peu a 0 tant del peroneal lateral curt com el peroneal lateral llarg a més de la impossibilitat per posar-se de puntetes.

Resultats

Vàrem sol·licitar una ressonància magnètica que informa de ruptura completa dels tendons peroneals a l'altura del cos del calcani, es decideix enviar a quiròfan i intervenir mitjançant tenodesis d'ambdós tendons i sutura del retinacle. L'evolució va ser satisfactòria al cap de 2 mesos amb eversió completa i possibilitat per posar-se de puntetes.

Conclusió

La ruptura traumàtica dels peroneals encara que sigui una lesió poc freqüent pot causar greus complicacions funcionals, un diagnòstic precoç amb un tractament oportú i adequat pot generar bons resultats. Presentem el cas d'una pacient amb ruptura traumàtica inveterada d'ambdós peroneals, que malgrat haver fet un diagnòstic tard, els resultats funcionals, després de fer una intervenció quirúrgica, varen ser satisfactoris.

P36

POSSIBILITATS DEL TRACTAMENT NO QUIRÚRGIC EN EL PEU PLA FLEXIBLE. REFLEXIONS A PARTIR D'UN CAS

Gasch Blasi, J.¹, Rubio Montoro, P.²

1. Consorci Sanitari de Terrassa, Barcelona
2. Fisioterapeuta. COS global. Prof U Gimbernat (UAB), Barcelona

Keywords: *Peu Pla Flexible, Tractament Conservador, Fisioteràpia*

Introducció i objectius

El tractament no quirúrgic del peu pla flexible està habitualment poc prestigiat per part dels cirurgians de peu però té unes indicacions clares i unes possibilitats de millora considerables. A partir d'un cas concret analitzat en detall avaluem les possibilitats que ens poden oferir aquests tractaments.

Material i mètode

S'analitza un cas concret, atenent a l'estudi inicial exhaustiu, les tècniques conservadores ofertades i els resultats que s'obtenen a partir d'aquí.

Resultats

Pacient de 44 anys d'edat, esportista de cap de setmana amb peu pla grau II i dolor al tibial posterior. S'identifica un abducto i supinació de l'avantpeu, hipermobilitat de l'articulació de Chopart, retracció dels tendons peroneals i solí amb dolor als punts gatell d'aquest darrer amb flexió dorsal del turmell lleugerament limitada. Presenta un signe del tinell + pel nervi tibial posterior per estirament. La radiologia objectiva una afectació lleu de línia de Meary però sense valguització del retropeu i presenta un índex minus.

Es diagnostica d'insuficiència del tibial posterior amb un lligament en hamaca possiblement no competent.

El tractament conservador es dirigeix per una banda a nivell de l'ús de plantilles d'arc intern i cunya supinadora, i per altra banda, a nivell de fisioteràpia es potencia la tonificació de la musculatura hipoactiva després de restablir la mobilitat articular, miofascial i de parts toves del peu i resta de zones de l'extremitat inferior i columna que influeixen en el patró cinètic alterat. També es realitza una reeducació propioceptiva a nivell del peu i zones proximals de les extremitats afectes. Amb el tractament intens i seguint aquestes pautes el pacient millora de les seves molèsties. Actualment pot continuar amb les seves activitats esportives habituals.

Conclusió

El tractament no quirúrgic en el peu pla flexible té tot un ventall de possibilitats i que pot arribar a ser efectiu en la majoria dels casos. Per poder plantejar-ho cal en primer lloc una exploració acurada i exhaustiva, posteriorment una pauta disciplinada i en darrer lloc uns bons controls. Aquestes tècniques no poden donar resposta a tots els casos però sí a un percentatge important d'ells.

P37

FRACTURA DE TURMELL EN PEU DE CHARCOT. TRACTAMENT MITJANÇANT ARTRÒDESI

Álvarez Gómez, C., Gómez Masdeu, M., Soria Villegas, L., González Lucena, G.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Keywords: Charcot, Neuroartropatia, Fractura Turmell

Introducció i objectius

La neuroartropatia és un procés destructiu ossi que afecta a una articulació denervada, essent la diabetes mellitus la causa principal. Les fases de la malaltia van ser classificades per Eichenholtz.

Les fractures a nivell del turmell i el peu sobre una neuroartropatia de Charcot solen ser secundàries a mecanismes de baixa energia. El tractament d'elecció en la majoria de casos és el con-

servador, amb l'objectiu d'aconseguir un peu el més plantígrad possible i que permeti calçar-se.

En aquells casos en què el tractament conservador no sigui possible, l'artròdesi o la panartròdesi primària poden aportar resultats satisfactoris.

Material i mètode

Pacient dona de 25 anys. DM1 amb múltiples complicacions i neuroartropatia de Charcot amb afectació d'ambdós peus i deformat en mecedora.

Presentava clínica d'úlceres plantars recurrents de predomini dret tractades mitjançant guixos de contacte durant 3 anys, amb dolor neuropàtic.

Al 2011 presenta fractura complexa de turmell dret secundària a un mecanisme d'entorsi, amb lesió de parts toves tipus Tscherne II que va impedir el tractament en agut de la fractura.

Es va decidir realitzar una artròdesi primària de turmell després de la resolució de la fase inflamatòria, amb aport d'al·loempelt ossi i sintetitzat amb 2 cargols canul·lats creuats.

Resultats

Després de 7 mesos amb absència de signes de consolidació, mobilitat del focus de fractura i reabsorció de l'empelt, es decideix realitzar reintervenció quirúrgica, mitjançant una panartròdesi amb un clau retrògrad (associant una regularització de l'exostosi plantar present).

Als 6 mesos de la panartròdesi, es constata la fusió a nivell de l'articulació del turmell a nivell radiològic i clínic.

A l'any, la pacient deambula sense crosses i sense dolor a nivell del peu i turmell, sense presentar processos ulcerosos ni complicacions de parts toves.

Conclusió

L'artròdesi tibiotalar té una alta taxa de complicacions en pacients amb neuroartropatia diabètica.

La panartròdesi primària podria considerar-se com a opció terapèutica en fractures de turmell de pacients amb neuroartropatia.

P38

PEU PLA VALGO ASSOCIAT A COALICIÓ CALCNEO-NAVICULAR. A PROPÒSIT D'UN CAS

Marí Molina, R., Gines Cespedosa, A., Valverde Vilamala, D., Rigol Ramon, P., Zabala Ferrer, S., Monllau García, J.C.

Parc de Salut Mar, Barcelona

Keywords: Peu, Coalició

Introducció i objectius

La resecció quirúrgica de les coalicions tarsals doloroses pot no alleujar la simptomatologia en pacients amb una excessiva deformitat en valg del retropeu i amb una subastragalina amb mobilitat disminuïda.

Material i mètode

Presentem el cas d'un pacient de 19 anys amb podalgia bilateral de quatre anys d'evolució, de predomini dret i amb mala resposta al tractament conservador. Amb el diagnòstic tomogràfic de coalició calcaneo-escafoidea bilateral i la seva associació a un peu pla valg es va intervenir quirúrgicament, realitzant-se una osteotomia d'Evans associada a la resecció de la coalició calcaneo-escafoidea del peu dret.

Resultats

Als sis mesos postoperatoris el pacient presenta un control evolutiu molt satisfactori amb desaparició de la clínica d'instabilitat.

Conclusió

La resecció es considera el tractament d'elecció per a les coalicions tarsals doloroses. La bibliografia actual suggereix que la correcció de la deformitat en valg del retropeu sembla ser tan important com la resecció de la coalició tarsal. Trobem poques referències a la bibliografia sobre correcció de la deformitat del retropeu i coalició calcaneo-navicular, ja que la majoria fan referència a coalicions astràgalo-calcànies.

P39

INESTABILITAT LATERAL DE TURMELL CRÒNICA ASSOCIADA A OS FIBULARE. A PROPÒSIT D'UN CAS

Marí Molina, R., Ginés Cespedosa, A., Valverde Vilamala, D., Rigol Ramon, P., Zabala Ferrer, S., Monllau García, J.C.

Parc de Salut Mar de Barcelona

Keywords: Turmell, Inestabilitat, Os Fibulare

Introducció i objectius

Els esquinços de turmell són les lesions més comuns sofertes durant les activitats esportives. El 20-30% desenvolupen una inestabilitat crònica del turmell. Els ossicles a la punta del mal·lèol lateral (os fibulare) es poden trobar en els pacients amb inestabilitat lateral crònica de turmell.

Material i mètode

Presentem el cas d'un pacient de 29 anys amb una inestabilitat crònica de turmell de 14 mesos d'evolució amb fracàs del tractament conservador. A les exploracions complementàries s'evidencià un os fibulare i un os calcani accessori. Amb el diagnòstic d'instabilitat lateral crònica de turmell associada a os fibulare i os calcani accessori va ser intervingut quirúrgicament, realitzant-se una plàstia anatòmica de Böstrom modificada més una exèresi dels ossos accessoris.

Resultats

El control postoperatori amb sis mesos de seguiment és satisfactori amb desaparició de la clínica d'instabilitat.

Conclusió

La relació entre la presència o la mida d'un os fibulare i el resultat de la reconstrucció del lligament lateral extern és poc coneguda. La bibliografia informa que els turmells amb ossos fibulars petits milloren l'estabilitat en var i anteroposterior amb l'exèresi i la tècnica de Broström modificada. Quan l'os fibulare és gran (>1cm) es recomana la fusió de l'os accessori a la punta del peroné per a millorar no solsament l'instabilitat en var sinó també la inestabilitat anteroposterior.

P40

FRACTURES D'ESTRÈS CONSECUTIVES DELS METATARSIS. A TOMB D'UN CAS

Alonso-Rodríguez Piedra, J., Souza Virgolino, B., Llorens Martínez, X., Gámez Baños, F., Puñet Blanco, E., Gasch Blasi, J.

Consorci Sanitari de Terrassa, Barcelona

Keywords: Fractura Estrès, Metatarsàlgia, Fractures Seqüencials

Introducció i objectius

La metatarsàlgia als pacients reumàtics és una causa freqüent de consulta en ortopèdia. El seu tractament no està ben establert ja que existeixen estudis que mostren que no existeixen diferències entre les diferents tècniques quirúrgiques realitzades.

Presentem una revisió a llarg terme de 14 peus afectes de metatarsàlgia per malalties o avantpeu reumàtic que van ser intervinguts mitjançant ressecció dels caps dels metatarsians centrals.

Material i mètode

Catorze peus reumàtics van ser intervinguts amb un seguiment de 95 mesos (5 anys-8 anys 1m). Els criteris d'exclusió van ser pacients amb temps de seguiment inferior als 5 anys, sense diagnòstic de malaltia reumàtica o avantpeu reumàtic i cas no estabilitzat.

Es van revisar 14 pacients, amb 4 casos bilaterals. La lateralitat va ser 10 esquerres i 4 drets. L'edat a la cirurgia va ser de 69.1 anys (14.7) i trobem un predomini de dones (10 a 4).

Resultats

Nou pacients tenien una AR de base i 5 presentaven un avantpeu reumàtic.

En 14 pacients es va fer una alineació metatarsal, amb 9 artròdesis de la primera metatarsofalàngica. La incisió es va fer via dorsal en 8 casos i plantar en 6.

Les escales de valoració EVA així com satisfacció del pacient i metge van mostrar millores importants als 5 anys de la cirurgia. Les escales AOFAS, SF36 i VAS-FAS també milloraven de manera significativa. A la revisió, la premsa del primer radi era correcta en 10 dels 12 peus operats, les callositats doloroses requerien plantilles en 2 casos i la deambulació amb sabata tancada era confortable en tots els casos.

Conclusió

La ressecció dels caps metatarsals és un mètode adequat pel tractament de les metatarsàlgies en pacients o peus reumàtics amb un manteniment dels resultats clínics a més de 5 anys.

P41

RESULTAT EN OSTEOSÍNTESI DE FRACTURA D'ASTRÀGAL HAWKINS TIPUS III, A PROPÒSIT D'UN CAS

Bernal Vargas, J.G., Esteve Llorens, A., Matas Pareja, M., Albertí Fitó, G.

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona

Keywords: Astràgal, Coll Astragalí, Necrosi Avascular

Introducció i objectius

Les fractures d'astràgal es situen entre les lesions més greus del turmell al presentar una combinació problemàtica: difícil tractament i greus seqüeles. Són poc freqüents (ja que l'astràgal es troba protegit per la potent mortalla òssia i lligamentosa) i habitualment secundàries a traumatismes d'alta energia com accidents de tràfic i precipitacions.

La part més vulnerable al compromís vascular és el coll de l'astràgal, al no tenir artèria nutricional pròpia, ser un os més dens i per tant menys penetrable per la xarxa vascular intraòssia i dependre quasi exclusivament de l'aport vascular dels petits vasos de teixits circumdants.

Presentarem un cas que reflecti el tractament i els resultats en una fractura d'astràgal Hawkins III.

Material i mètode

Diversos autors plantegen resultats descoratjadors en el tractament quirúrgic de fractures Hawkins tipus III per l'alt risc de necrosi avascular (prop del 86%), i per no tenir actualment suficient suport bibliogràfic que demostrï quin és el millor mètode d'osteosíntesi per disminuir el risc d'osteonecrosi i les greus conseqüències que d'aquesta se'n deriven.

Presentem el cas d'un pacient de 43 anys amb fractura de coll d'astràgal tipus III de Hawkins, associada a fractura de mal·lèol tibial, que va ser intervingut en les primeres 6 hores post-traumatisme. Mitjançant un abordatge anteromedial es va realitzar osteosíntesi amb agulles Kirschner (2) en astràgal i un cargol en mal·lèol tibial.

Resultats

Als dos anys de la cirurgia, el pacient presenta tant funcionalitat com consolidació satisfactòries.

Conclusió

Tot i que les fractures Hawkins III de coll d'astràgal són de mal pronòstic per definició, al nostre cas trobem que amb una osteosíntesi acurada i precoç és possible obtenir resultats òptims.

P42

PSEUDOARTROSIS DE CLAVÍCULA TRACTADA AMB EMPELT DE COSTELLA VASCULARITZAT

Fontalva Guerrero, M.^a L., Armengol Barallat, J., Serra Payro, J.M.^a, Bustos Bedoya, P., Pablos González, O., Portabella Blavia, F.

Hospital Universitari de Bellvitge, l'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Introducció i objectius

La pseudoartrosi de clavícula és una complicació freqüent, ja que cada vegada es detecten més, i per l'augment de traumatismes d'alta energia, que són els que han fet que la incidència de defectes ossis i pseudoartrosi atròfiques avasculares hagi augmentat suposen un repte quirúrgic, com en el present cas.

Material i mètode

Dona de 30 anys que al maig de 2007 va presentar una fractura de terç mig de clavícula dreta, tractada de forma conservadora durant 8 mesos. Clínicament presentava àlgies al realitzar esforç i a les proves complementàries s'objectivava una pseudoartrosi atròfica, pel qual es va decidir realitzar una reducció oberta i osteosíntesis amb placa amb aport d'empelt de cresta ilíaca.

L'evolució posterior va ser a la pseudoartrosi atròfica, pel que es decideix nova reintervenció quirúrgica, amb reosteosíntesis, i donat que hi havia una defecte de 2.5 cm aproximadament es va aportar empelt ossi de cresta ilíaca en marqueteria.

En els controls posteriors, va desenvolupar circulació col·lateral, amb episodis repetits d'edema i parestèsies esporàdiques, essent orientada com trombosi de la vena subclàvia. Amb l'aparença clínica i radiogràfica de consolidació òssia, es va decidir fer l'extracció del material d'osteosíntesis i en aquest mateix acte quirúrgic, s'observa focus consolidat per àrea de necrosi d'aproximadament 6 cm.

Al mes de la retirada, va aparèixer dolor sobtat com a conseqüència de refractura.

Donada la història repetida de pseudoartrosi es va decidir realitzar nova intervenció quirúrgica que va consistir en trasposició d'empelt pediculat de fragment de 4a costella ipsilateral amb pedicle vascular rotacional i reosteosíntesis.

Resultats

Bona evolució amb balanç articular lliure i signes incipients de consolidació a les proves d'imatge.

Conclusió

La indicació quirúrgica de les fractures del terç mig de clavícula s'ha incrementat per la detecció de resultats desfavorables amb el tractament conservador quan existeix un escurçament major de 2 cm, comminació i en absència de contacte.

L'augment de la incidència de pseudoartrosi és degut, entre d'altres, a l'increment dels traumatismes d'alta energia.

Per tot això, és important no diferir el tractament conservador més de 3 mesos, restablir la longitud de la clavícula quan hi ha defectes ossis així com també tenir en compte l'empelt vascular en pseudoartrosi atròfiques i vasculares.

P43

TRACTAMENT DE FRACTURA PERIPROTÈSICA D'HÚMER AMB PLACA PHILOS AMB CLAVILLA DE POSICIONAMENT AMB ROSCA, CERCLATGES D'ACER I PLACA D'OS CORTICAL DE CADÀVER

Velasco Barrera, A., López Hervás, S., Huguet Boqueras, J., Yuguero Rodríguez, M.

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

Keywords: Fractura, Periprotèsica, Húmer, Placa, Injert

Introducció i objectius

La prevalença de les fractures periprotèsiques de la diàfisi humeral varia del 0,5% al 2%. La literatura reporta factors de risc com artritis reumatoide, osteoporosi i osteopènia.

