

Vol.9 (2) 2012

Revista de
**Cirurgia Ortopèdica
i Traumatologia**



1ª TAULA RODONA: Noves alternatives a la cirurgia protèsica de maluc en pacient jove

INTRODUCCIÓ

Morales de Cano, J.

Servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia. Hospital del Vendrell

L'Artroplàstia total de maluc (ATC) s'ha convertit en l'últim mig segle en una operació reeixida. S'han reportat uns molt bons resultats amb taxes de supervivència al voltant del 97%. No obstant això altres autors han reportat resultats més pobres amb taxes de supervivència del 90,5% als 8 anys. També els registres nacionals de diferents països refereixen uns bons resultats amb taxes de supervivència dels implants al voltant del 90% als 15 anys. Aquests bons resultats han ocasionat un increment progressiu en el nombre de

pacients que cada any s'intervenien col·locant-hi una pròtesi total de maluc (Fig.1), i especialment en l'adult jove amb la necessitat d'una millor qualitat de vida, que li permeti realitzar les seves activitats laborals i esportives. En els registres nacionals es pot apreciar el descens de l'edat mitjana dels pacients intervinguts d'ATC produït per l'augment d'adults joves (Fig. 2 i 3).

D'altra banda, els registres nacionals recullen l'increment de les cirurgies de revisió en l'ATC, sent més joves els pacients que

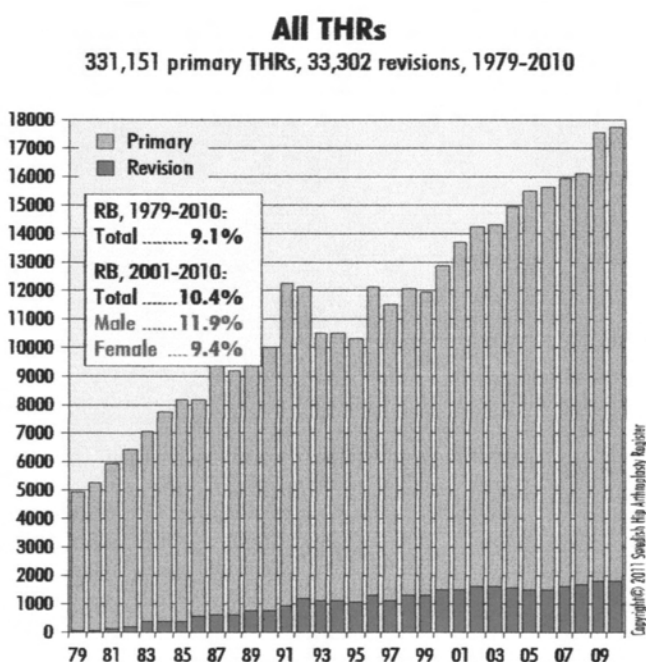


Figura 1: Registre Nacional Suec de pròtesis de maluc: nombre intervencions de pròtesi de maluc.

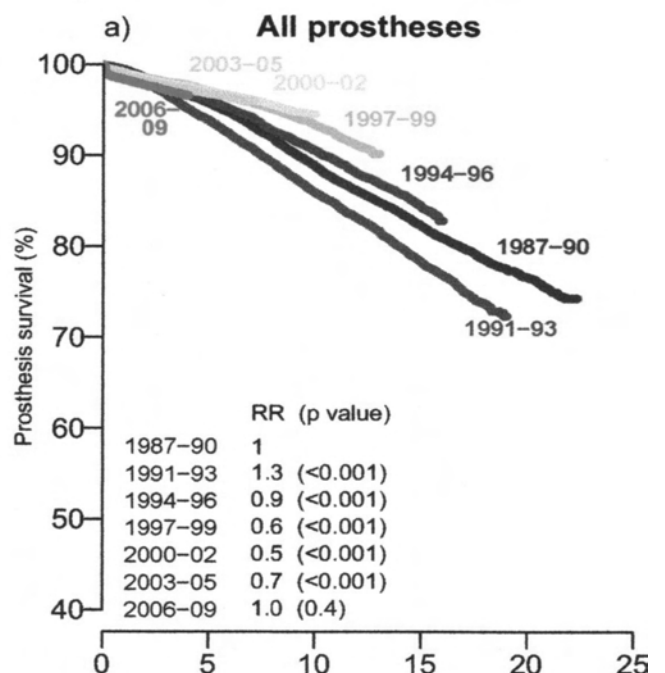


Figura 2: Registre Nacional Suec de pròtesis de maluc: supervivència dels pacients intervinguts.