Distingim tres tipus: les A s'estenen en sentit proximal des de la punta de la pròtesi; les B estan centrades en la punta de la pròtesi, i les C afecten la diàfisi distalment a la pròtesi. Les fractures tipus A poden necessitar una artroplàstia de revisió. Les B poden tractar-se mitjançant una ortesi si existeix una alineació acceptable. Si no es pot aconseguir una bona alineació o hi ha un retard de la consolidació, es recomana reducció oberta i fixació interna mitjançant placa i cargols i cerclatge de filferro sense retirar la pròtesi. Les C es poden tractar com qualsevol fractura de la porció distal de l'húmer.

Material i mètode

Dona de 80 anys portadora d'artroplàstia invertida d'espatlla per fractura de tres parts de l'húmer dret. Als cinc anys pateix una fractura periprotèsica tipus B per caiguda de la seva pròpia alçada.

Inicialment es va immobilitzar la fractura amb U de Palma. Per abordatge anterolateral, es va col·locar una placa Philos de 10 orificis i 5 cerclatges d'acer de 1.0 mm units a la placa per mitjà de clavilles de posicionament de 3,5 amb rosca per plaques LCP i una placa d'os de cadàver.

Resultats

Prèviament a l'accident la pacient presentava un balanç articular de 110° de flexió, 0° de rotació externa i rotació interna fins L5. Després de tres mesos de l'esdeveniment quirúrgic, el balanç articular és de 45° de flexió, 0° de rotació externa i rotació interna fins al trocànter major. Radiogràficament la

fractura i el material d'osteosíntesi es mantenen adequadament i s'observa un call subtil al mes de la cirurgia.

Conclusió

Les fractures periprotèsiques d'húmer poden resultar en pseudoartrosi, mala consolidació i aflixament de la pròtesi.

Es poden tractar de forma conservadora o quirúrgica. S'aconsella el tractament conservador en cas de fractures obliqües amb alineació acceptable.

Quirúrgicament existeix molta controvèrsia, des de la revisió o recanvi de la pròtesi fins a una osteosíntesi. En traços transversos es recomana l'osteosíntesi amb placa i cerclatges.

P44

FRACTURA DIAFISÀRIA ATÍPICA DE FÈMUR PER BIFOSFONATS, ÉS IMPORTANT L'ESTUDI CONTRALATERAL? A PROPÒSIT D'UN CAS

Manent Molina, A., Adamuz Medina, V., Gardella Gardella, E., González Navarro, A., Norberto Bayona, E., Girós Torres, J.
Consorci Sanitari Integral, Barcelona

Introducció i objectius

Cada cop més estem veient a la nostra pràctica habitual, fractures atípiques relacionades amb la pressa de determinats tipus de fàrmacs com són els bifosfonats. Els bifosfonats inhibeixen l'actuació dels osteoclasts, a la llarga això provoca una acumulació de microfisures que no es remodelen.

Material i mètode

Presentem cas d'una pacient de 64 anys que acudeix a urgències per dolor i impotència funcional extremitat esquerra després d'un traumatisme de baixa energia. Refereix dolor bilateral cuixa de mesos d'evolució. Com a únic antecedent presenta una osteoporosi en tractament amb bifosfonats durant més de 5 anys.

En la radiografia s'observa fractura diafisària de fèmur esquerra 32A2.2 Müller-AO (compatible amb una fractura atípica, transversa de la cortical externa i espícula medial).

Resultats

Degut a les característiques atípiques de la fractura, vam realitzar estudi contralateral amb radiografia, gammagrafia i Tac. Trobant una fractura incompleta de la cortical externa del fèmur dret.

Primer vam realitzar un enclavat endomedullar amb clau expert esquerra (fractura completa) i passat uns dies, vam realitzar l'enclavat profilàctic del fèmur contralateral.

Durant l'ingrés, vam realitzar interconsulta amb reumatologia per control osteogènic posterior.

Bon postoperatori, deambula sense dolor. Fractura en fases de consolidació.

Conclusió

És important en aquest tipus de fractura realitzar un estudi contralateral, ja que moltes tenen una afectació bilateral. També és important un seguiment per reumatologia, per valorar la continuació amb aquests fàrmacs i valorar altres tipus de tractament que favoreixin la consolidació.

P45

FRACTURA DIAFISÀRIA D'HÚMER INUSUAL. A PROPÒSIT DE 2 CASOS

Veloso Duran, M., Castellón Bernal, P., Salvador Carreño, J., Puig De La Bellacasa De Delas, I., Quintas Álvarez, S., Anglès Crespo, F.
Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Barcelona

Introducció i objectius

La fractura diafisària d'húmer realitzant un pols es un mecanisme de fractura inusual en l'adult jove. La literatura publicada reflexa la baixa incidència d'aquesta entitat, tot i que existeix un paral·lelisme en tots els casos pel que fa al tipus de fractura i la distribució per sexes (més freqüent en homes). Generalment aquest mecanisme produeix una fractura d'epitròclea en adolescents o una fractura diafisària espiroidea en adults.

Material i mètode

Presentem dos casos clínics de dos homes de 27 i 22 anys sense antecedents patològics d'interès, que ingressen al nostre Servei d'Urgències al novembre del 2012 i febrer de 2013 respectivament, presentant dolor i impotència funcional del braç dret al realitzar un pols. En un dels casos es va observar afectació sensitivo-motora del nervi radial. En ambdós casos, la radiografia anteroposterior i lateral d'húmer va permetre diagnosticar una fractura diafisària AO 12A1. Es van reduir i immobilitzar amb fèrula de guix, objectivant-se la recuperació sensitivo-motora del nervi radial en el pacient afecte. Els pacients van ser intervinguts quirúrgicament, practicant-se reducció oberta de la fractura i fixació interna mitjançant osteosíntesis amb placa i visos. Es van realitzar controls clínics i radiològics en el postoperatori, al mes, tres mesos, sis mesos i l'any de la cirurgia.

Resultats

Es van objectivar signes radiològics de consolidació als 3 mesos de la cirurgia. En el moment de la revisió els pacients presentaven un balanç articular del colze complet i no dolors. No es van objectivar neuropaties perifèriques residuals ni cap altre seqüela.

Conclusió

La realització d'un pols és un mecanisme de producció poc freqüent de fractura diafisària d'húmer en pacients joves i sans. La força de torsió que passa per la diàfisi humeral durant l'aplicació d'una força externa (contrincant) sobre un colze fixa en flexió i una espatlla en rotació interna per tracció del subescapular i el pectoral major, poden provocar una fractura diafisària espiroidea. Com en altres fractures d'ossos llargs, és essencial l'exploració neurovascular de l'extremitat, ja que fins en un 18% dels casos pot estar acompanyada d'afectació del nervi radial.

P46

COST – ECONÒMIC I SOCIAL DE LES COMPLICACIONS EN FRACTURES DE FÈMUR PROXIMAL

Isart Torruella, A., Cárdenas Nylander, C., Videla Ces, M., López Núñez, E., Robles Agustín, C., Girós Torres, J.

Hospital Moisès Broggi, Barcelona

Keywords: Cost, Econòmic, Fractura, Fèmur

Introducció i objectius

La fractura de maluc, en els pacients ancians, és la causa més freqüent d'ingrés hospitalari en els serveis d'ortopèdia i traumatologia.

L'objectiu de l'estudi és mesurar la càrrega soci-econòmica de les complicacions en el tractament quirúrgic de les fractures de fèmur proximal comparant-la amb les fractures de fèmur proximal no complicades.

Material i mètode

Estudi retrospectiu dels costos de les reintervencions de fractures de fèmur proximal durant el període de març de 2010 fins al juliol de 2012 comparant-les amb un grup control que no van necessitar de reintervenció.

Es van enregistrar dades sobre el tipus de fractura segons la classificació AO (tipus i grup), així com els motius de la reintervenció (infecció superficial, profunda, dehiscència de la ferida, luxació, fracàs de l'osteosíntesi, hematoma, dolor, fractura periprotèsica). S'ha calculat la càrrega econòmica addicional per cada episodi (quiròfan, estada hospitalària, tractament, radiografies, laboratori, transfusió, rehabilitació i les visites postoperatòries) tant dels casos com dels controls.

Resultats

37 casos i 74 controls de 814 pacients, tots ells amb fractures de fèmur proximal (subcapital, pertrocanterà i subtrocantèria), inicialment tractats quirúrgicament, requerint reintervenció en (4,5%, 37/814) dels casos.

S'ha observat un augment significatiu en els costos associats així com en l'estància hospitalària en els casos que van necessitar la reintervenció quirúrgica passant la mitja dels dies d'estància de 12 a 35, amb un augment dels costos de l'estada hospitalària de 6.847 a 18.752 euros i els costos associats al quiròfan i material quirúrgic de 1.163 a 3.174 euros.

Conclusió

L'envelliment de la població augmenta la incidència de fractures osteoporòtiques. La càrrega econòmica i social s'eleva en casos de fracàs en el tractament quirúrgic inicial triplicant-se aquestes xifres.

Conèixer els costos associats a les complicacions de les fractures de fèmur proximal ajuda a conscienciar als professionals implicats en el seu tractament i així minimitzar el seu impacte.

P46-1

FRACTURA LUXACIÓ COMPLEXE DE PLATET TIBIAL

Rivero Sosa, R., Manent Molina, A., López Capdevila, E., Gardella Gardella

Consorci Sanitari Integral

Introducció i objectius

Les fractures de platet tibial requereixen d'una reducció anatómica per minimitzar els efectes degeneratius secundaris a la incongruència articular i a l'alteració dels eixos de càrrega sobre el genoll. S'ha de tenir en compte l'estat de les parts toves per determinar el moment de la cirurgia, estudiar el patró i l'anatomia patològica de la fractura i, planificar la cirurgia amb un equip quirúrgic entrenat.

Material i mètode

Dona de 49 anys portada a urgències per traumatisme indirecte sobre el genoll dret, a conseqüència d'una caiguda des d'una alçada sobre la cama. Diagnosticada de fractura luxació de platet tibial dret (AO/OTA: 41-B3.3).

Resultats

Re-establiment de l'anatomia de l'articulació, respectant la integritat de les parts toves gràcies a l'elecció de la via d'accés adequada, afavorint la mobilització precoç i la recuperació funcional.

Conclusió

En les fractures articulars de platet tibial, l'estat de les parts toves ens condicionarà l'elecció del moment de la cirurgia així com la planificació quirúrgica. És essencial entendre l'anatomia patològica i el patró de fractura per així determinar la via d'accés quirúrgic.

P47

OSTEOMA OSTEOIDE DE LOCALITZACIÓ INFREQÜENT – CAS CLÍNIC

Sulbarán Sierra, J.D., Marimón Nieves, P., Wilches Restrepo, C., Fernández Muños, S., Ormeño Ramos, G.

Hospital d'Igualada CSA, Barcelona

*Keywords: Osteoma Osteoide, Falange, Tumoració Benigna.***Introducció i objectius**

L'osteoma osteoide és una lesió osteoblàstica benigna de creixement limitat, amb una presentació del 90% en pacients menors de 25 anys, produeix clàssicament dolor que empitjora a la nit, amb l'activitat física, substàncies que causen vasodilatació, com l'alcohol, i millora amb l'administració de salicilats. És d'ubicació variable en l'esquelet i en més del 64% d'elles es produeixen en el terç proximal del fèmur i la tibia; la seva presentació en falange és poc freqüent, representen menys del 10%. El tractament actual es basa en RT local guiada per TAC, i en alguns casos resecció quirúrgica.

Material i mètode

Presentem un cas amb fotos clíniques i radiològiques, d'una pacient de 16 anys d'edat amb una lesió en la falange distal del dit menovell dret, de 4 mesos d'evolució, no dolorosa, amb augment del volum progressiu, deformitat i estudis de Rx on s'aprecia una imatge osteoblàstica menor d'un cm de diàmetre i radio opacitat al seu interior, RM que conclou imatge tumoral de matriu fibrinoide i comportament agressiu d'etiologia a precisar, pel que es practica exèresis quirúrgica en bloc per a estudi histològic.

Resultats

La mostra histològica va ser estudiada per anatomia patològica i reportada amb el diagnòstic d'osteoma osteoide. L'evolució postoperatòria transcorre de manera satisfactòria, sense complicacions i sense evidència de recidiva amb un seguiment de 8 mesos.

Conclusió

El valor d'aquest cas clínic radica en la importància d'un diagnòstic precoç i el tractament adequat a les condicions i característiques del pacient. La presentació clínica d'aquesta pacient no és la més habitual ni la localització i els estudis radiològics reportaven la possible malignitat de la lesió decidint-se la resolució quirúrgica del mateix.

P48

SCHWANNOMA INTRAOSSI DE FÈMUR: CAS CLÍNIC

Gómez Masdeu, M., Besalduch Balaguer, M., García Jiménez, A., Peiró Ibáñez, A., Trullols Tarrago, L.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, UAB, Barcelona

Introducció i objectius

Els schwannomes són tumors benignes relativament freqüents, representant un 1-10% dels tumors de parts toves. No obstant, la seva localització intraòssia és molt infreqüent (0,2) afectant majoritàriament la mandíbula o el sacre.

Material i mètode

Presentem el cas d'un pacient de 18 anys que presenta dolor a la cuixa sense cap antecedent traumàtic. A la radiografia es va observar una lesió lítica expansiva sense reacció periòstica en el terç mig del fèmur.

Es va realitzar una gammagrafia que confirmava la lesió com a única i la TC mostrava una destrucció considerable de la cortical anterior que comunicava la lesió amb una massa de parts toves. La punció guiada per TC va ser diagnòstica de Schwannoma al ser positiva la immunohistoquímica per la proteïna S100.

2 mesos després del diagnòstic es va realitzar un curetatge de la lesió i reconstrucció mitjançant un al·loempelt corticoesponjós sintetitzat amb una placa LCP. El pacient no ha presentat recidiva de la lesió.

Resultats

Els Schwannomes intraossis són entitats molt infreqüents i, excepte aquells associats a la neurofibromatosis, rarament malignitzen.

Degut al creixement lent, el seu diagnòstic sol ser tardà. Es tracta de lesions lítiques ben delimitades amb marges escleròtics i trabècules al seu interior que poden arribar a perforar la cortical. La TC mostra una lesió hipodensa i la ressonància magnètica, una imatge isointensa en T1 i hiperintensa en T2.

El diagnòstic diferencial s'ha de realitzar entre altres lesions osteolítiques de creixement lent com el quist aneurismàtic, el tumor de cèl·lules gegants, el quist ossi o l'encondroma.

El diagnòstic de certesa s'aconsegueix mitjançant l'estudi anatomopatològic a través de la presència de cossos Antoni A i/o B i la immunohistoquímica positiva per la proteïna S100.

El tractament és aquell de les lesions benignes: curetatge, empelt ossi i, alguns autors, són partidaris de la fenolització de la lesió.

Conclusió

Tot i ser infreqüent, el Schwannoma intraossi ha de formar part del diagnòstic diferencial de les lesions osteolítiques.

P49

SÍNDROME DE MAZABRAUD A PROPÒSIT D'UN CAS

Méndez Sánchez, G.J., Pérez Domínguez, M., Vélez Villa, R., Mimendia Sancho, I., Cáceres Palou, E., Nardi Vilardaga, J.

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona

Keywords: Síndrome De Mazabraud, Displasia Fibrosa, Mixoma Intramuscular, Tumoracions Osteomusculars.

Introducció i objectius

El síndrome de Mazabraud (SM) és una patologia tumoral poc freqüent i es defineix com l'associació d'una tumoració benigna de parts toves que és el mixoma intramuscular (MI) en congruència amb una de teixit ossi que és la displàsia fibrosa (DF).

Material i mètode

Presentem el cas d'una dona de 75 anys d'edat que és remesa d'un altre centre per a valoració de tumoració de parts toves en cara interna cuixa esquerra de 5 anys d'evolució, que segons refereix ha presentat un creixement gradual sense comprometre la deambulació ni l'estat neurovascular de l'extremitat. Es decideix demanar a la pacient a més de radiografies d'extremitat, una RMN on s'evidencia una tumoració de parts toves en regió anteromedial femoral esquerra entre els músculs vast intern i crural en relació amb augment de senyal en T2 en diàfisi i coll femoral amb característiques radiològiques de DF.

Resultats

La pacient es manté en controls anuals amb RMN i radiografies d'extremitats inferiors i pelvis, roman asimptomàtica i sense clínica d'invasió ni compromís local del component de parts toves. Un cop havent descartat altres síndromes endocrins que poden estar associats amb SM i causa de l'escassa incidència en degeneració maligna que s'ha reportat de la DF en aquest síndrome (0,4-0,6%) es manté la decisió del tractament conservador després de la discussió del cas en el comitè de tumors i per voluntat de la pacient. Actualment en el seu 3er any de control la pacient es manté asimptomàtica, amb deambulació autònoma i sense altres complicacions associades.

Conclusió

El SM és una patologia molt poc freqüent, havent reportat i documentat fins l'any 2009 només 68 casos a nivell mundial. S'ha descrit una degeneració a sarcoma d'alt grau en la DF d'un 0,4-1% dels casos amb SM. Pot ser una patologia asimptomàtica o amb clínica per afectació local, com compressió vascular o nerviosa, fractures patològiques entre altres. Per l'escassa freqüència sempre s'han de descartar els diagnòs-

tics diferencials possibles, sobretot aquells amb degeneració maligna. Actualment les recomanacions davant el diagnòstic d'un SM és la vigilància anual amb estudi d'imatges, mentre que el tractament quirúrgic depèn de la clínica o evolució maligna de les lesions.

P50

EVOLUCIÓ D'UN TUMOR DE CÈL·LULES GEGANTS DE PELVIS TRACTAT MITJANÇANT CIRURGIA I DENOSUMAB

Cañas Miguel, E., Portabella Blavia, F., Font Vila, F., Narvaez García, J.A., González Cañas, Ll.

Hospital Universitari de Bellvitge, l'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Keywords: Cèl·lules Gegants, Tumor, Denosumab

Introducció i objectius

Presentem un cas d'un tumor de cèl·lules gegants a nivell de la regió sacra amb invasió de parts toves, que va ser operada en dues ocasions i posteriorment va iniciar tractament amb Denosumab, que es tracta d'un inhibidor Rank10 de la formació d'osteoclastes, amb el que s'estan obtenint bons resultats en els estudis en fase II que s'estan realitzant.

Material i mètode

Es tracta d'una pacient de 22 anys afecta d'un tumor de cèl·lules gegants a nivell sacroilíac que va requerir dues intervencions. No es va aconseguir l'exèresi completa del tumor, motiu pel qual existia un risc elevat de recidives. Per a intentar aturar l'evolució de la lesió es va iniciar tractament amb Denosumab amb 3 dosis de 150 mg durant el primer mes (dies 1, 8 i 15) i posteriorment dosis mensuals durant 4 mesos.

Resultats

Per a valorar la resposta al Denosumab es decidí que la prova per aportar informació més concloent sobre la resposta seria la TC. Se'n va realitzar una a l'inici del tractament i posteriorment dos nous controls (un als quatre mesos i un altre un mes després de l'última dosi, que serviria per valorar la resposta i necessitat de prolongar el tractament). També es va realitzar una TC de control un any després d'iniciar el tractament.

S'ha observat una ossificació progressiva de les lesions lítiques i una corticalització de la vora tumoral. Hem pogut comprovar l'existència de fractures d'estrès i subluxació de la sínfisi púbica atribuïble a la primera cirurgia (artròdesi sacroilíaca).

Clínicament, la pacient es troba asimptomàtica i s'ha reincorporat a la seva activitat habitual.

Conclusió

El Denosumab és un tractament encara en fase d'estudi, sense indicació a la seva fitxa tècnica per al tumor de cèl·lules gegants però que es pot utilitzar com a fàrmac compassiu. Pensem que amb els resultats publicats pot proporcionar bons resultats en tumors irressecables per localització i que podrien reduir-se per a facilitar-ne la cirurgia posterior. També en les recidives, el denosumab pot tenir aplicació.

P51

ANGIOSARCOMA SOBRE LIMFEDEMA CRÒNIC DE L'EXTREMITAT SUPERIOR (SÍNDROME STEWART-TREVES): DESCRIPCIÓ D'UN CAS.

Besalduch Balaguer, M., Gracia Alegria, I., Trullols Tarragó, L., Gómez Masdeu, M.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Keywords: Stewart-Treves, Angiosarcoma, Limfedema

Introducció i objectius

La síndrome de Stewart-Treves és un angiosarcoma infreqüent i fatal que s'origina sobre un limfedema crònic com conseqüència de la mastectomia i buidament ganglionar. Tot i que el pacient amb càncer de mama es pot curar amb la cirurgia i altres teràpies adjuvants, aquesta neoplàsia secundària empitjora el pronòstic del pacient.

Material i mètode

Presentem cas d'una pacient de 81 anys que va ealitzar per una neoplàsia de mama, es va intervenir realitzant una tumorectomia de la mama dreta i buidament ganglionar amb radioteràpia adjuvant. Gradualment va anar desenvolupant limfedema del braç dret. 9 anys més tard presentava nòduls equimòtics a l'extremitat superior. Algunes de les lesions es varen ulcerar i sagnaven amb facilitat. A més la pacient presentava dolor intens a nivell de l'avantbraç. Es va realitzar una biòpsia que va informar d'un angiosarcoma epiteloide.

Resultats

Donada l'extensió del tumor (valorat per ressonància magnètica) i l'edat de la pacient, es va decidir realitzar una desarticulació escapulotoràcica. Els marges quirúrgics no estaven afectats. Malauradament, durant el seguiment, la pacient va presentar noves metàstasis cutànies en la cara anterior de la pared toràcica. La pacient encara era viva 6 mesos després d'haver-se diagnosticat de la síndrome Stewart-Treves.

Conclusió

Aquesta patologia passa en 0'5% dels pacients que sobreviuen 5 o més anys després d'una mastectomia. Majori-

tàriament afecta a dones, entre la cinquena i setena dècada de la vida. L'etiologia encara no és clara, però està clarament associada amb limfedema crònic. Aquest tumor freqüentment es presenta amb petites tumoracions eritematoses que s'han de biopsiar per aclarir el diagnòstic. Existeixen varies opcions terapèutiques, depenent del tamany i l'estadi de la malaltia, gairebé sempre quirúrgiques. El pronòstic és dolent, amb una supervivència entre els 19 i 31 mesos.

P52

LEIMIOSARCOMA INTRAOSSI PRIMARI DEL FÈMUR DISTAL: DESCRIPCIÓ D'UN CAS

Besalduch Balaguer, M., Peiró Ibáñez, A., Trullols Tarragó, L., García Jiménez, A., Gracia Alegria, I.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Keywords: Leiomiosarcoma, Intraossi, Maligne, Sarcoma

Introducció i objectius

El leiomiosarcoma es una neoplàsia maligna freqüent, però rarament es troba en ossos (<0'7% de tots els tumors ossis primaris malignes). Te unes característiques radiològiques poc habituals, que fan el diagnòstic difícil.

Material i mètode

Revisarem el cas d'un pacient de 33 anys que va consultar per un dolor en el genoll dret de 5 mesos d'evolució. Es va realitzar una radiografia simple, una tomografia computaritzada i una ressonància magnètica que informaven d'una lesió osteolítica de 10'5 cm en el fèmur distal, amb afectació de parts toves. Aquesta lesió es va biopsar, identificant un sarcoma fusocelular de grau intermig (2/3) amb diferenciació a múscul llis, essent el diagnòstic diferencial entre leiomiosarcoma i osteosarcoma fibroblàstic. L'estudi d'extensió no va revelar disseminació sistèmica. Tenint en compte l'edat del pacient, el risc de fractura patològica i per evitar la possible modificació de l'estudi histològic, es va decidir realitzar primer el tractament quirúrgic.

Resultats

Es va realitzar una resecció en bloc del tumor i reconstrucció amb una artroplàstia (METS implant modular, Stanmore). L'estudi histològic final va identificar un sarcoma fusocelular d'alt grau (3/3) amb diferenciació a múscul llis. Els marges quirúrgics de parts toves estaven afectats microscòpicament. El pacient va rebre quimioteràpia i ràdio adjuvant.

Conclusió

El leiomiosarcoma rarament passa als ossos. La mitjana d'edat sol ser de 46 anys (9-88) i la localització més freqüent

es el fèmur distal, seguit de la tibia proximal. El diagnòstic és difícil per la falta de sospita, en casos de lesions lítiques òssies sense producció de teixit. El tractament es basa en cirurgia i teràpia adjuvant, tot i que el règim de quimioteràpia resta pendent d'establir. El pronòstic és dolent i pot estar relacionat amb l'estadi del tumor en el moment del diagnòstic, tot i que sembla ser lleugerament millor que el de l'osteosarcoma.

P53

DESFUNCIONALITZACIÓ DEL MEMBRE I TERRENY SÈPTIC: UN RISC DE COMPLICACIONS DEL TRACTAMENT DE LES INFECCIONS POSTARTROPLÀSTIA

Ginesta Serrano, M., Tibau Olivan, R., Coll Rivas, M.
Hospital de Mataró, Barcelona

Introducció i objectius

Les fractures que compliquen els casos d'infecció postartroplàstia constitueixen una complicació que empitjora la complexitat del tractament de les mateixes.

Material i mètode

Es presenta un cas clínic d'un pacient de 69 anys que després d'una artroplàstia de maluc per coxartrosi va presentar una infecció precoç. El tractament amb desbridaments (dos) i antibioteràpia va fracassar motiu pel qual es va procedir a la retirada de la pròtesi (primer temps de recanvi), deixant un espaiador de PMMA-Gentamicina.

Resultats

Abans de procedir al segon temps, va patir una caiguda que li va provocar una fractura de fèmur proximal, que va ser sintetitzada, seguint a l'osteosíntesi una nova infecció aguda. Abans de la consolidació de la fractura, va patir una nova caiguda que li va provocar una fractura diafisària. Donada l'aparent curació de la infecció es va fer coincidir la síntesi d'aquesta fractura amb el segon temps de recanvi. Les mostres peroperatòries també van mostrar creixement bacterià i va seguir tractament antibiòtic. Pocs mesos després del segon temps de recanvi va patir nova caiguda i com a conseqüència de la mateixa una fractura supracondílica de fèmur que va requerir una nova síntesi.

Conclusió

La desfuncionalització del membre per descàrrega del mateix i el terreny sèptic, fan que els pacients que han estat sotmesos a un recanvi en dos temps siguin proclius a patir de forma conjunta les complicacions de la fragilitat òssia i de la infecció osteoarticular.

P54

COMPTE AMB L'ÚS DE BLAU DE METILÈ EN CIRURGIA SÈPTICA DE L'APARELL LOCOMOTOR

Tibau Alberdi, M., Lúcar, G., Tibau, R., Pérez, M., Ginesta, M.
Hospital de Mataró, Barcelona

Introducció i objectius

El tractament de les infeccions de l'aparell locomotor inclouen una neteja quirúrgica àmplia. L'ús de blau de metilè permet el seguiment dels tractos fistulosos el que es tradueix amb una exposició més acurada dels teixits infectats. Malgrat això, ha estat postulat un efecte inhibidor del blau de metilè del creixement bacterià, donant lloc a falsos negatius a l'hora de realitzar cultius de teixits intraoperatoris.

Material i mètode

L'objectiu del present estudi és realitzar cultius amb els bacteris més freqüents afegint-hi blau de metilè a diferents concentracions per valorar la possible presència d'un efecte inhibidor en el creixement bacterià de microorganismes seleccionats.

Resultats

Ha estat observada una inhibició del creixement bacterià en cultius de bacteris gram positius, situació que no es dona quan el microorganisme és gram negatiu.

Conclusió

L'ús de blau de metilè ha de ser valorat en casos al quals no tenim completa seguretat del microorganisme causant, ja que pot dificultar els cultius de les mostres obtingudes.

P55

ISQUIOTOMIA PARCIAL I PENJOLL DE GRACILIS

Gaviria Parada, M.E., Granell Escobar, F.
ASEPEYO Sant Cugat, Barcelona

Introducció i objectius

Pacient home de 32 anys, que després de l'accident de trànsit fa 14 anys, pateix Lesió Medul·lar ÀSIA A D6, secundària a luxació D7-D8.

Des de 2011 s'inicia amb úlcera per decúbit en zona glútia dreta, es sobreinfecta amb E. Coli i Acinetobacter Baumanni.

És tractat amb antibiòtic EV, desbridament quirúrgics i teràpia tipo VAC, per defecte en pell es planteja cobertura, pacient es nega.

Reingressa 2012 per úlcera infectada per MARSIA i amb osteïtis de Isqui és sotmès a tractament EV, neteges quirúrgiques, i cobertura per cirurgia plàstica.

2013 Reingrés amb col·lecció de 300 cc, MARSA +, cel·lulitis subcutània, PET-TAC: Osteomielitis isquiàtica.

21/06/13 És intervingut Qx. Isquiectomia parcial de Isqui dret amb plàstia de múscul Gracilis per a cobertura, tractament amb metronidazol, rifampicina i àcid fusídic.

Últim reingrés 2013/10/03 per Higroma de 80 cc, actualment bona evolució, control per consulta externa proper estiu per cirurgia plàstica.

Material i mètode

Tractament quirúrgic definitiu: Incisió circular perineal des espina púbica fins tuberositat isquiàtica.

Dissecció d'isqui extraperiòstica de vora inferior d'orifici obturador.

Secció amb serra de Gigli de branca isquio-púbica i ilioisquiàtica per fora de art. Coxofemoral.

Isquiectomia parcial amb resecció en bloc.

Plàstia de múscul Gracilis per a cobertura.

Resultats

La isquiectomia parcial d'isqui juntament amb tractament EV ampli espectre, va resultar ser el tractament adequat per a la sobreinfecció de la úlcera i osteomielitis isquiàtica, infecció que ha de ser considerada com a complicació nefasta i poc freqüent de pacients amb patologia medul·lar que desenvolupen úlceres per decúbit.

Conclusió

La úlcera per decúbit és una patologia molt freqüent en pacients que tenen lesió medul·lar i que per enllitament perllongat solen estar sotmesos a posicions corporals úniques, per això s'ha de tenir en compte les mesures preventives, evitant les úlceres per decúbit i la seva sobreinfecció que sol ser una complicació afegida, entre les complicacions greus d'aquestes úlceres, l'osteomielitis no sols ser tan freqüent però pot trobar-se, de manera que s'ha de tenir en compte, i s'han de fer imatges que permetin el seu diagnòstic. La decisió a prendre per tractament depèn dels recursos disponibles, a més del tractament preventiu, tractament antibiòtic en cas d'infecció, teràpies tipus VAC, la isquiectomia parcial va resultar en el nostre cas satisfactòria com a alternativa de tractament.

P56

LESIÓ DE PARTS TOVES ASSOCIADA A FRACTURA OBERTA GRAU I PILÓ TIBIAL

Parada Avendaño, I., Videla Cés, M., Vives Salinas, L., Girós Torres, J., Manent Molina, A., López Capdevila, E.

Consorti Sanitari Integral, Sant Joan Despí, Barcelona

Introducció i objectius

El tractament eficaç de les fractures depèn d'una bona gestió dels teixits tous. La necessitat de seguir un protocol de gestió de les parts és essencial per aconseguir l'objectiu de la curació sense complicacions i la restitució completa de la funció.

Material i mètode

Pacient home de 60 anys que presenta fractura piló tibial amb ferida puntiforme (fractura grau I de Gustilo). Després de la col·locació de fixador extern sense fixació de la fractura del peroné, va mantenir una mala alineació de l'eix de la fractura tibial, provocant un patiment de les parts toves i posterior evolució a una pseudoartrosi sèptica per SARM. Es realitza el rescat amb la utilització d'empelt fasciocutani i la utilització de ciment espaiador antibiòtic en un primer temps seguit per la síntesi i aportació d'empelt (tècnica de Masquelet).

Resultats

Bons resultats pel que fa a tolerància de l'osteotaxis, normalització dels paràmetres inflamatoris i integració de l'empelt fasciocutani en l'evolució del primer temps de la tècnica de Masquelet: Desbridament, ciment espaiador amb antibiòtics i embolcall de parts toves. Correcte substrat i condicions per a l'aplicació del segon temps de Masquelet.

Conclusió

Des del primer moment, en l'actuació d'urgència, les fractures s'han d'immobilitzar correctament pel que fa a la reducció, longitud i eixos, amb l'objectiu de prevenir una evolució tòrpida de parts toves.

P57

RUPTURA DE L'APARELL EXTENSOR EN CIRURGIA DE REVISIÓ DE PTG SÈPTICA

Graells Alonso, G., González Hernández, R., Fonseca Mallol, F., Froufe Siota, M.Á., Aldirra Taha, S., Vilabré Pagès, N.

Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta

Keywords: Ruptura, Ap. Extensor, Revisió, Sèptica

Introducció i objectius

Les alteracions de l'aparell extensor en pacients intervinguts de PTG, i encara més, en recanvis, és un repte quirúrgic. Hi ha

diferents opcions quirúrgiques amb resultats dispars segons la literatura.

Material i mètode

Presentem el cas d'una dona de 54 anys ASA III alèrgica a Estreptomina i Clorur mòrfic amb antecedents d'obesitat, ex-fumadora, MPOC, neoplàsia de mama bilateral (mastectomia), TVP i TEP en tractament amb sintrom, en situació laboral d'invalidesa després de ser reintervinguda en tres ocasions per PTG sèptica abans de l'arribada al nostre centre.

Estudiada al nostre servei s'orienta com a PTG infectada tipus WALDEMAR LINK de vàstegs llargs i bisagra, pel que es procedeix a recanvi en 2 temps protocol·litzat, 1r temps retirada + espaiador i obtenció de mostres per a cultiu i AP (negatiu als 15 dies incubació) i 2n temps amb implantació de pròtesi de tipus NEXGEN ROTATING HINGE KNEE cimentada.

En el seguiment postoperatori presenta mal control del dolor, dèficit d'extensió que s'informa a la RMN com a ruptura total de tendó rotulià amb atròfia de vastes pel que es decideix realitzar una plàstia de reparació mitjançant d'al·loempelt os-tendinós Aquili que es fixa a la TTA amb cargols amb volandera i es sutura amb punts d'Ethibond nº2 transossis patelars i punts en ventall a musculatura quadricipital amb signes d'atròfia.