Number of primary THRs per diagnosis and year

Diagnosis	1992-2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total	Prop.
Primary osteoarthritis	119,697	11,773	11,854	11,984	13,245	13,368	181,921	78.9%
Fracture	17,825	1,241	1,417	1,403	1,421	1,470	24,777	10.7%
Inflammatory arthritis	6,827	308	298	271	284	234	8,222	3.6%
Idiopathic femoral head necrosis	4,535	357	338	394	407	445	6,476	2.8%
Childhood disease	2,765	297	294	289	286	307	4,238	1.8%
Secondary osteoarthritis	1,296	2	1	0	4	3	1,306	0.6%
Tumour (malignancy)	820	68	88	93	78	81	1,228	0.5%
Secondary arthritis after trauma	401	19	18	22	11	26	497	0.2%
(missing)	1,872	2	2	0	0	1	1,877	0.8%
Total	156,038	14,067	14,310	14,456	15,736	15,935	230,542	100%

Copyright © 2011, Swedish Hip Arthroplasty Register

Figura 3: Registre Nacional Suec de protesis de maluc: edat dels pacients sotmesos a una cirurgia protèsica primària.

necessiten una cirurgia de revisió (Fig.4). La principal causa de fracassos és l'afluixament de l'implant. La resistència al desgast dels parells de fricció i una fixació duradora implant os, en la qual influirà el disseny dels components, evitaran l'osteolisi (pèrdua d'os) i l'afluixament. L'edat i el nivell d'activitat física són dos factors significativament relacionats amb la durabilitat de l'implant. S'ha postulat que el risc d'afluixament de la tija disminueix un 1.8% per cada any d'edat en el moment de l'artroplàstia. El tipus de treball, oci, malalties associades i índex de massa corporal determinaran el grau de desgast. Encara que alguns models han demostrat excel·lents resultats a 10, 15 i 20 anys, en el moment actual, no pot respondre amb claredat a la pregunta que sovint realitzen els pacients: "Quants anys em durarà aquesta pròtesi?". L'os resultant després del afluixament d'una ATC per la seva pobra qualitat, planteja dificultats tècniques en la cirurgia de revisió que en moltes ocasions ens obliguen a prendre decisions difícils.

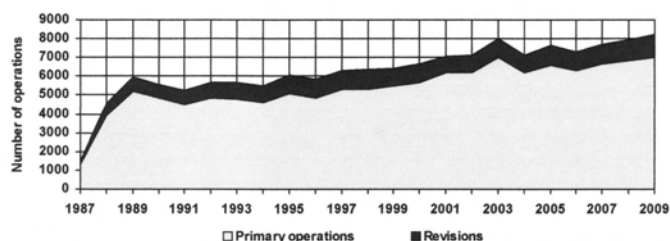


Figure 4: Registre Nacional de Dinamarca: nombre d'intervencions de pròtesi total de maluc primària i nombre de cirurgies de revisió.

Tenint en compte aquestes dades els objectius de la cirurgia primària de ATC són:

- Millorar la qualitat de activitat del pacient intervingut amb una ATC.
- Millorar la qualitat de l'os quan es produeixi l'afluixament protèsic i s'hagi de realitzar una cirurgia de revisió.

Per aconseguir aquests objectius hem de revisar cada un dels diferents passos que constitueixen el procés de la cirurgia protèsica i analitzar que modificacions s'han produït:

- La via d'abordatge.
- Els parells de fricció.
- Els nous dissenys protèsics:
 - Pròtesis de recobriment.
 - Tiges curts metafisaris.
 - Tiges curtes conservadors.
 - Els cotils de doble mobilitat.

En aquesta taula rodona analitzarem cadascun d'aquests aspectes i valorarem si veritablement estem en millors condicions per enfrontar-nos al repte que suposa la cirurgia protèsica de l'adult jove.