Resultats

Als 7 mesos de seguiment post intervenció, la pacient deambula amb bastó i sense òrtesi, presenta un BA amb flexió de 120°, extensió activa completa amb contracció isomètrica, extensió lag de 7°, dolor controlat i radiogràficament amb correcta implantació protèsica i anclatge de l'al·loempelt.

Conclusió

La plàstia de reparació mitjançant tunelització d'al·loempelt aquili os -tendinós pot ser una bona opció quirúrgica davant ruptura d'aparell extensor en PTG sèptica obtenint bons resultats funcionals.

P58

PENJALL ROTACIONAL DE VAST EXTERN EN INFECCIONS PERSISTENTS DESPRÉS D'ARTROPLASTIA DE GIRDLESTONE

Cañas Miguel, E., Cabo Cabo, X., Moranas Barrero, J., Pedrero Eluso, S., Portabella Blavia, F.

Hospital Universitari de Bellvitge, l'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Keywords: Vast Extern, Girdlestone, Infecció, Maluco

Introducció i objectius

L'avanç de la cirurgia protèsica, malauradament no l'ha fet exempta de complicacions, sent l'afluixament i la infecció les més

temudes. En ocasions, bé sigui pel procés infecció o per la patologia de base, no és possible la cirurgia de recanvi, no permetent nova reimplantació de components. En aquests casos, una opció terapèutica és l'artroplastia de Girdlestone (ressecció del fèmur proximal i les vores acetabulars). Tot i això el defecte cavitari romanent pot ser important, sent difícil la resolució del procés sèptic en aquestes circumstàncies. Proposem l'ús del penjall de vast extern com a recurs per a ompliment d'aquest dèficit.

Material i mètode

En el nostre centre, conjuntament amb el servei de Cirurgia Plàstica, s'han intervingut tres casos en els que s'havia realitzat artroplastia de Girdlestone però en les que el procés sèptic seguia actiu, amb constant drenatge per trajectes fistulosos en algun cas. En aquests casos es va realitzar un penjall rotacional de vast extern quadricipital reomplint el defecte causat tant pel desbridament de teixit infectat/desvitalitzat com del canvi estructural (coaptació trocanteroiliaca).

Resultats

Totes les pacients intervingudes eren dones amb una edat mitja de 63 anys. Es va realitzar penjall rotacional de vast extern i es va mantenir repòs i tracció cutània per a controlar un excessiu ascens en sentit proximal del fèmur. En tots els casos es va produir dehiscència de la ferida en menor o major grau, utilitzant-se teràpia VAC i en un cas requerint novament desbridament quirúrgic. En cap cas es va requerir revisió del penjall. L'evolució va ser satisfactòria, podent reiniciar sedestació durant l'ingrés amb l'objectiu de promoure bipedestació després de completar la cicatrització de parts toves.

Conclusió

El tractament de la infecció de l'artroplàstia de maluc segueix sent un repte a a cirurgia ortopèdica. La persistència del procés sèptic després d'una artroplàstia de ressecció és difícil de tractar. Tot i la morbiditat associada, l'ús del penjall de vast lateral és una molt bona opció terapèutica per a solucionar la infecció i intentar aconseguir una millor funcionalitat.

P59

ARTROPLASIA TOTAL DE GENOLL DE REVISIÓ EN PACIENT AMB INFECCIÓ PROTÈSICA I AL·LÈRGIA DESCONEGUDA A METALLS.

Mihai Petrica, A., Jordán Sales, M., Chanes Puiggrós, C., Aguilera Roig, X., González Rodríguez, J.C., Celaya Ibáñez, F.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona

Keywords: *Artroplastia, Genoll, Al·lèrgia A Metalls, Infecció, Revisió*

Introducció i objectius

Presentar mitjançant un cas clínic les opcions terapèutiques en cas d'afluixament d'una ATG en pacients al·lèrgics a metalls i amb defectes ossis.

Material i mètode

Dona de 78 anys intervinguda en 2010 per gonartrosis dreta col·locant-se una artroplastia total de genoll (ATG) cimentada. La pacient va evolucionar desfavorablement amb dolor i limitació funcional des de 3-4 mesos postcirurgia. En novembre 2012 va ser diagnosticada d'afluixament sèptic, indicant-se un recanvi en 2 temps. Es va retirar l'ATG col·locant-se un espaiador conformat de ciment amb gentamicina. Als cultius intraoperatoris es va aïllar *Staphylococcus Lugdunensis* i va ser tractada amb Rifampicina i Levofloxacino durant 2 mesos. Davant la sospita d'al·lèrgia a metalls, es va realitzar una prova de provocació que va resultar positiva per al Clorur de Cobalt. Acudeix al nostre centre 3 mesos després de la col·locació de l'espaiador, amb correcte estat de parts toves, integritat de l'aparell extensor, limitació de flexió a 50° i necessitat de muletes i d'ortosis per inestabilitat del genoll. Es va realitzar radiografies i TAC que objectiven un important defecte a la meseta tibial i es va realitzar un nou estudi d'al·lèrgia a metalls que confirma l'al·lèrgia al cobalt.

Al maig 2013, es procedeix al segon temps de l'ATG de revisió Waldemar Link® Endo-Model Rotacional especial de titani i niobi per a pacients al·lèrgics a metalls col·locant-se un augment tibial medial. Es decideix una ATG tipus visagra rotacional per solucionar l'inestabilitat del genoll i el defecte ossi.

Resultats

Els cultius intraoperatoris van descartar infecció. L'evolució clínica va ser favorable. Als 9 mesos d'evolució, la pacient no presenta dolor, ni limitació funcional i presenta BA 0/0/120°. Les analítiques es troben dins la normalitat i les radiografies demostren correcta alineació del genoll, sense signes d'afluixament.

Conclusió

La hipersensibilitat a metalls no és infreqüent (10-15%), essent la més comú al níquel (13%), seguida del cobalt i el crom per igual (3%). Això comporta un veritable problema per a pacients candidats a ATG. Davant la sospita, és fonamental un estudi al·lèrgic complet. Les alternatives vigents són les pròtesis recobertes (titani/niobi) o pròtesis no metàl·liques (ceràmica/Oxinium). En cas de ATR de revisió el ventall terapèutic és limitat.

P60

CLOSTRIDIUM RAMOSUM: UNA ETIOLOGIA EXCEPCIONAL D'ARTRITIS SÈPTICA

García Jiménez, A., Crusi Sererols, X., Gómez Masdeu, M., Gabriele Montenegro, R., Sancho Navarro, R.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Keywords: *Clostridium, Ramosum, Artritis, Sèptica, Maluc*

Introducció i objectius

Clostridium ramosum és un anaerobi implicat en infeccions de parts toves i intraabdominals. Rarament provoca invasions sistèmiques i bacterièmies, sent excepcional en infeccions osteoarticulars. Presentem el cas d'un pacient amb coxartritis sèptica secundària a bacterièmia per *C. ramosum*.

Material i mètode

Un home de 53 anys acut a urgències per febre d'origen desconegut. Com antecedents destacava insuficiència renal crònica en diàlisi, hepatopatia crònica per virus de la hepatitis C, tractament amb acenocumarol per pròtesi mecànica aòrtica i coxartritis sèptica de maluc dret quatre anys enrere amb seqüeles, per les que estava en llista d'espera per a artroplastia.

L'ecocardiograma mostrà endocarditis, i els hemocultius van ser positius per a *Clostridium ramosum*, iniciant-se antibioteràpia amb vancomicina i gentamicina. Una setmana després, ens consultaren per una abscessió a canell dret, que es desbridà i sortí positiu per al mateix microorganisme. Dies més tard, el pacient referia coxàlgia esquerra que havia anat augmentant. Donats els antecedents, es realitzà artrocentesi, obtenint-se líquid clarament purulent, però negatiu en l'estudi microbiològic. Donat que les proves d'imatge (radiologia, ressonància magnètica i gammagrafia òssia) suggerien un procés sèptic, es realitzà una artroplastia de ressecció. Es van necessitar dos desbridaments posteriors per evolució insidiosa. Les mostres remeses de les tres cirurgies van ser positives per *Clostridium ramosum*.

Una setmana després del segon desbridament, el pacient sol·licità l'alta voluntària, continuant amb antibioteràpia ambulatoria amb bona resposta, fins ser donat d'alta 6 mesos després.

Resultats

C. ramosum és una bactèria Gram positiva, anaeròbia i formadora d'espores. Forma part de la flora comensal intestinal, i és freqüentment aïllada en femtes. Es troba habitualment implicada en traumatismes abdominals, perforacions intestinals i abscessos colorectals. Les infeccions osteoarticulars per anaerobis estan augmentant, però el gènere *Clostridia* continua sent estrany en aquesta localització. El nostre cas és, aparentment, el tercer cas descrit d'infecció osteoarticular per *C. ramosum*, havent-se descrit abans un cas d'espondilodiscitis i un d'osteomielitis femoral.

Conclusió

L'artritis sèptica per *C. ramosum* constitueix una entitat extraordinàriament infreqüent. Donat l'augment d'infeccions osteoarticulars per anaerobis, i l'augment d'aïllament del gènere *Clostridia* en infeccions de diferents localitzacions, el *C. ramosum* ha de considerar-se com a possible patògen causant d'artritis sèptica.

P61

A PROPÒSIT D'UN CAS: EPIDERMIOlisi PER VIBRIO VULNIFICUS

Baraldés Canal, M., Froufe Siota, M.Á., Vañó Pujol, A., Belerdas Fernández, E., Aldirra Taha, S., Madirolas Alonso, X.
Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona

Keywords: *Epidermiolisi, Fascitis Necrosant, Fasciotomia*

Introducció i objectius

El *vibrio vulnificus* és un bacil gram negatiu lactosa positiu de la família *Vibrionacea*. S'aïlla freqüentment en ostres i altres mariscs durant els mesos d'estiu. Es transmet per la ingesta de marisc contaminada o per contacte directe amb l'aigua de mar amb presència de ferides. Pot causar un quadre gastrointestinal (vòmits, diarrea i dolor abdominal) o una infecció cutània caracteritzada per flictenes hemorràgiques, desencadenant a shock sèptic amb una mortalitat del 50%.

Material i mètode

Home de 79 anys, nacionalitat francesa, presenta un quadre de malestar general, agitació i cel·lulitis al peu dret. A les 24h el pacient s'instabilitza hemodinàmicament observant-se augment de la cel·lulitis amb extenses flictenes hemorràgiques. Es realitza una RMN on informa d'infecció teixit cel·lular subcutani sense signes de fascitis necrotitzant.

Resultats

A les 72 h comença amb fracàs multiorgànic per la qual cosa es decideix intervenció quirúrgica urgent realitzant fas-

ciotomies de la cama dreta. En els cultius s'aïlla *vibrio vulnificus*. Es cobreix amb ceftriaxona i doxiciclina. El pacient evoluciona favorablement.

Conclusió

El *vibrio vulnificus* és una bactèria poc freqüent al nostre medi, ja que acostuma a viure a l'aigua salada i calenta (20°C) (1), característiques de la costa subtropical. A Espanya hi ha menys de 10 casos publicats. La majoria de casos es donen entre els mesos d'abril – novembre, coincidint amb els mesos de major activitat pesquera. Davant la sospita diagnòstica el tractament antibiòtic s'ha d'iniciar immediatament ja que augmenta la supervivència. Tanmateix es recomana un tractament agressiu respecte la infecció cutània requerint fasciotomies i en ocasions amputació de l'extremitat afecte.

P62

FASCITIS NECROTITZANT SECUNDÀRIA A CÀNCER DIGESTIU, A PROPÒSIT D'UN CAS

Sánchez Allueva, J.¹, Edo Llobet, M.¹, Rodríguez Ruitiña, A.I.¹, Trullols Tarragó, L.², Bonjorn Martí, M.¹, Camí Biayna, J.¹

1. Fundació Althaia (Manresa), Barcelona
2. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Keywords: *Fascitis, Necrotitzant, Càncer, Digestiu*

Introducció i objectius

La fascitis necrotitzant és una malaltia poc freqüent associada a processos infecciosos sistèmics que en conjunt suposen un elevat risc per la vida del pacient. Són pocs els casos com el nostre, associats a càncer digestiu.

Material i mètode

Presentem una pacient de 56 anys, amb antecedents de poliposis adenomatosa tractada 20 anys enrere mitjançant colectomia. La pacient ingressa en shock sèptic, indicant la família que la pacient presentava dolor a EIE de dos mesos d'evolució, sense consulta mèdica previa. A l'arribada a Urgències, presenta disminució del nivell de consciència, GCS 9, hipotensió i taquicàrdia. Impressiona eritema e induració a regió quadricipital esquerra. S'estabilitza hemodinàmicament i es realitza TC pèlvica i d'EIE amb resultat de massa d'origen a recte que infiltra sacre, lligaments sacro-iliacs, anastomosi íleo-rectal, úter i ovaris. S'aprecia colecció amb bombolles al seu interior a lligament sacro-iliac esquerre, que travessa gluti major i avança a distal en dos trajectes, un anterior que travessa vast lateral i tensor de la fàscia lata, i un posterior que avança a través de musculatura adductora fins a cavitat poplítica i continua fins a turmell.

Resultats

Rere l'estabilització hemodinàmica es decideix intervenció quirúrgica urgent per a desbridament dels abscessos d'EIE mitjançant abordatge lateral i posterior, comprovant-se necrosi franca de fàscia i múscul en tots els compartiments, predominant el posterior. La compressió abdominal augmentava la secreció purulenta, per tant, amb tota probabilitat l'origen era tumoral. Es van prendre mostres per microbiologia i anatomia patològica, positives per *E. Coli*, *E. Fergusonii* i *S. Bovis* tipus II. Rere la intervenció, la pacient ingressa a la UCI, aconseguint-se estabilització hemodinàmica. Ens trobem davant una neoplasia de recte grau IVb, amb una fascitis necrotitzant, que tot i les cures i desbridaments diaris i tractament antibiòtic, les ferides quirúrgiques no evolucionaven correctament.

Davant la irressecabilitat del procés tumoral i la progressió de la fascitis necrotitzant, l'evolució de la pacient va ser desfavorable.

Conclusió

El debut d'un càncer de recte de grau IVb, amb un shock sèptic per fascitis necrotitzant i abscessos a cuixa secundari a fistula que drena desde el tumor abcesificat, és molt poc freqüent, existeixen poques publicacions en la literatura.

P63

SÍNDROME COMPARTIMENTAL BILATERAL EN EL CONTEXT DEL POSTOPERATORI DE CÀNCER DE RECTE DESPRÉS POSICIÓ DE LITOTOMIA PERLLONGADA

Méndez Sánchez, G.J., Vélez Villa, R. Pacha Vicente, D., Peña Wagner, D.R., Mimendia Sancho, I., Cáceres Palou, E.
Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona

Keywords: Síndrome Compartimental, Litotomia Perllongada, Fasciotomia Anterolateral, Pressió Intersticial

Introducció i objectius

Es produeix síndrome compartimental (SC) quan la pressió intersticial dins d'un espai anatòmic tancat és major que la pressió de perfusió. Cal una pressió de perfusió de 30mmHg per mantenir un metabolisme cel·lular en el múscul normal i de 40mmHg en músculs traumatitzats.

Material i mètode

Es tracta d'un pacient home de 51 anys d'edat que durant el postoperatori immediat de resecció de recte anterior per adenocarcinoma en posició de litotomia perllongada (7 hores) presenta dolor i tumefacció bilateral en ambdues regions besons que no millora amb analgèsia ni mesures posturals més

de parestèsies en territori del nervi tibial anterior, decidint mesurar la pressió intracompartimental sent el valor absolut de 127 mmhg per a ambdues cames pel que es procedeix practicar fasciotomies dels 4 compartiments de les cames amb un únic abordatge anterolateral.

Resultats

El pacient és valorat a les 24 hores de la intervenció sense referir major dolor ni parestèsies en cap territori distal d'ambdues extremitats. Es manté en descàrrega la primera setmana postoperatoria fins realitzar el tancament cutani en un segon temps a la setmana de la intervenció. L'evolució de les ferides és adequada pel que s'inicia la deambulació amb càrrega parcial assistida, que és ben tolerada i sense dèficit funcional. Actualment el pacient es troba en 1 any postoperatori sense referir dolor d'extremitats i no s'evidencien dèficits neurològics a l'EMG control a l'any de la intervenció.

Conclusió

Sobre el SC s'ha de tenir sempre un alt índex de sospita. L'SC és una urgència quirúrgica de ràpida evolució i amb freqüents seqüeles, per tant, no s'ha de dubtar a fer una fasciotomia primerenca, ja que és un procés fiable, segur i eficaç a més de ser l'únic tractament quan es realitza a temps. Pot presentar-se sense previ traumatisme o lesions de l'aparell locomotor com en el nostre cas que es va presentar després d'una posició quirúrgica inadequada per temps prolongat, i es pot evitar deixant el suport d'extremitat lliure quan la cama es col·loca en la posició litotomia en lloc d'utilitzar un suport estàndard amb pressió circular, ja que s'ha descrit que augmenta la diferència entre la pressió arterial diastòlica i la intramuscular.