BIBLIOGRAFIA

1. Buergui ML, Stoffel KK, Jacob HA, Bereiter HH: Radiological findings and clinical results of 102 thrust-plate femoral hip prostheses: a follow-up of 2 to 8 years. *J.Arthroplasty* 2005, 20: 108-117.
2. Morrey BF: Short-stemmed uncemented femoral component for primary hip arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res* 1989; 249: 169-175.
3. Thomas W, Lucente L, Mantegna N, Grundei H: ESKA (CUT) endoprosthesis. *Orthopäde* 2004; 11: 1243-1248. *Acta Orthop. Belg.*, 2010, 76, 613-618
4. Ishaque BA, Weienbeck S, Sturz H: Midterm results and revision of the thrust plate prosthesis. *Z.Orthop.Ihre grenzgeb.* 2004, 142: 25-32.
5. Sanz-Reig J, Lizaur-Utrilla A, Llamas-Merino I, Lopez-Prats F: Cementless total hip arthroplasty using titanium, plasma-sprayed implants: a study with 10 to 15 years of follow-up. *J Orthop Surg (Hong Kong)*. 20,11 Aug;19(2):169-73.
6. Paleochorlidis IS, Badras LS, Skretas EF, Georgaklis VA, Karachalios TS, Malizos KN. Clinical outcome study and radiological findings of Zweymüller metal on metal total hip arthroplasty. a follow-up of 6 to 15 years. *Hip Int.* 2009 Oct-Dec;19(4):301-8.
7. Nagi ON, Kumar S, Aggarwal S. The uncemented isoelastic/isotitan total hip arthroplasty. A 10-15 years follow-up with bone mineral density evaluation. *Acta Orthop Belg.* 2006 Jan;72(1):55-64.
8. Migaud H, Spiers A, Gougeon F, Pierchon F, Fontaine C, Duquenois A.: Outcome of hip shelf arthroplasty in adults after a minimum of 15 years of follow-up. Long term results and analysis of failures of 56 dysplastic hips]. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot.* 1995;81(8):716-23.
9. Weissinger M, Helmreich C, Pöll G.: Results covering 20 years use of the cement-free Zweymüller Alloclassic total endoprosthesis of the hip joint. *Acta Chir Orthop Traumatol Cech.* 2010 Jun;77(3):186-93.
10. The Norwegian Arthroplasty Register. Department of Orthopedic Surgery Haukeland University Hospital, Möllendalsbakken 11, N-5021 Bergen, Norway
11. Swedish Hip Arthroplasty Register, Annual Report 2010. Göran Garellick, Johan Kärrholm, Cecilia Rogmark.
12. Danish Hip Arthroplasty Register. Affiliated Center for Clinical Databases, Department of Clinical Epidemiology, Aarhus Universityhospital, Ole Worms Alle 150, DK- 8000 Aarhus C.

NOUS POLIETILENS

Anglés, F.

Hospital Mútua de Terrassa

INTRODUCCIÓ

El polietilè utilitzat en ortopèdia és el d'alt pes molecular i el conegut segons les inicials angleses com a UHMWPE (Ultra High Molecular Weight Poly Ethylene) i així ens referirem en ell en aquest treball.

Es tracta d'un polímer únic amb unes propietats mecàniques i físiques excel·lents: és inert químicament, té lubricitat, resistència al impacte i resistència a l'abradió. El conjunt d'aquestes propietats fa que s'hagi fet servir a la indústria des de 1950. Des de fa 45 anys s'ha utilitzat en ortopèdia com a parell de fricció i encara en l'actualitat, fent parella amb la ceràmica o amb el metall, forma part del patró o com a parell de fricció. En l'actualitat es fan uns dos milions de reemplaçaments articulars a l'any i d'aquests, la majoria porten polietilè.(1)

El desgast o la ruptura del polietilè és un dels factors que limita la durada dels implants i per tant una de les causes de fracàs de les artroplasties per la producció de partícules de naturalesa inflamatòria(2) responsables de l'osteòlisi.

En els darrers deu anys s'ha evolucionat aquest material per tal de disminuir el desgast i d'aquesta forma augmentar la durada dels implants.

ESTRUCTURA DEL POLIETILÈ

L'UHMWPE prové d'una família de polímers (homopolímer lineal) amb una composició química simple amb només Hidrogen i Carboni (C_2H_4)_n, on n és el grau de polimerització. Els polímers utilitzats en ortopèdia tenen típicament un pes molecular entre 2-6 milions amb un grau de polimerització entre 71.000 i 214.000.(2)

Un polímer és una molècula formada per moltes parts unides per ponts covalents. Cada part, és un monòmer. Quan les diferents parts del polímer són iguals és un homopolímer. El polímer en el cas que ens ocupa, és el gas etilè (C_2H_4) amb un pes molecular de 28 i el grau de polimerització és el nombre de repeticions de la molècula. Hi haurà diferents polietilens segons els pesos moleculars en que es sintetitzin i segons l'estructura.(1)

Les cadenes de polímers al refredar-se tenen tendència a disposar-se en plects en forma de làmines mantenint el con-

tacte amb altres cadenes que es mantenen de forma amorfa. El grau d'ordenació de forma cristal·lina dins en polietilè depèn de múltiples factors com el pes molecular, les condicions de processament i condicions ambientals. Aquesta ordenació cristal·lina en làmines és microscòpica i difracta la llum donant una aparença blanca i opaca al material. L'augment de porció cristal·lina augmenta la resistència a la fatiga tot i que les regions amorfes també tenen un paper important en el comportament físic.

DESGAST DEL POLIETILÈ

El desgast del polietilè es produeix fonamentalment per: un procés de envelliment (oxidació) o per manca de resistència a la fricció. Al llarg del temps s'ha intentat millorar ambdues condicions per tal d'augmentar la durabilitat del compost i per tant dels implants.

OXIDACIÓ:

En les primeres artroplasties l'esterilització del polietilè per irradiació gamma en aire era el mètode més utilitzat. Quan la irradiació es porta a terme en un mitjà d'aire, es produeix la degradació oxidativa (anys 60s a inicis dels 80s)(3) es a dir l'envelliment del polietilè. La interacció de la radiació amb el polietilè provoca la formació de radicals lliures que reaccionen ràpidament amb l'oxigen. El primer que es formen són hidroperòxides que en la seva degradació produeixen més radicals lliures entrant en un procés auto catalític que pot alterar l'esquelet de les cadenes del polietilè. Aquest procés es va repetint mentre hi hagi oxigen i es coneix com envelliment post irradiació i es presenta en implants esterilitzats amb irradiació gamma i empaquetats en paquets permeables.

L'envelliment post irradiació debilita el UHMWPE escurçant la seva durabilitat, disminuint la duresa, la resistència a la fatiga i al desgast. Clínicament s'ha comprovat el impacte negatiu de la degradació oxidativa en el comportament dels components de còtils a maluc i platets tibials a genoll.(2)

Per tal de mitigar l'efecte de l'oxidació les empreses d'ortopèdia han modificat els protocols d'esterilització fent la radiació gamma i empaquetat al buit en gas inert.

POLIETILÈ DE FEIXOS ENCREUATS

La resistència al desgast s'ha intentat millorar no només controlant l'oxidació del material sinó també modificant l'estructura mitjançant l'encreuament de feixos que es produeix quan el polietilè s'exposa a una irradiació d'alta energia (es a dir, irradiació gamma o feix d'electrons). La majoria de fabricants ho tracten amb radiació gamma. Aquesta modificació es va introduir als anys 70 i s'aconseguia amb l'exposició del polietilè a radiació gamma (1000 KGy). Al 1986 es va fer el primer intent d'utilitzar l'energia de la irradiació de l'esterilització per de forma intencionada provocar l'encreuament de feixos del polietilè mostrant una reducció al desgast del 30%.³ Es tracte del Polietilè de Feixos Encreuats (Crosslinking UHMWPE o conegut com HXLPE). El primer polietilè de feixos encreuats es va introduir a la clínica als 90 i va demostrar una reducció del desgast en comparació als polietilens convencionals. La irradiació que provoca l'encreuament de feixos a la fase amorfa del polietilè és també responsable de la formació de radicals lliures a la fase cristal·lina que provocarà l'envelliment oxidatiu del compost. Per tal de minimitzar la degradació oxidativa que presentava la 1ª generació de polietilens de feixos encreuats es va fer un tractament tèrmic per eliminar o reduir els radicals lliures que no havien reaccionat en l'encreuament de feixos. Hi ha dos processos tèrmics el "Annealing" o temperat tractament tèrmic per sota la temperatura de fusió, i el "Remelting" o fusió en que es supera aquesta temperatura de fusió. El dos processos es duen a terme a pressió ambiental.