P64

DIFERENTS PERFILS DE PACIENTS INGRESSATS EN TRAUMATOLOGIA: RESULTATS ASSISTENCIALS COMPLETS

López Alcover, A., Gamba No Name, C., Hinarejos Gómez, P.Á., Alfaro Riveros, H., Landa Teran, C.P., Sánchez Rodríguez, M.ªD.
Parc de Salut Mar, Barcelona

Introducció i objectius

Hi ha diferents perfils d'ingressats en traumatologia; freqüentment són gent gran, amb elevada comorbiditat, tributaris de valoració geriàtrica i tractament integral.

Traumatologia Parc Salut Mar, consta de dues plantes:

1^a / extremitat superior, raquis, politraumàtics, especial complexitat; 2a / extremitat inferior, on vam iniciar el nostre projecte.

Valoració de característiques i evolució de pacients en Traumatologia.

Material i mètode

Estudi descriptiu prospectiu; cohort ingressats en traumatologia valorats per geriatria mitjançant interconsultes novembre'11-abril'13).

Revisats demografia, comorbiditat (Charlson), dependència [Lawton, Barthel (previ, postquirúrgic)] i destinació en funció del procés quirúrgic (artroplasties programades, fractures fèmur i altres processos quirúrgics).

Resultats

1.646 ingressats, intervenció geriatria 421 (262 dones; 62,2%, 73,3 ± 12,3 anys): 45,4% artroplasties programades (maluc 24,5%, genoll 20,9%), fractures femorals (20, 2%), altres (34,4%).

Artroplasties programades, tot baix risc quirúrgic previst, presentaven edat avançada (maluc 70,7 ± 10,7; genoll 75,2 ± 7,4 anys), comorbiditat (maluc: Charlson 0,7 ± 1; genoll 0,8 ± 1, 1), deteriorament (Lawton maluc 5,8 ± 2,6; genoll 6,1 ± 1,9; Barthel maluc 89,3 ± 17; genoll 94,3 ± 7,7; postquirúrgic Barthel maluc 29,5 ± 11; genoll 30,9 ± 10,3), requerint seguiment (maluc 4,6 ± 2,2; genoll 4,8 ± 1,9 dies). Protocol - via - clínica, derivava a Rehabilitació (82,6%).

Fractures fèmur proximal, complien perfil geriàtric en edat (83 ± 8,9 anys), comorbiditat (Charlson 1,7 ± 1,6) i repercussió (Lawton 4,4 ± 7,7; Barthel 77,4 ± 24,2; postquirúrgic 23,9 ± 17,8). Després seguiment 4,7 ± 4,9 dies, necessitaven derivació a Convalescència 82,1%, Subaguts 7,7%.

Altres processos, tot i menor edat (68,3 ± 14,2), per comorbiditat (Charlson 0,9 ± 1,4) i deteriorament (Lawton 6,2 ± 2,3; Barthel 93,6 ± 11,5; postquirúrgic 45 ± 23,5), també necessitaven seguiment (8,2 ± 11,8 dies) i derivació (rehabilitació 25,6%, convalescència 22,1%).

Conclusió

Hi ha tipologies diferents d'ingressats en traumatologia. Freqüentment presenten comorbiditat i complicacions mèdiques. Si bé intervenció de geriatria beneficiava a tots, en fractures femorals era indispensable.

És freqüent la derivació a postagudos des de Traumatologia.

Interconsultes de geriatria van augmentar la qualitat assistencial d'ingressats en Traumatologia, especialment els més grans amb major comorbiditat i va culminar en la creació de la Unitat de Orto geriatria.

P65

INTERCONSULTES DE GERIATRIA EN TRAUMATOLOGIA: RESULTATS ASSISTENCIALS COMPLETS

López Alcover, A., Mingo Fernández, F.A., Hinarejos Gómez, P.Á., Alfaro Riveros, H., Sánchez Rodríguez, M.ªD., Pamela Landa, C. Parc de Salut Mar, Barcelona

Introducció i objectius

Els pacients ingressats en traumatologia presenten freqüentment complicacions mèdiques i síndromes geriàtriques; generalment són gent gran, amb elevada comorbiditat, tributaris de valoració geriàtrica i tractament integral.

El Servei de Traumatologia, consta de dues plantes:

1ª / extremitat superior, raquis, politraumàtics, especial complexitat; 2a / extremitat inferior, on vam iniciar el nostre projecte de cooperació.

Descripció activitat assistencial d'interconsultes de Geriatria en Traumatologia.

Material i mètode

Estudi descriptiu prospectiu; cohort ingressats en traumatologia valorats per Geriatria mitjançant interconsultes (novembre'11-abril'13).

Revisats processos previs [demografia, comorbiditat (Charlson)], actuals (quirúrgics / metges), valoració geriàtrica integral [funcional (Lawton, Barthel), cognitiva (Pfeiffer), síndromes geriàtriques] i destinació a l'alta.

Resultats

De 1.646 ingressats, Geriatria va intervenir en 421 [262 dones (62,2%), 73,3 ± 12,3 anys].

Procedien de domicili (99,3%), amb comorbiditat (Charlson 0 = 50,4%, 1 = 24,5%; 2 = 11,4%; > = 3 = 13,7%): hipertensió 23%, trastorns de son 29,9%, depressió 24,7%, demència 9,5%, diabetis 9%, pneumopatia 9,1%, arítmies 6,3%, diselectrolitemias 9,3%, endocrinopaties 5,6%...

Processos quirúrgics d'ingrés: artroplastia de substitució (maluc 24,5%, genoll 20,9%), fractures femorals (20,2%), altres (34,4%).

Motiu d'interconsulta: valoració geriàtrica integral 83,8%, diabetològica 9%, tensional 28,9%, desorientació 22,1%, processos respiratoris 12,1%, gastrointestinals 10,7% i urinaris 8,8%.

Prèviament, realitzaven activitats instrumentals (Lawton 5,7 ± 4,1) i bàsiques (Barthel 89,4 ± 16,9), amb important deteriorament funcional postquirúrgic (Barthel 34,1 ± 19,3) i situació cognitiva correcta en la majoria (Pfeiffer 0-2: 82,4; 3-7: 13,4%; > = 7: 4,3%).

Després de la valoració geriàtrica integral presentaven síndromes geriàtriques: trastorn marxa (previ 65,5%, nou 27,5%), polifarmàcia (previ 51,8%, nou 34,4%), trastorns del

son (previ 29,9%, nou 6,9%), restrenyiment (previ 28,3%, nou 24,5%), depressió (24,7%, nou 1,4%), caigudes (previ 3,3%, nou 20,7%), desnutrició (previ 14,5%, nou 13,3%).

Alguns rebien alta domiciliària (21,9%), però generalment necessitaven atenció postaguda (Rehabilitació 50,1%, Convalescència 25,4%, Subaguts 2,1%), pocs trasllats urgents (0,9%) o exitus (0,2%); després seguiment durant $5,9 \pm 7,6$ dies, precisant control post-alta per Geriatria 12,4%.

Conclusió

Malgrat el baix risc quirúrgic previst, presentaven elevada comorbiditat, complicacions mèdiques, síndromes geriàtriques i deteriorament funcional, que requerien derivació i seguiment.

La incorporació de Geriatria a l'equip quirúrgic, augmenta qualitat assistencial en ancians ingressats en Traumatologia.

Aquesta col·laboració Traumatologia-Geriatria mitjançant interconsultes va culminar en la creació de la Unitat d'Orto-geriatria.

P65-1

FER DE METGE NO DE JUTGE

Francesc Marcano, Ferran Fillat Gomá, Marc Valls Mellado, Mariano Balaguer Castro, Jordi Huguet

Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

Comentaris a la sessió clínica que pressuposen evolucions clíniques fent referència a temes no patològics com : "el pacient es molt gran, no entendre el que te de fer , es addicte a les drogues, no obeerà el que se li indiqui, es enòlic, tornarà a caure i no servirà per res el que fem", poden influir en la presa de decisions. La indicació terapèutica es pot veure modulada o influïda per "el entorn" del pacient.

Reflexionar sobre la presa de decisions mèdiques per l'influència de "l'entorn" dels pacients.

El cas presentat descriu la evolució tòrpida d'un cas de fractura proximal humeral en un pacient enòlic que evolucionà a fractura oberta i durant el seu ingrés presentà hematúria per una neoplàsia coneguda de bufeta.

Després del tractament de la fractura oberta de húmer, y la tumoració vesical el pacient evoluciona favorablement física, social i familiarment.

Hem de intentar de prendre decisions sobre el procediment terapèutic del pacient no pressuposant d'entrada evolucions del procés que l'entorn del pacient modularà indefectiblement. Els pre-judicis no haurien d'influir en la nostra presa de decisions terapèutica.

MILLORS CARTELLS CIENTÍFICS

Moderadors: Muñoz Vives, J.M^a
Sales, Miquel

MC-1

RESULTATS IMPLANTACIÓ SIMULTÀNEA DE FAST TRACK EN PTG I PTM

Mir Batlle, P., García Oltra, E., Sotos, F., Pulgarín, M., Batlló, J., Comasòlives, A.

Hospital Sant Bernabé de Berga, Barcelona

Introducció i objectius

Els estudis clínics mostren una millora en els resultats en els malalts en que s'aplica el "rapid recovery" o "fast track" en pròtesis de genoll i maluc. La majoria de centres s'inicien en pròtesis de genoll. Les mesures es poden introduir progressivament o simultàniament. Donat que la filosofia del "Fast Track" és principalment un canvi de mentalitat vam decidir fer-ho a totes les pròtesis i amb una data concreta. Les principals característiques del canvi són: 1) sessió informativa per millorar informació i motivació del malalt i família, 2) anestèsia raquídia amb bupivacaína ajustada, sense mòrfics, i hiperbarà en els genolls, 3) pre i postmedicació adreçada a control del dolor i desaparició de nàusees i vòmits, 4) protocol avançat estalvi de sang (tranexàmic), 5) substitució de la rehabilitació passiva per activa intensiva, 6) reducció de l'estada mitja a 3 dies. El nostre protocol és conegut com Programa de Recuperació Intensiva Funcional (PRIF Berga). Es va implantar el 07 de gener de 2014.

Material i mètode

Compararem els 25 primers malalts operats de pròtesis de genoll primària en el període gener-març del 2013 amb els 25 primers operats el gener-març del 2014. El malalt coneix en la xerrada preoperatoria el dia i hora d'ingrés i el dia i hora d'alta. Diferenciem entre PRIF-S (PRIF Standard) i el PRIF-A (PRIF Adaptat), aquest segon inclou els recanvis (4 dies) i aquells malalts amb condicionament especials (obesitat, dificultat funcional o mental, patologia crònica severa,...) Es compara: 1) Temps quirúrgic, 2) Estada Mitja, 3) Utilització de drenatges i sonda, 4) Balanç articular a l'alta, 5) Nàusees i vòmits, 6) Hematomes, 7) Transfussió, 8) Ambulància a l'alta.

Es recullen les dades només del 2014 també en: 1) Satisfacció del malalt (en escala de 0 a 10), 2) Necessitat analgèsia addicional, i 3) EVA màxim.

Resultats

El temps quirúrgic s'ha reduït en 19 minuts de mitja (98 minuts a 79 minuts). L'estada quirúrgica s'ha reduït en 54% (de 7.2 dies a 3.3 dies). La utilització de drenatges (de 100% a 8%) i de sonda (de 100% a 8%) s'ha reduït molt significativament. El balanç articular en flexió a l'alta ha millorat en 23°: de 72° (50-105°) a 95° (65°-125°). Les nàusees o vòmits s'han reduït de 8/25 a 0/25. Els hematomes han augmentat de 5/25 a 9/25. Les transfusions no han canviat significativament pel tamany del grup (de 2/25 a 1/25). S'han utilitzat menys ambulàncies a l'alta (de 6/25 a 0/25). El grau de satisfacció dels malalts és globalment alt amb una mitja de 8.8 (8-10). La necessitat d'analgèsia addicional ha estat en un 20% dels malalts (5/25) i l'EVA màxim de 7 o més han estat 2/25.

Els costos diferenciats no estan analitzats si bé es redueix de forma sensible els dies d'estada, el temps de quiròfan, les càrregues d'infermeria i el cost global de medicació.

Conclusions

La implantació simultània en PTG i PTM ha permès canviar i unificar la mentalitat de tots els professionals implicats en el Programa. El canvi més important l'experimenta el malalt informat, preoperatoriament instruït i motivat. Es produeix una reducció del dolor, millora de la flexió i de la funcionalitat immediata, secundàriament s'acompanya d'una reducció sensible de l'estada i una reducció de costos.

MC-2

OSTEOTOMIA PERICACETABULAR DE BERNESE EN UNA RESECCIÓ EXTRA-ARTICULAR DE MALUC, RECONSTRUÏDA AMB UN AL-LOEMPOLT D'ACETÀBUL IRRADIAT I UNA MEGAPRÒTESI, EN UN PACIENT PEDIÀTRIC AMB OSTEO-SARCOMA DE FÈMUR PROXIMAL

Barro Ojeda, V., Vélez Vila, R., Gallardo Calero, I., Pacha García, D., Aguirre Canyadell, M.

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona

Keywords: Osteosarcoma, Fèmur Proximal, Osteotomia Periacetabular

Introducció i objectius

L'osteosarcoma és el tumor ossi primari maligne més freqüent. La cirurgia oncològica en un cas d'osteosarcoma de fèmur proximal afectant l'articulació del maluc és un repte per al cirurgià, degut a la necessitat d'obtenir marges lliures per la complexitat de l'anatomia de la pelvis i aconseguir una reconstrucció estable en un pacient pediàtric.

Material i mètode

Es presenta el cas d'un nen de 8 anys d'edat amb 5 mesos de dolor al maluc dret. Les imatges radiogràfiques van mostrar una lesió lítica agressiva al fèmur proximal estenent-se 13 cm a la diàfisi, amb una gran afectació de parts toves, englobant els teixits pericapsulars. L'estudi histològic va reportar l'existència d'un osteosarcoma osteoblàstic d'alt grau. Una vegada finalitzada la quimioteràpia neoadjuvant es va realitzar una resecció extra-articular del maluc dret. La reconstrucció es va realitzar amb un re-implant d'al-loempelt d'acetàbul prèviament irradiat i una megapròtesi de fèmur proximal.

Resultats

La reconstrucció d'una resecció tumoral d'una lesió de fèmur proximal amb una endopròtesi modular és un tractament amb garanties, obtenint una bona funció postoperatòria amb baixes taxes de complicacions. D'altra banda, la resecció extra-articular del maluc fent servir una osteotomia periacetabular ens permet aconseguir amplis marges lliures i mantenir intacta la columna posterior, optimitzant així l'estabilitat de la reconstrucció acetabular. La irradiació extracorpòrea i posterior re-implantació és un tractament que ofereix una bona alternativa als tractaments convencionals, especialment en casos com el nostre, on l'adaptació de la geometria de l'empelt era una prioritat.

Conclusions

Concloem que una resecció extra-articular de maluc fent servir una osteotomia periacetabular de Bernese, seguit d'una reconstrucció amb una reimplantació d'al-loempelt d'acetàbul

irradiat i una megapròtesi de fèmur proximal és una bona opció de tractament combinat per a una lesió maligna que afecta a l'articulació del maluc, especialment en pacients en l'edat pediàtrica.

MC-3

LUXACIÓ TRAUMÀTICA DE MALUC EN UN PACIENT PEDIÀTRIC: REVISIÓ DE LA LITERATURA I COMPARACIÓ D'AQUESTA PATOLOGIA AMB LA POBLACIÓ ADULTA

Chanes Puiggrós, C.¹, Terrabras Carol, L.², Mihai Petrica, A.³, García Jiménez, A.¹, Gabriele Montenegro, R.¹, Soria Villegas, L.¹

1. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)

2. Clínica Teknon, Barcelona

3. Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau, Barcelona

Keywords: Luxació, Maluc, Traumàtica, Infància, Reducció, Tancada.

Introducció i objectius

La luxació traumàtica de maluc és excepcional a la infància. A propòsit d'un cas clínic es revisa la literatura, comparant les característiques pròpies d'aquesta patologia en la població adulta i pediàtrica.

Material i mètode

Reportem el cas d'un nen de 4 anys amb hiperlaxitud que consulta per dolor i impotència funcional en maluc dret a conseqüència d'una caiguda d'esquí de baixa energia. Les radiografies confirmen una luxació posterior de maluc tipus I de Thompson i Epstein. Es realitza reducció tancada en quiròfan en la primera hora des de l'arribada, indicant-te a continuació 6 setmanes de descàrrega i posteriorment càrrega progressiva.

Resultats

Els resultats són excel·lents amb restitució ad integrum de la funcionalitat del maluc amb un nivell de vida equiparable al previ a l'episodi. No presenta dolor, alteracions a la deambulació, ni atrofia muscular. Les radiografies de control no mostren complicacions. Es va desestimar la realització d'una RMN donat l'excel·lent evolució clínica i l'absència de complicacions.

Conclusions

Malgrat la luxació traumàtica de maluc és molt infreqüent en adults (2-5%), la prevalença a la infància és molt inferior sent excepcional en nens les fractures associades. Existeix una distribució bimodal: un perfil amb edats entre 2-5 anys on la flexibilitat del cartílag acetabular permet que la luxació sigui conseqüència de traumatismes trivials; i un segon perfil (11-

15 anys) on es requereix alta energia donat que l'acetàbul es troba en ossificació.