En el procés de temperat (annealing), com es fa per sota la temperatura de fusió las regions cristal·lines no es dissolen pel que qualsevol dels radicals lliures presents entre las làmines cristal·lines és poc probable que desapareguin. És per això que els polietilens processats d'aquesta forma siguin encara susceptibles d'una degradació oxidativa *in vivo*. Per altre banda en aquest procés es produeix un cert augment de l'estructura cristal·lina del compost o com a mínim no s'altera la seva estructura el que permet mantenir les seves propietats. Aquest procés finalitza amb una esterilització per radiació gamma que pot introduir nous radicals lliures.

En el procés de fusió (remelting) implica la dissolució i reformació de las regions cristal·lines minimitzant la possibilitat d'aparició de radicals lliures residuals. Per altra banda la fusió provoca una reducció irreversible del total de material cristal·lí.(2) Això altera la resistència a la fatiga del compost.

Aquests polietilens de feixos encreuats de primera generació han aconseguit reduir el desgast sacrificant algunes propietats mecàniques. Els tractats amb fusió presenten una de la seva estructura cristal·lina. L'encreuament de feixos disminueix la resistència a la ruptura per tracció i disminueix la resistència a la fatiga. *In vivo* el polietilè de feixos encreuats té un comportament front del desgast més reduït comparant amb polietilens convencionals i els tractats amb fusió (remelted)

presenten menys degradació per oxidació que els temperats (annealing).

Segona generació Polietilè de Feixos Encreuats (HXLPE).

Els polietilens de feixos encreuats de segona generació sembla que mantenen la millor resistència al desgast com els de la primera i al mateix temps conserven unes propietats mecàniques semblants a las del polietilè convencional.

Aquesta segona generació s'ha desenvolupat segons diferents mètodes:

- Temperat seqüencial (Seqüential Annealing)
- Deformació mecànica
- Incorporació de Vit E
- Cristal·lització a alta pressió després de fusió (remelting)

La irradiació seqüencial i temperat s'ha introduït per tal de disminuir l'aparició de radicals lliures sense arribar a fondre el material per no alterar l'estructura cristal·lina. El material es irradiat primer a baixes dosis i després temperat (annealed). Aquest procés es fa tres vegades (X3 de Stryker Orthopedics). Ha demostrat resultats prometedors en l'envelliment oxidatiu i en simuladors per control de desgast.(4) Per altra banda els estudis de Morrison(5) mostren que tot i la desaparició de radicals lliures per tal d'evitar l'oxidació, la irradiació seqüencial no reporta més beneficis que la radiació única i que el procés de temperat (annealing) sempre deixa radicals lliures residuals.

La deformació mecànica en el processament de polietilè de feixos altament encreuats pretén millorar las propietats mecàniques, és el ArCom XL (Biomet). Es du a terme en quatre fases diferents i després es fabriquen els components.

La incorporació de la vitamina E es pot fer de dues maneres, una es barrejar la Vit E amb la pols de polietilè prèviament a la consolidació i l'altre és permetre la difusió de Vit E a la massa de polietilè. La infusió de Vit E en el polietilè irradiat és un mètode nou per reduir la possible oxidació del material. La Vit E és un antioxidant capaç de consumir els radicals lliures, d'aquesta manera, qualsevol radical lliure que es produeix per l'encreuament de feixos després de la irradiació, és eliminat per la Vit E. A diferència del material obtingut per fusió (remelted) el HXLPE Epoly encara pot presentar alguns radicals lliures però en presència d'oxigen, aquest reacciona amb les molècules de Vit E deixant intactes las molècules de polietilè. Després de la infusió de Vit E els components s'esterilitzen amb irradiació gamma i qualsevol radical lliure que es formi es estabilitzat per aquesta vitamina. Aquest polietilè ha demostrat una resistència al desgast com la primera generació de feixos encreuats amb una major duració front la fractura, millor duresa i millor estabilitat a la oxidació.