La luxació de maluc representa sempre una emergència ortopèdica i cal reduir-la quan abans millor amb l'objectiu d'evitar complicacions com la osteonecrosis avascular. No existeix consens sobre el maneig un cop resolt l'episodi agut. El TAC/RMN estan indicats davant la sospita d'interposició de parts toves o per valorar la vascularització epifisària.

MC-4

GUIES PRENAVEGADES EN ARTROPLÀSTIA TOTAL DE GENOLL. LA NOSTRA EXPERIÈNCIA EN UNA SÈRIE DE 6 CASOS

Gardella Gardella, E., Fernández Valderas, P., Bial Vellvé, X., Barcons Bellido, C., Solano Puerta, C., Girós Torres, J.
Consorti Sanitari Integral, Barcelona

Keywords: Guies, Prenavegadas, Artroplàstia, Genoll, Casos

Introducció i objectius

Valorar la possibilitat d'implementar aquesta tècnica en la pràctica diària, avaluant des del punt de vista tècnic i econòmic la viabilitat d'aquest tipus de pròtesi, intentant rastrejar avantatges comparatius respecte a l'artroplàstia total convencional.

Material i mètode

Sèrie de 6 casos de gonartrosi tricompartmental, 1 dels casos intervingut quirúrgicament amb enclavat endomedullar tipus Kuntcher fa > 30 anys, que va presentar gonartrosi post-traumàtica, al qual no es va aconseguir retirar l'implant.

Amb imatges de TAC es van realitzar reconstruccions tridimensionals de genoll i a partir d'aquestes, les guies de posicionament femoral i tibial (Sistema Prophecy / Wright), permetent col·locar guies de tall sense la utilització de les guies intramedul·lars.

Es van comparar variables en el postoperatori immediat i als 4 mesos, amb mitjanes de les artroplàsties totals convencionals realitzades durant 2012-2013.

Resultats

6 ATG intervingudes. El temps quirúrgic va disminuir una mitjana de 18 minuts, cap cas va requerir transfusió, cap infecció de ferides, es va reduir l'estada postoperatoria a 3 dies (3,2 dies vs 5,8 dies en convencionals), es va precisar menys quantitat d'instrumental per a la implantació de la pròtesi. L'EVA en aquests 6 pacients va variar entre 1 i 3 (2 punts menys que la mitjana d'ATG convencional), requerint menys medicació per al dolor, no vam tenir complicacions de cap tipus. Tots van iniciar la deambulació assistida amb 2 bastons

al 2on dia, el BA va ser en tots superior a 0° - 120° i la valoració subjectiva del pacient mesurada amb WOMAC durant els primers 4 mesos va ser superior al grup amb instrumentació convencional.

Conclusions

Les guies prenavegades són senzilles d'utilitzar i ens aporten diferents beneficis. Semblen disminuir l'agressió quirúrgica, disminuint així l'ús de medicació i l'estada hospitalària, facilitant la rehabilitació precoç i millorant l'apreciació subjectiva del pacient del procés, d'altra banda s'esterilitza i utilitza menys material. Creiem que l'augment de cost per la realització del TAC i la fabricació de les guies queda compensat amb aquests beneficis.

MC-5

AL-LOEMPELT OSTEOCONDAL COM A TRACTAMENT EN LESIÓ QUÍSTICA MASSIVA D' ASTRÀGAL

Álvarez Gómez, C., Gómez Masdeu, M., Soria Villegas, L., González Lucena, G.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Keywords: Astràgal, Lesió Osteocondral, Al-loempelt.

Introducció i objectius

Les lesions osteocondals d'astràgal són causa habitual de dolor i pèrdua de funcionalitat.

El tractament dels defectes osteocondals massius d'astràgal continua essent un repte per al cirurgià ortopèdic.

La utilització d'al-loempelts osteocondals suposen una alternativa factible en el tractament de defectes osteocondals massius d'astràgal.

Material i mètode

Presentem el cas clínic d'una dona de 53 anys amb el diagnòstic d'una lesió quística intraòssia que evoluciona cap a un defecte osteocondral massiu.

L'estudi per RM confirma la presència d'una lesió d'aspecte quístic, que s'estén fins a la superfície articular de la meitat medial de l'astràgal. El tamany mesurat per RM fou de 2 cm de diàmetre anteroposterior, 1 cm de diàmetre transvers i 2 cm de diàmetre craniocaudal.

Donada l'extensió i afectació articular, es realitzà un trasplantament amb al-loempelt osteocondral de la meitat medial del cos de l'astràgal.

A través d'una osteotomia de mal·lèol medial tibial, es ressecà la lesió.

Es realitzaren les medicions del defecte i es va procedir a la conformació anatòmica de l'al-loempelt congelat, que fou sintetitzat amb 3 cargols canul·lats de 4 mm a compressió.

Resultats

El resultat de l'estudi anatomopatològic va confirmar el diagnòstic de quist ossi.

Es va indicar un període de descàrrega de 3 mesos, en els que es treballaren exercicis de balanç funcional actius i passius.

Inicià càrrega parcial amb ortesi tipus Walker als tres mesos.

Després d'un any i mig de seguiment, no s'observen signes de reabsorció o fracàs de l'empelt.

Els estudis d'imatge (TC) mostraren signes de consolidació i integració de l'empelt als 6 mesos.

En el TC de control a l'any de la cirurgia, es confirmà l'absència de col·lapse o fragmentació de l'empelt.

La pacient es troba actualment sense dolor i deambula en càrrega sense ajudes.

Conclusions

L'ús d'al·loempelts estructurals per a defectes massius d'astràgal representa una tècnica reconstructiva viable, que permet restaurar la conformació anatòmica articular, millorar la funcionalitat i el dolor secundari a aquest tipus de lesions. L'estabilitat i la integració de l'empelt han de valorar-se a mig i llarg plaç.

MC-6

POT INFLUIR EL PROTOCOL TERAPÈUTIC EN L'EVOLUCIÓ D'UN TUMOR MALIGNE?

Rodríguez Bascones, K.¹, Portabella Blavia, F.², Pablos González, O.³, Sanjuan Garriga, X.⁴, Mulet Margalef, N.⁵, Hernández Gañán, J.⁶

1. Metge Resident de COT, Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet del Llobregat, Barcelona
2. Cap de Servei de COT i membre Unitat Funcional de Tumors Ossis i Sarcomes, Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet del Llobregat, Barcelona
3. Facultatiu Especialista servei de COT i membre Unitat Funcional de Tumors Ossis i Sarcomes, Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet del Llobregat, Barcelona
4. Facultatiu especialista servei d'Anatomia Patològica i membre Unitat Funcional de Tumors Ossis i Sarcomes, Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet del Llobregat, Barcelona
5. Sarcoma research group, IDIBELL - Hospital Universitari Bellvitge, Hospitalet del Llobregat, Barcelona
6. Facultatiu especialista Radiodiagnòstic i membre Unitat Funcional Tumors Ossis i Sarcomes, Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet del Llobregat, Barcelona

Keywords: Protocol, Evolució, Tumor, Maligne

Introducció i objectius

La detecció d'un possible tumor ossi maligne en exploracions radiogràfiques obliga a realitzar diferents exploracions complementàries i biòpsies per valorar el tipus de tumor, localització i afectació de parts toves, per decidir el tractament a realitzar i la seqüència del mateix. En ocasions, si aquests pacients no són tractats en unitats de referència, podem cometre errors en el plantejament terapèutic que podrien tenir influència en l'evolució posterior de la malaltia.

Presentem un cas d'una pacient operada en un altre centre d'un tumor maligne d'húmer, derivada a la nostra Unitat de Tumors amb un diagnòstic erroni i sense pauta terapèutica preestablerta. Un exemple de com no s'han de realitzar les coses, independentment de que pugui influir o no en el resultat final.

Material i mètode

Pacient de 45 anys diagnosticada de leiomiiosarcoma d'húmer, realitzant-se ressecció tumoral, al·loempelt intercalar i enclavat endomedullar. Un mes després, arriba a la nostra Unitat de Tumors per valorar quimioteràpia complementària. Al nostre centre es va realitzar un estudi d'extensió, proves complementàries i revisió de les preparacions histològiques aportades per la pacient. El diagnòstic va ser de Sarcoma Fusocel·lular Epitelioide d'Alt Grau i el comitè de tumors va decidir tractament amb quimioradioteràpia per

si la cirurgia practicada no esdevingué tant radical com el cas exigia. La pacient va presentar als dos mesos, dues tumoracions de parts toves, una a nivell del terç mig de l'húmer i l'altra al punt d'entrada del clau humeral, que varen ser biopsiades. Amb el diagnòstic de recidiva i la mala resposta obtinguda a la quimioradioteràpia, es va decidir tractament quirúrgic radical. L'estudi preoperatori d'extensió mitjançant TC toracoabdominal i PET va ser negatiu i es va realitzar una hemiquartectomia, sense complicacions peroperatories ni postquirúrgiques.

Resultats

La pacient es va adaptar a la nova situació funcional satisfactòriament. Va reiniciar quimioteràpia amb un esquema diferent. Sis mesos després es varen detectar metàstasis pulmonars, mediastíniques, pancreàtiques, hepàtiques i òssies. La pacient va ser èxitus un mes després.

Conclusions

Casos com aquest han de ser derivats a unitats especialitzades amb comitè de tumors per una valoració i planificació multidisciplinària del tractament correcte a realitzar i la seqüència del mateix.

MC-7

PSEUDOARTROSI DE CALCANI

Álvarez Gómez, C., Natera Cisneros, L.G., Soria Villegas, L., González Lucena, G.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Keywords: Calcani, Pseudoartrosi.

Introducció i objectius

La pseudoartrosi de calcani es considera excepcional. La seva incidència s'estima entorn al 1-2% de totes les fractures intraarticulars i s'ha relacionat amb aquelles fractures tractades de manera conservadora, amb malalties com la diabetes, amb el tabaquisme, i amb les fractures obertes.

Material i mètode

Presentem el cas d'una pseudoartrosi de calcani com a seqüela d'una fractura luxació oberta en el context d'un peu castròfic.

Dona de 51 anys, fumadora que pateix al 2008 un atropellament per un turisme.

Presenta una fractura luxació intraarticular oberta grau IIIB (Gustilo&Anderson) del calcani esquerre.

Es realitzà una reducció oberta i una síntesi ad minimum amb agulles de Kirschner.

Als 3 mesos de la cirurgia es realitzà una cobertura de parts toves de la regió sural amb autoempelt de pell lliure.

Es desenvolupà un quadre de rigidesa i equinisme local.

La TC als dos anys demostrava l'absència de consolidació a nivell del focus fracturari, i l'estudi per RM va constatar la presència de necrosi a nivell de la tuberositat posterior del calcani.

Es va decidir reintervenir a la pacient al 2011.

A través d'un abordatge lateral del calcani, es va procedir a la cruentació del focus de pseudoartrosi, l'aport d'homoempelt estructural i d'os esponjós, i es realitzà una artrodèsi de l'articulació subastragalina amb cargols canul·lats.

Resultats

1 any després de l'artrodèsi, al control amb TC s'observà la consolidació completa de la faceta posterior, i consolidació parcial de les facetes medial i anterior.

Després de 5 anys de l'accident, actualment la pacient deambula amb ajuda d'un bastó, sense dolor, amb el peu en posició plantígrada i amb una flexió plantar de 30 graus.

Conclusions

Les característiques esponjoses del calcani fan que la incidència de pseudoartrosi sigui excepcional.

La mala reducció anatòmica, el tabaquisme i la diabetes, variables presents en el cas que presentem, són factors que s'han relacionat amb pitjors taxes de consolidació.

El tractament quirúrgic de la pseudoartrosi de calcani requereix d'una cruentació del focus de pseudoartrosi, aport estructural d'empelt ossi i en els casos d'afectació articular o desviacions axials, s'associen procediments d'artrodèsi o osteotomies correctores.

MC-8

FASCITIS NECROTIZANT MULTIFOCAL PER STREPTOCOCUS PYOGENES. A PROPÒSIT D'UN CAS

Moranas Barrero, J., Cabo Cabo, J., Pedrero Elsusó, S., Cortés Ledesma, G., Portabella Blavia, F., Cañas Miguel, E.

Hospital Universitari de Bellvitge, l'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Introducció i objectius

La fascitis necrotitzant multifocal és una patologia poc freqüent i potencialment mortal, en què s'afecten diverses àrees corporals no contigües. Presentem el cas d'una pacient de 31 anys que va presentar sèpsis puerperal per *S. pyogenes* i fascitis necrosant requerint fasciotomies de EESS i EEII.

Material i mètode

Es tracta del cas d'una pacient de 31 anys, sense antecedents patològics d'interès, que als 40 dies de donar a llum presenta quadre de febre de 40° i polimialgies. S'orienta el quadre inicialment com viriasi rebent tractament corticoideu. Als quatre dies reconsulta per persistència de febre alta i tumefacció amb zona violàcia a nivell d'adductors de cama esquerra i xoc sèptic.

Un cop a urgències el quadre de la pacient evoluciona ràpidament, apareixent tumefacció, àrees de patiment cutani i flictenes a nivell de braços i cames. Encara que es va realitzar TC abdominal i d'EEll on no es van trobar dades conclouents, a causa de la clínica es va orientar el cas com fascitis necrotitzant multifocal en context de sèpsis puerperal, per la qual cosa decideix desbridament quirúrgic de les quatre extremitats.

Els cultius, tant de les àrees on es van realitzar fasciotomies com del frotis vaginal, van ser positius per *S. pyogenes*.

Resultats

La pacient va evolucionar favorablement. Va requerir cures setmanals a quiròfan de les ferides per neteja i exèresi de teixit no viable. Les ferides de EEll i cama dreta es tanquen a les tres setmanes. La ferida de cama esquerra, per la seva gran grandària i l'exposició del 1/3 distal de fèmur, requereix ús de de teràpia VAC (Vaccum Assisted Closure), es realitza el tancament a les 10 setmanes.

Conclusions

Presentem un cas poc habitual de fascitis necrotitzant multifocal, és molt important en aquest tipus d'entitats tenir la sospita clínica de la seva presència i, sobretot, actuar d'una forma ràpida pel que fa al tractament, que ha de ser desbridament quirúrgic de les zones afectes.

MC-9

ARTRODÈSI 4 CANTONADES AMB PLACA CIRCULAR: LA CORRECTA REDUCCIÓ DELS SEMILUNAR PER DISMINUIR EL PINÇAMENT DORSAL DE CANELL

Besalduch Balaguer, M., Proubasta Renart, I., Millán Billi, A., Lamas Gómez, C.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Introducció i objectius

L'artrodèsi 4 cantonades és el tractament clàssic pel col·lapse avançat escafolunar (SLAC) i pel col·lapse avançat per pseudoartrosi de l'escafoïdes (SNAC). Es pot realitzar mitjançant cargols de compressió, agulles de Kischner (AK) o plaques circulars. Aquestes últimes asseguren una fixació estable però alguns estudis mostren altes taxes de

complicacions i pseudoartrosi. L'objectiu d'aquest estudi va ser avaluar la incidència de pinçament dorsal i la taxa de pseudoartrosi.

Material i mètode

Entre 2004 i 2012, realitzarem 12 artrodèsi 4 cantonades amb escissió de l'escafoïdes i mitjançant una placa circular (Spider; Kinetikos Medical) i empelt ossi. Tots els pacients eren homes amb una edat mitja de 52 anys. El seguiment mig va ser de 56 mesos. De la tècnica quirúrgica, es va donar importància a la correcció de la desviació dorsal del semilunar. Avaluarem: dolor, rang de mobilitat, força d'agarrada, escala funcional DASH, pinçament radial dorsal, temps de consolidació, complicacions i reintervencions.

Resultats

El dolor va variar d'un EVA (escala visual analògica) de 7 a 1 (0-2). El rang de mobilitat mitjà va ser de 42° d'extensió i 36° de flexió. La força va millorar en 16 punts i l'angle entre l'os gran i el semilunar de 38° a -5°. 3 casos (27%) varen presentar pinçament dorsal del radi amb el material de síntesi, relacionat amb una insuficient reducció del semilunar. L'escala DASH va ser de 24 i la satisfacció del pacient del 60%. La radiografia va mostrar pseudoartrosi en un sol cas, amb afluixament del material, que va requerir cirurgia de revisió. Es va identificar un sol cas de degeneració radiolunar, sense transcendència clínica. No varen haver altres complicacions.

Conclusions

La placa circular per realitzar l'artrodèsi 4 cantonades dona bons resultats de consolidació, dolor i funcionalitat postoperatoria. L'avantatge d'aquesta placa és la solidesa de la fixació i la menor taxa de pseudoartrosi, que a la nostra sèrie aquesta va ser d'un 8%. En definitiva la placa circular és una tècnica demandant però fiable per l'artrodèsi 4 cantonades, amb uns resultats postoperatoris que molt probablement estiguin relacionats amb la correcta reducció del semilunar.

MC-10

FRACTURA LUMBAR INTRAOPERATÒRIA PER HIPEREXTENSIÓ EN UN PACIENT AMB HIPEROSTOSIS ESQUELÈTICA DIFUSA IDIOPÀTICA DURANT UNA CIRURGIA ABDOMINAL: CAS CLÍNIC

Dellonder Frigolé, J., Ordóñez Cayuela, C., Cavanilles Walker, J.M.^a, Bernal Vargas, J.G., Iborra González, M., Ubierna Garcés, M.^aT.