La morfologia de las partícules de desgast del material amb Vitamina E és similar a la del material ArCom i està dintre del paràmetres de las partícules de desgast dels polietilens que es fan servir en la pràctica clínica.(6)

Últimament s'està explorant el processament de polietilè a elevades temperatures i altes pressions. Això està portant a un augment de l'estructura cristal·lina així com a un augment de la mida de las làmines. Com s'ha dit prèviament, això fa augmentar la resistència a la fatiga i a la propagació de solcs.

D'aquests nous materials hi ha poca informació del seu comportament clínic.

REPERCUSSIÓ CLÍNICA

L'objectiu final de la investigació es el poder obtenir una millora en el comportament d'un material conegut de molts anys que en permeti millorar la confiança en aquest parell de fricció que, no hem d'oblidar, segueix sent el patró or en las artroplàsties.

El fet d'evitar la fusió, mantén la resistència que presentava el polietilè de primera generació augmentant la resistència a la ruptura o fissura per tracció, fet que millorarà els resultats tant de les artroplàsties de maluc com de genoll. El fet de incorporar antioxidants com la vitamina E millorarà la resposta a l'oxidació i l'envelliment del material. Aquests components amb vitamina E s'estan fent servir en artroplàsties de maluc des de l'any 2007 i falten estudis clínics prospectius i randomitzats pendents de ser publicats.

Aquesta millora en la resistència al desgast ens permetrà fer servir caps de major diàmetre que milloraran l'estabilitat i mobilitat de l'artroplàstia de maluc sense veure's augmentat la producció de partícules que puguin provocar la resposta inflamatòria responsable de l'osteòlisi. Amb aquesta teoria de

que caps més grans suposen un menor risc de luxació, hi ha una tendència a fer servir cada vegada polietilens més primers que poden provocar problemes de xoc, fatiga o fractura del material.

L'únic estudi prospectiu a Espanya sobre comportament del polietilè en artroplàsties de maluc és el de García-Rey(7) on compara inserts de còtila de polietilè (UHMWPE) esterilitzat amb nitrogen i polietilè de feixos creuats (HXLPE) esterilitzat amb òxid d'etilè, demostrant una millor resistència al desgast a partir del segon any amb els inserts de polietilè de feixos creuats.

BIBLIOGRAFIA

1. <http://www.uhmwpe.org>
2. Sobieraj, M.C. Rimnac C.M.. 2009. Ultra high molecular weight polyethylene: Mechanics, morphology, and clinical behavior. Review article. *J Mech Behav Biomed Mat.* (2) 433-443 .
3. Tribology in total hip arthroplasty. Karl Knahr Editor. EFORT Reference in Orthopaedics and Traumatology. Chap 5 Robert M Streicher. Springer 2011.
4. Dumbleton, J.H. D'Antonio, J.A. et al. 2006 Basis for a second generation highly crosslinked UHMWPE. *Clinical Orthopedics and Related Research* 453, 265-271.
5. Morrison, M.L., Jani, S. Evaluation of sequentially crosslinked Ultra-High Molecular Weight Polyethylene. 2008. *J of Biomed Mater Research: Applied Biomaterials.* August 2008.
6. Bhrambi, S. Et al. 2004. The effect of aging on mechanical properties of melt-annealed highly crosslinked UHMWPE. *Crosslinked and Thermally Treated Ultra-High Molecular Weight Polyethylene for joint Replacements.* 209-20.
7. García Rey, E. García Cimbreló, E. Et al. 2008 New polyethylenes in total hip replacement. A prospective, comparative clinical study of two types of liner. *J Bone and Joint.* Vol 90B n2 Feb 2008 149-53.

EL PAR DE FRICCIÓ CERÀMICA-CERÀMICA

Coscujuela, A.; Agulló, J. L.; Tramunt, C.

Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat

INTRODUCCIÓ

El major avantatge del par de fricció ceràmica-ceràmica en l'artroplàstia total de maluc és la seva resistència al desgast i evitar la osteolisis deguda a les partícules de polietilè, amb la finalitat d'augmentar les supervivència dels implants, en particular en pacients joves i actius. En teoria un component de fricció ceràmica-ceràmica pot no desgastar-se en tota la vida del pacient.