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona

Keywords: Fractura Per Hiperextensió, Hiperostosis Esquelètica Difusa Idiopàtica, DISH, Cirurgia Abdominal, Fractura Vertebral Iatrogènica.

Introducció i objectius

Malgrat s'han descrit casos de fractura vertebral en els segments fusionats en el DISH, desconeixem cap cas descrit de fractura lumbar per hiperextensió en un pacient amb DISH en el transcurs d'una cirurgia abdominal.

Ens proposem presentar un cas de fractura vertebral de L4 per hiperextensió en un pacient amb hiperostosis esquelètica difusa idiopàtica, relacionat amb la posició del malalt en la taula d'operació durant una intervenció abdominal per aneurisma d'aorta.

Material i mètode

El pacient va ser acceptat a la Unitat de Cures Intensives després de realitzar-se-li una cirurgia abdominal retro peritoneal. Intraoperatoriament el pacient presenta de forma sobtada inestabilitat hemodinàmica sense cap sagnat visible, requerint així múltiples transfusions i drogues vasoactives durant el procediment quirúrgic.

Post operatòriament el pacient presenta dolor en zona lumbar acompanyat d'un lleuger dèficit motor a la cama esquerra. Es decideix realitzar un TAC que mostra una fractura inestable en hiperextensió a nivell de L4 així com signes de DISH.

Resultats

Es va procedir a instrumentació i artròdesis per via posterior de L2 a S1 sense fusió vertebral anterior ni corpectomia de L4. Posteriorment a la cirurgia la capacitat motora i sensorial varen retornar a la normalitat.

Conclusions

Per nosaltres aquest seria el primer cas descrit de fractura lumbar en un pacient amb DISH com a complicació intraoperatòria en una cirurgia abdominal. La posició del pacient en aquests procediments abdominals (hiperextensió i rotació axial del tronc) va ser la causa precipitant d'aquest tipus de complicació quirúrgica. Recomanem un screening de rutina en pacients que han de ser sotmesos a cirurgia retro peritoneal en la posició descrita, per evitar complicacions com les d'aquest cas.

CASOS CLÍNICS PER A RESIDENTS

Moderadors: Clares, Iban
Puig, Lluís

CCR-1

LUXACIÓ VOLAR DE LA SEGONA, TERCERA I QUARTA ARTICULACIÓ CARPO-METACARPIANA ASSOCIADA A UNA FRACTURA DE BEN NET DEL PRIMER DIT

Di Felice Ardente, P., Aranda Grijalba, C., Barceló Granero, I., Sánchez Allueva, J., Saus Sarrias, J.

Hospital Sant Joan de Déu (Althaia). Manresa

Introducció i objectius

La luxació de les articulacions carpo-metacarpianes és un esdeveniment molt rar associat la gran majoria de les vegades a traumatismes d'alta energia; menors encara són els casos que afecten als tres metacarpianes centrals i que presenten una luxació volar. Moltes vegades són lesions difícils de diagnosticar, per la qual cosa és important realitzar una sèrie de projeccions radiològiques adequades i tractar ràpidament a aquests pacients, reduint així el risc de complicacions.

Material i mètode

Home de 33 anys d'edat, sense antecedents d'interès, que arriba a urgències després d'un accident de trànsit. Explica un mecanisme de contusió directa de la seva mà dreta contra el volant. A l'exploració s'objectiva dolor i impotència funcional de la mà amb presència d'una ferida lacero contusa a nivell de l'eminència tenar. També un gran edema i tumefacció en la cara dorsal de la mà. L'estat vasculo nerviós distal es mostra conservat.

Radiològicament se objectiva una luxació radio volar de la 2°, 3° i 4° articulació carpo-metacarpiana associada a una fractura de Bennet del 1° dit. A quiròfan es realitza un exhaustiu desbridament de la ferida i es procedeix a la reducció oberta i osteosíntesis amb col·locació de quatre agulles de kirschner.

Resultats

Les radiografies post-operatòries mostren una correcta reducció de les 2°, 3° i 4° articulacions carpo-metacarpianes. Es realitzen cures diàries de les ferides i la rehabilitació comença

l'endemà de la intervenció. A les 6 setmanes es retiren les agulles de kirschner. Les ferides presenten una correcta cicatrització i el pacient a les 8 setmanes és capaç de mobilitzar els dits sense dolor i amb una força gairebé comparable a la mà de l'altre costat.

Conclusions

Les luxacions carpo-metacarpianes són lesions molt poc freqüents, representant només <1% de totes les lesions de la mà. Revisant la literatura, aquest és un dels pocs casos on es descriu una luxació volar dels tres metacarpianes centrals. El tractament consisteix en la reducció tancada quan aquesta sigui possible i en la fixació amb agulles de kirschner en cas de lesions inestables. Iniciar de forma precoç la fisioteràpia post-operatòria és fonamental per assolir l'èxit en la recuperació funcional del pacient.

CCR-2

LA MÀ I EL MOTORISTA

Marlet Jordana, M.T., Isart Torruella, A., Olivé Viñas, S., Cáncer Castillo, D., Barrera Ochoa, S.

ICATME-I.U. Dexeus. Barcelona

Introducció i objectius

Pacient motorista de 13 anys, derivat per lesió 5è dit mà dreta posterior a una caiguda en circuit, amb atrapament de la mà amb el manillar.

Material i mètode

A l'exploració, s'objectiva lesió important del 5è dit de la mà dreta, amb pèrdua de substància, parts toves i falange mitja del 5è dit.

Es realitza revisió quirúrgica, on ens trobem amb secció del paquet vasculo-nerviós radial, secció del flexor profund i superficial, i absència de la falange mitja. Realitzem neteja quirúrgica, estabilització amb Kw per mantenir longitud dit; sutura temporal tipus kessler del flexor profund i cobertura del defecte cutani mitjançant cross finger, penjoll de base del 5è dit i emplet cutani cara volar carp.

Resultats

Bona evolució post-operatòria dels injerts, per la qual cosa, als 15 dies es divideix el cross-finger i es remodelen els injerts cutanis. Va seguint controls progressius amb cures dels injerts, fins que als 2 mesos de la lesió realitzem cirurgia definitiva amb aport emplet ossi (esponjós i cortical olécranon), i posterior artrodesis IFP del 5è dit.

Continua seguiments clínic-radiològics durant 5 setmanes, objectivant-se correcta consolidació de l'artrodesis; i retirant el material d'osteosíntesis.

Actualment el pacient continua tractament RHB amb BA correcte i ja s'ha reincorporat a la seva activitat esportiva, amb adaptació dels guants a la lesió.

Conclusions

Les lesions traumàtiques dels dits de les mans, són lesions que es veuen habitualment en motoristes, ja sigui per proteccions insuficients i per la posició d'aquests respecte el manillar.

És important una actuació precoç davant d'aquestes lesions, degut a les complicacions i seqüeles que poden haver-hi, com a conseqüència del retard en l'actuació. Exigeixen una correcta valoració dels danys, de les possibilitats de tractament i reparació dels teixits; tenint en compte les futures cirurgies i possibles complicacions i/o seqüeles.

CCR-3**FRACTURA-AVULSIÓ D'AMBDUES TUBEROSITATS I LESIÓ TIPUS BANKART OSSI EN UNA LUXACIÓ GLENO-HUMERAL**

Gamba, C., Ferrer-Catasús, T., López Alcover, A., Mingo Fernández, F.A., Santana Pérez, F.

Parc de Salut Mar. Barcelona

Introducció i objectius

Les fractures de les tuberositats s'associen a les luxacions d'espalla i representen el 20% de totes les fractures d'húmer proximal. Les lesions òssies del labrum anterior també acostumen a ser conseqüència d'aquest mecanisme traumàtic.

Presentem un cas en el que s'associa la fractura de les dues tuberositats i de la vora glenoïdal anterior com a conseqüència d'una luxació d'espalla.

Material i mètode

Pacient de 54 anys que pateix una luxació gleno-humeral anterior després d'una caiguda casual. A la radiografia presenta una lesió tipus Bankart ossi(BO).

Es practica una reducció tancada en el servei d'urgències, persistent, a la radiografia de control, una subluxació.

Se sol·licita una TC diagnosticant fractura-avulsió de les dues tuberositats associada a la presència d'un lesió tipus Bankart ossi(BO) amb subluxació gleno-humeral.

Es realitza una reducció oberta en la qual queda palès que la subluxació articular es devia a la interposició del múscul subescapular avulsionat de la seva inserció mitjançant una pastilla òssia.

Es fixen les dues tuberositats amb sutures transòssies i es tracta el BO mitjançant un reancoratge amb arpó.

Resultats

El pacient és immobilitzat durant 4 setmanes. Passat aquest temps inicia mobilització passiva i activa progressiva.

Un any després de la cirurgia recupera la mobilitat completa, sense limitacions en les AVD.

A la TC de control es comprova la correcta consolidació de les tuberositats i del BO.

Conclusions

Les fractures de les tuberositats, com les lesions tipus BO, s'associen a les luxacions d'espalla en uns 15-20% de casos.

La presència dels 3 tipus de fractura-avulsió en un mateix pacient és un esdeveniment molt poc freqüent.

Normalment la fractura de les dues tuberositats compromet la integritat del coll humeral produint una fractura en 4 parts.

Només s'han descrit 3 casos de fractura o fractura avulsió d'ambdues tuberositats. El tractament quirúrgic pot basar-se en cargols, ancoratges amb arpons o sutures trans-òssies.

Les lesions tipus BO s'orienten de manera semblant, sent el desplaçament i la mida de la mateixa el que defineix el tractament adequat.

En aquest cas la utilització de sutures a nivell de les tuberositats i l'ancoratge amb arpons a nivell glenoïdal han proporcionat un resultat funcional correcte.

CCR-4**REACTIVACIÓ TUBERCULOSA COM A DIAGNÒSTIC DIFE-RENCIAL DE COXARTROSIS RÀPIDAMENT DESTRUCTIVA**

Manent Molina, A., Rivero Sosa, R., Parada Avendaño, I., Gardella Gardella, E., Álvarez San Nicolás, J.

Consorci Sanitari Integral

Introducció i objectius

Encara que la prevalència està disminuint, la tuberculosi és una de les infeccions més freqüents. De predomini en països subdesenvolupats, s'ha vist un augment de la incidència en el món occidental degut a la immigració. Encara que l'afectació articular és poc freqüent, correspon a un 20% de la tuberculosi extrapulmonar, sent el maluc conjuntament

amb el genoll la zona més freqüentment afectada per darrera de la columna vertebral.

Material i mètode

Presentem un pacient de 78 anys espanyol amb coxalgia dreta de llarga evolució (artritis a la infància) que en els últims 4 mesos s'ha aguditzat arribant a la invalidesa total (acudeix a la consulta en cadira de rodes). Presència de tumoració de 12-14 cm de parts toves a nivell recte anterior d'aparició recent, RMN informa de massa de contingut líquid i en comunicació amb l'articulació. En la radiografia s'observa artropatia degenerativa del maluc dret.

Resultats

Es decideix realitzar punció de la tumoració i infiltració amb glucocorticoides. Resultats microbiològics negatius i gammaografia òssia sense signes indicatius d'infecció. Als 15 dies, en unes noves radiografies s'observa desaparició total del cap femoral, artropatia ràpidament destructiva. Es decideix intervenció quirúrgica, però al realitzar l'artrotomia coxofemoral, apareix abundant material caseós intraarticular. Decidint cirurgia en 2 temps: primer col·locació d'espaiador de ciment + gentamicina i posteriorment col·locació d'artroplàstia total de maluc (als 7 mesos). L'estudi anatomopatològic i microbiològic confirma diagnòstic de tuberculosi. Tractament amb antibiòtic antituberculós durant 1 any. Entremig presenta una reactivació tuberculosa de parts toves al voltant de la ferida quirúrgica requerint múltiples reintervencions de parts toves.

Als 3 anys de la primera cirurgia i després de 2 anys de tractament antibiòtic, segueix una bona evolució clínica, amb paràmetres normalitzats i sense dolor.

Maneig multidisciplinar amb infeccioses.

Conclusions

És important tenir en compte aquesta patologia al realitzar el diagnòstic de coxalgies amb clínica incerta. Realitzar un estudi individual i exhaustiu abans de decidir el tractament a seguir, ja que existeix un gran nombre de tractaments antibiòtics antituberculosos i de tècniques quirúrgiques possibles, portant un maneig multidisciplinar amb infeccioses i/o reumatologia.

CCR-5

TRACTAMENT DE RESCAT DE PSEUDOARTROSI I RUP-TURA D'IMPLANTS EN FRACTURA SUBTROCANTÈRICA BILATERAL ATÍPICA DE FÈMUR EN HOME TRACTAT AMB BIFOSFONATS

Cuenca Llavall, M., Guirro Castellnou, P., Martínez Díaz, S.
Parc de Salut Mar. Barcelona

Introducció i objectius

L'osteoporosi és la malaltia òssia metabòlica més freqüent. El tractament amb bifosfonats està acceptat pel seu tractament. Els bifosfonats com a tractament perllongat poden provocar fractures subtrocantèriques atípiques.

Material i mètode

Home de 59 anys, diagnosticat el 2006 d'Osteoporosi masculina primària i en tractament amb Ac. Zoledrònic endovenós anual des del 2008. A l'octubre del 2009 pateix una fractura subtrocantèrica atípica de fèmur D que es tracta amb un enclavat endomedul·lar fèmur proximal curt (tipus PFN-A). L'evolució no és favorable, sense signes de consolidació a l'any de la cirurgia. Al novembre de 2010 pateix una altra fractura subtrocantèrica atípica del costat contralateral, realitzant-se el mateix tractament. Al setembre de 2011 amb el diagnòstic de pseudoartrosi asèptica bilateral i amb evidència radiològica de la ruptura d'ambdós implants, és derivat al nostre centre per a valoració.

Resultats

Es suspèn el tractament amb bifosfonats i s'intervé el mateix setembre del 2011 de la pseudoartrosi de la fractura subtrocantèrica esquerra; realitzant-se la retirada del material trencat, decorticació i cruentació del focus, aport d'al·loempelt d'esponjosa, fressat endomedul·lar i implantació d'un enclavat endomedul·lar llarg (tipus Affixus llarg). Al cap de 15 dies s'intervé del costat contralateral, realitzant-se el mateix procediment quirúrgic. Després de la cirurgia inicia un tractament amb teriparatida, calci i vitamina D, juntament amb rehabilitació. Als quatre mesos després de les intervencions s'observa l'inici de la consolidació de les fractures. Als dos anys i mig el pacient es mostra satisfet, sense dolor, tolera la deambulació sense bastons i és independent per a les activitats de la vida diària i els controls radiològics són compatibles amb la consolidació d'ambdues fractures.

Conclusions

Les fractures bilaterals subtrocantèriques atípiques són molt infreqüents en el sexe masculí. No hem trobat cap cas descrit a la literatura d'un pacient de sexe masculí que presenti una pseudoartrosi bilateral de fractures subtrocantèriques atípiques.

La supressió del tractament amb bifosfonats, l'inici del tractament amb teriparatida més calci i vitamina D, associat a la cirurgia de rescat descrita, s'han mostrat efectius per a la consolidació de les fractures i per a retornar al pacient a un estat funcional satisfactori.

CCR-6

LA INFECCIÓ EN L'ARTROPATIA DE CHARCOT DEL TURMELL AMB DEFORMITAT SEVERA

Marí Molina, R., Pérez Prieto, D., Valverde Vilamala, D., Gamba, C., Ginés Cespedosa, A.

Parc de Salut Mar. Barcelona

Introducció i objectius

L'artropatia neuropàtica (també coneguda com artropatia de Charcot) està relacionada amb la pèrdua de sensibilitat i propiocepció que altera l'arquitectura conjunta i afecta principalment al peu i al turmell. A Europa, la neuropatia diabètica és la causa més freqüent seguida de la neuropatia alcohòlica i el tabes dorsal. L'artrodesi es considera el tractament d'elecció i es reserva l'amputació per a casos de deformitat extrema, úlceres intractables o infecció (Sohn-2010, Pakarinen-2002).

Material i mètode

Dona de 74 anys que va ser remesa al nostre centre per a valorar una deformitat ràpidament progressiva (2 mesos) del peu i el turmell. Va ser diagnosticada prèviament de neuropatia sensitiva idiopàtica (greu hipoestèsia termo-algèsica). A l'exploració física destacava una deformitat del retropeu en valgo de 46 ° i una ulceració medial a causa de la pressió del mal·leol tibial. La radiografia mostrava una artropatia destructiva de la part posterior del peu i turmell amb una pèrdua de > 80% de l'astràgal i una fractura d'estrés del peroné.

Resultats

Es va indicar una artrodesi tibio-talo-calcània amb clau retrògrad. Abans de l'artrodesi del turmell es va immobilitzar temporalment amb un fixador extern per tal d'afavorir la resolució de l'úlcer medial, però 12 dies després va observar-se pus al pin del calcani. Els cultius van ser positius per *Staphylococcus aureus* (ciprofloxacina-S i rifampicina-S) i *Pseudomonas aeruginosa* (ciprofloxacina-S). Després de 10 dies d'antibiòtics d'ampli espectre per via intravenosa (fins a l'obtenció de resultats dels cultius), es va realitzar una artrodesi amb clau retrògrad i al·loempelt de cap femoral. Va ser donada d'alta a les 48 hores, permetent l'inici de la càrrega a les dues setmanes amb un walker i dues crosses. La pacient va ser sotmesa a 5 setmanes addicionals de tractament antibiòtic

amb ciprofloxací i rifampicina. Després de 6 mesos, la pacient camina amb una crossa mantenint la correcta alineació.

Conclusions

Tot i que la infecció ha estat considerada com un dels criteris d'amputació en pacients d'edat avançada amb una artropatia de Charcot del peu i el turmell, en els casos en que es poden tractar amb medicaments anti-biofilm (Trampuz-2006), l'artrodesi pot seguir sent el tractament d'elecció.

CCR-7

TRACTAMENT QUIRÚRGIC MITJANÇANT TRANSFERÈNCIA TENDINOSA DEL FLEXOR SUPERFICIAL DEL DIT ANULAR PER LA HIPOPLASIA DEL POLZE TIPO IIIA

Millán Billi, A., de la Dehesa Cueto-Felgueroso, P., Besalduch Balaguer, M., Arriaga de la Huerta, N., Lamas Gómez, C.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Introducció i objectius

L'hipoplasia del polze inclou un ampli espectre de deformitats que va des de la disminució del tamany fins l'absència completa (aplasia) del dit. Existeixen molts tractaments descrits que depenen del tipus de deformitat i varien des de la rehabilitació fins a tècniques quirúrgiques com la polzerització del dit índex.

Material i mètode

Nen de 8 anys que presenta el polze de la mà esquerra amb atrofia de la musculatura tenar, actitud en aducció i desviació radial de l'articulació metacarpofalàngica compatible amb una hipoplasia del polze tipus IIIA de la modificació de Manske per la classificació de Blauth.

Presenta un dèficit de la flexoextensió del polze i, encara que la articulació metacarpofalàngica sigui inestable, el pacient la fa servir per fer la pinça.

Després de 4 anys de rehabilitació, es decideix realitzar una intervenció quirúrgica mitjançant una transferència tendinosa del tendó flexor superficial del dit anular a extensor pollicis longus i abductor curt del polze. A més, es va realitzar una plastia de reforç pel lligament col·lateral cubital.

Resultats

Després de 4 setmanes d'immobilització amb guix es va començar la rehabilitació. Amb un any de seguiment el pacient fa la pinça de forma satisfactòria i amb una força acceptable.

Conclusions

El maneig de les deformitats del polze és complex, segons el grau de hipoplasia es decidirà per un tractament o un altre. El tractament s'ha de fer de manera individualitzada i sempre

procurant que el pacient tingui un polze estèticament acceptable i funcional.

El nostre cas, davant d'una deformitat tipus IIIA, el tractament mitjançant transferència tendinosa va presentar bons resultats estètics i funcionals amb una alta satisfacció del pacient.

CCR-8

LESIÓ OSTEOCONDRALE DESAPERCEBUDA DE GENOLL. TRACTAMENT AMB ALOEMPELT OSTEOCONDRALE ASSISIT PER ARTROSCÒPIA

Besalduch Balaguer, M., Arriaga Lahuerta, N., Millán Billi, A., Gelber Ghertner, P.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Introducció i objectius

Les lesions osteocondrals són defectes que afecten tant el cartílag com l'ós subcondral. Si aquestes lesions no es tracten provoquen un augment de l'estrés mecànic a la vora de la lesió i poden provocar dany articular, amb un increment del risc d'artrosi.

L'objectiu del tractament quirúrgic és restablir la superfície articular. Les opcions terapèutiques varien segons el tamany de les lesions: des de microperforacions fins a trasplantaments osteocondrals, amb bons resultats a mig plaç.

L'objectiu és presentar un cas clínic d'aquest tipus de lesió amb bona evolució posterior.

Material i mètode

Pacient home de 21 anys que consulta per molèsties i vessament articular arran d'un traumatisme directe jugant a fútbol. L'exploració física era anodí, excepte pel vessament articular. Es realitzà una radiografia simple on no s'objectivà cap lesió òssia aguda.

El pacient continuà amb vessament articular, però amb mobilitat completa i sense dolor ni limitació funcional. Un mes més tard es va repetir la radiografia simple, identificant una lesió òssia a còndil femoral extern.

Realitzarem una ressonància magnètica nuclear on s'objectivava una lesió osteocondral en la zona de càrrega del còndil femoral de 2 x 2'2 cm de tamany.

Donat el temps d'evolució i el tamany de la lesió es va decidir realitzar una reconstrucció amb al·loempelt osteocondral amb assistència artroscòpica, fixat amb 2 cargols de petits fragments de compressió a través d'una incisió mini-open parapatel·lar.

Es va mantenir al pacient en descàrrega durant 2 mesos, moment en el que es va tornar a intervenir per retirar el material de síntesis mitjançant artroscòpia, objectivant una correcta integració de l'empelt. Llavors es va indicar la càrrega progressiva.

Resultats

La resonància de control als 3 mesos de la cirurgia mostrava una restitució de la superfície articular del còndil amb una mínima irregularitat residual.

El pacient presentava als 5 mesos de la cirurgia una molt bona evolució, realitzant activitat esportiva diàriament, presentant només lleugeres molèsties femoropatel·lars.

Conclusions

Per les lesions osteocondrals de gran tamany, l'al·loempelt osteocondral és una opció vàlida amb bons resultats a curt plaç.

CCR-9

IMPLANTACIÓ DE PRÒTESI TUMORAL EN PACIENT AMB INFECCIÓ DE FRACTURA SUBTROCANTÈRICA DE FÈMUR

Fuentes López, I., Matamala Pérez, A.

Hospital Universitari Mútua de Terrassa

Introducció i objectius

La infecció aguda post-quirúrgica en fractures de fèmur en l'ancià és una complicació freqüent (5-10%). El tractament d'aquestes infeccions pot suposar un repte important per al cirurgià ortopèdic. Una mala evolució de la infecció o una osteosíntesi inestable pot obligar a la retirada del material, trobant-nos en moltes ocasions amb un important defecte ossi, condicionant d'aquesta manera el resultat final del procés.

Material i mètode

Presentem el cas d'una pacient de 69 anys que ingressa al nostre servei per fractura subtrocantèrica de fèmur esquerra tipus Seinsheimer IIIa després caiguda casual en domicili. A les 24 hores de l'ingrés es va intervenir la pacient mitjançant enclavat endomedul·lar tipus IMHS cp (Smith & Nephew) llarg. Durant l'acte quirúrgic es va produir una fractura iatrogènica del massís trocantèric que va precisar estabilització mitjançant un cerclatge. Durant l'ingrés la pacient presenta una mala evolució de la ferida quirúrgica, amb drenatge purulent a través d'aquesta, pel que es realitza un desbridament quirúrgic en dues ocasions (als 12 i 17 dies de la primera intervenció). Els resultats microbiològics de les mostres obtingudes van ser positius, presentant una infecció polimicrobiana amb gèrmens multiresistents. Degut a la mala evolució del procés es va procedir a la retirada del material d'osteosíntesi, quedant un important defecte de l'estoc ossi, que va precisar de la implantació d'un espaiador de maluc recobert d'antibiòtic adaptat al defecte ossi. Es va instaurar tractament antibiòtic específic per als diferents gèrmens, segons antibiograma obtingut, durant 8 setmanes.

Resultats

Als dos mesos, després de la finalització de la teràpia antibiòtica i normalització dels paràmetres biològics (VSG i PCR), es procedeix a l'extracció del espaiador i a la implantació d'una artroplàstia de revisió tumoral PSO (BIOMET). Els resultats de l'estudi microbiològic de les mostres obtingudes van ser negatius.

Conclusions

La retirada del material d'osteosíntesi en la infecció de fractures subtrocantèriques pot ocasionar una pèrdua important de l'estoc ossi precisant en aquests casos de la implantació d'un espaiador adaptat i una artroplàstia tumoral per a la solució del procés.

CCR-10

FRACTURA LUXACIÓ DE L'ARTICULACIÓ DE CHOPART. TRACTAMENT DE LES SEQÜELES C

Parada Avendaño, I.; López Capdevila, E.; Manent Molina, A.; Rivero Sosa, R., Domínguez Sevilla, A.

Consorci Sanitari Integral

Introducció i objectius

Les fractures-luxació de Chopart són poc freqüent. La classificació més usada és la de Main i Jowett (1975) està basada en la direcció de la força lesiva, de la deformitat i del desplaçament de l'avantpeu.

El mecanisme sol ser una flexió plantar forçada lligada a una compressió longitudinal, secundària a lesions d'alta energia

Algunes de les seqüeles poden ser necrosi avascular, luxacions recidivants, artrosi posttraumàtica, síndrome compartimental.

L'objectiu en el tractament d'aquestes lesions serà la realineació de la columna òssia medial i lateral i dels eixos del peu, tenint en compte que l'escafoide constitueix la clau en l'arc longitudinal intern del peu transmetent la major part de la càrrega axial del mateix.

Material i mètode

Dona de 24 anys que el 12/03/2012 pateix un accident de moto amb fractura d'escafoides tarsià en dos fragments dorsals i conminució plantar, associada a luxació de Chopart. Diagnòstic i planificació realitzat a través de radiografies i TC.

Resultats

El 14/03/2012 es procedeix a l'osteosíntesi dels fragments dorsals, exèresi de la conminució, i introducció de 3 agulles kischner astràgal-escafoideas i calcani-cuboidea mantenint l'alineació i la columna interna estable. S'afegeix empelt autòleg de cresta ilíaca i liofilitzat.

Retirada de Kischner a les 8 setmanes. Als 6 mesos presenta dolor i signes degeneratius de l'articulació talonavicular i necrosi de l'escafoides.

Es reintervé el 05/02/2013 realitzant un sarcòfag a nivell talo-navicular-1a cunya amb col·locació d'un empelt de cresta ilíaca i osteosíntesi de la mateixa per artrodesar les articulacions afectes. En controls posteriors s'observen signes de consolidació amb formació de ponts ossis.

Actualment només dolor a 1^a metatarsofalàngica per H. Limitus. Solucionat amb plantilles.

Conclusions

En les fractures luxacions del migpeu l'objectiu més important és el manteniment de la unitat i la congruència amb les articulacions veïnes. Per tant les indicacions terapèutiques es fan en funció a aquest concepte i no tant per les característiques de la fractura. En el nostre cas, es planteja la possibilitat d'haver pogut fer una artròdesi d'entrada tenint en compte les característiques de la fractura.

FE D'ERRADES

A la publicació anterior va haver un error pel que es refereix a l'article:

"Impacte de l'anèmia preoperatòria en els requeriments transfusionals en cirurgia protèsica primària de genoll i maluc."

Com autor només figurava Aguilera, X. quan en realitat eren:

Natera, L., Aguilera, X., González, J. C., Font, A., Jordan, M., Bosch, A., Gich, I., Videla, S.

NORMES EDITORIALS

La Revista de Cirurgia d'Ortopèdica i Traumatologia és l'òrgan d'expressió científica de la Societat Catalana de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia (SCCOT). Aquesta publica articles relacionats amb l'especialitat, en els seus aspectes bàsics, tècnics i patològics.

La Revista d'Ortopèdica i Traumatologia no es responsabilitza de les opinions i criteris dels autors.

CATEGÒRIES DE PUBLICACIÓ

Originals

Treballs inèdits sobre qualsevol camp (clínic o experimentals) en relació amb la Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia. Els originals deuran estructurar-se en: introducció, material i mètode, resultats, discussió i bibliografia. Tindran una extensió màxima de 20 folis (a doble espai, lletra Arial 12) i s'admetran fins a 6 taules i 6 figures (amb les seves llegendes corresponents). No deuran sobrepassar les 20-30 cites bibliogràfiques.

Notes clíniques

Exposició d'experiències o estudis clínics, noves tècniques, assajos terapèutics o casos clínics d'interès. Deuran estructurar-se en: introducció, cas clínic, resultats, discussió i bibliografia. No s'admetran avaluació notes clíniques amb més de 10 folis (a doble espai, lletra Arial 12).

Temes d'actualització

Els treballs de revisió o actualització seran encarregats exclusivament pel Comitè de Redacció de la Revista. Tindran una extensió màxima de 25 folis (a doble espai, lletra Arial 12) i s'admetran fins a 6 taules i 6 figures. No deuran sobrepassar les 40-50 cites bibliogràfiques.

Notícies de la Societat

Reportatges de beques de la SCCOT

Cartes al director

ORGANITZACIÓ DEL MANUSCRIT

S'enviaran els articles en suport informàtic en format "word" per correu electrònic a la Secretaria de la SCCOT.

S'evitaran les abreviatures, exceptuant les unitats de mesura, en el títol i en el resum. El nom complet al que substitueix l'abreviatura deu precedir l'ocupació d'aquesta, almenys que sigui una unitat de mesura estàndard. Les unitats de mesura s'expressaran preferentment en el Sistema Internacional (SI). Les unitats químiques, físiques, biològiques i clíniques deuran ser sempre definides estrictament.

Pàgina del títol

Deurà contenir: 1.- Títol de treball. 2.- Inicial del nom i primer cognom. 3.- Nom del departament/s o institució/ns als quals s'atribueix/en el treball. 4.- Inicial del nom i primer cognom, adreça, telèfon, fax i e-mail de l'autor responsable al que es deurà dirigir la correspondència. 5.- La/es font/s de finançament en forma de beques, equip, medicació o tots ells.

Resum i Paraules Clau

No deurà sobrepassar les 250 paraules en els originals i 150 en les notes clíniques.

Introducció

Serà concisa, excloent records històrics, i deurà indicar amb claretat l'objectiu del treball.

Material i Mètode

Explicant el disseny de l'estudi, els criteris de valoració de les proves diagnòstiques i l'adreça temporal (retrospectiu o prospectiu). S'esmentarà el procediment de selecció dels pacients, els criteris d'entrada, el nombre dels pacients que comencen i acaben l'estudi. Si és un treball experimental s'indicarà el nombre i tipus d'animals utilitzats.

Resultats

Farà constar els resultats més rellevants i significatius de l'estudi així com la seva valoració estadística.

Discussió

Deuen explicar-se, no repetir-se, els resultats obtinguts i la seva fiabilitat i correlacionar-se amb els d'altres autors. Es contrastaran amb tècniques diferents utilitzades per altres autors per al que es recomana una revisió bibliogràfica adequada. Deu ressaltar-se la transcendència clínica de l'estudi i la

seva projecció futura. Les conclusions, en cas de presentar-se, seran escasses en nombre i concises. S'evitarà qualsevol tipus de conclusió que no es desprengui clarament dels resultats obtinguts.

Conclusions

S'esmentaran les quals sustenten directament en les dades, juntament amb la seva aplicabilitat clínica. Caldrà atorgar la mateixa èmfasi a les troballes positives i negatives amb similar interès científic.

Taules

Seràn numerades consecutivament emprant nombres aràbics (Taula). Totes les taules estaran citades en el text. Cada taula anirà en un full separat i escrit a doble espai. Deuen ser, en tant que sigui possible, explicatives. No es faran servir línies horitzontals, ni verticals. Al peu de la taula s'explicaran totes les abreviatures utilitzades. Es deuen identificar les mesures estadístiques de variació així com la desviació estàndard de la mitjana.

Figures

Tots els gràfics, dibuixos i fotografies es consideren figures i han de ser numerades amb números aràbics consecutivament segons l'ordre d'aparició en el text amb la paraula (Fig). En el cas de que una figura estigui composta per més d'una imatge, s'identificaran en el text amb el número i una lletra minúscula (per exemple: fig. 1a, fig. 1b). Només s'acceptaran figures en suport informàtic. Els formats han de ser bmp, jpg o tiff, amb un mínim de 300 punts per polsada amb una mida mínima de 8 cm. És molt important que les còpies fotogràfiques siguin d'alta qualitat per poder obtenir bones reproduccions. Si es reproduïxen fotografies o dades de pacients cal evitar que puguin ser identificats.

Bibliografia

Apareixerà en un full a part, al final del manuscrit, abans de les taules i figures. S'inclouran únicament aquelles cites que es considerin importants i hagin estat llegides pels autors. Totes les referències deuen estar citades en el text.

Les referències es numeraran de forma consecutiva a l'ordre d'aparició en el text. Les referències s'identificaran en el text, taules i llegendes mitjançant nombres aràbics en superíndex. Pel text de les referències se seguiran les normes de Vancouver.

La Revista d'Ortopèdia i Traumatologia declina qualsevol responsabilitat sobre possibles conflictes derivats de l'autoria dels treballs que es publiquen en la Revista.

La Revista d'Ortopèdia i Traumatologia es reserva el dret de realitzar canvis o introduir modificacions en el manuscrit en nom d'una major comprensió del mateix, sense que d'això es derivi cap canvi del seu contingut.

Just abans de la publicació d'un article s'enviarà una prova a l'autor responsable de la correspondència. Aquesta prova es revisarà curosament i es marcaran els possibles errors, retornant-la corregida a la redacció de la Revista en el termini de 48 hores. El Comitè de Redacció es reserva el dret d'admetre o no les correccions efectuades per l'autor en la prova d'impressió.

POLÍTICA EDITORIAL

Els judicis i opinions expressats en els articles i comunicacions publicades en la Revista d'Ortopèdia i Traumatologia són de l'autor o autors i no necessàriament del Comitè de Redacció.