Va ser Pierre Boutin el primer a utilitzar la fricció ceràmica-ceràmica, a França, a principis dels 70, tot i que al nostre país es popularitza gràcies a Heinz Mittelmeier i la seva pròtesi Autophor que durant la segona dècada dels 70 es va introduir com a implant de elecció en pacients joves en un nombre apreciable de centres especialitzats. Els resultats d'aquells implants van ser mediocres, amb algunes excepcions, amb una alta taxa d'afluixaments i trencaments a causa de l'escassa qualitat dels materials i a un disseny inadequat dels implants, però mai el fracàs es va relacionar amb el desgast. Posteriorment s'han realitzat progressos importants en la fabricació dels materials, el disseny dels materials i el control de qualitat. In vitro, el par de fricció ceràmica-ceràmica presenta una taxa d'usura mínima, i els resultats clínics i radiogràfics dels implants més moderns són molt satisfactoris a mig termini.

DEFINICIÓ

El terme ceràmica prové de la paraula grega *keramikos*, que significa terra cuita. Les ceràmiques representen una gamma molt estesa de materials que s'utilitzen en un ampli camp d'activitats industrials i artístiques. A la pràctica hi ha dos grans categories de ceràmiques:

- Les ceràmiques tradicionals d'ús habitual en la vida diària i en activitats artesanals i artístiques.
- Les noves ceràmiques o industrials desenvolupades al segle XX amb àmplies aplicacions en determinats sectors tecnològics.

És a aquest grup que pertanyen les ceràmiques d'aplicació en Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia en forma de ceràmiques bioactives (ceràmiques fosfocàlciques a força d'hydro-

xiapatita i de fosfat tricàlcic) i les ceràmiques bioinertes, molt denses i amb gran resistència a la usura, utilitzades única i exclusivament com a superfícies de fricció en cirurgia protèsica.

AVANTATGES DE LA CERÀMICA

El par ceràmica-ceràmica aporta els següents avantatges

- Excel·lent comportament tribològic: fricció, lubricació i desgast
- Altament biocompatible i bioinerte
- Duresa i resistència
- Alta humectabilitat
- Polit exquisit en superfície
- Mínim detritus per l'ús
- Absència de 3er cos

No obstant això persisteixen certs interrogants pel que fa a potencials desavantatges relacionats amb aquest tipus de superfície de fricció, com el seu cost econòmic, risc de fractura de la ceràmica, desgast accelerat en determinades condicions, reduït marge de maniobra en les revisions per limitació de la modularitat dels caps o del inserit i més recentment amb l'aparició del tema dels sorolls articulars (el famós "squeaking").

COST ECONÒMIC

En aquest moment, la diferència de cost econòmic de la ceràmica-ceràmica respecte a altres parells de fricció (PE altament entrecruat o metall-metall) és inapreciable. Les artroplàsties de recobriments poden ser més costoses que una artroplàstia total estàndard ceràmica-ceràmica.

FIXACIÓ DELS COMPONENTS

La fixació de l'implant acetabular va ser, durant temps, la baula feble de les pròtesis de ceràmica. Les còtils de ceràmica massissos, cimentats o no, van demostrar les seves limitacions per la mínima porositat del material i la seva gran rigidesa. L'arribada del sistema metall back va revolucionar el sistema de fixació de l'acetàbul i avui dia segueix essent el sistema de fixació de referència, no només per a la ceràmica sinó per altres materials. L'inserit ceràmic s'implanta a la cúpula

directament sobre un motlle cònic. Queden per discutir i resoldre aspectes relacionats amb la interfície metall-ceràmica, la profunditat i l'angle del con i que cada fabricant estableix segons el seu criteri. El que sembla existir consens és en evitar deformacions del inserit després de la seva impactació. Una alternativa transitòria va ser la utilització de la còtila ceràmica-PE a "sandvitx". El principi consistia en incrustar un nucli de ceràmica en un polietilè que posteriorment s'inseria o cementaba en una cúpula metàl·lica. Com teòrica avantatge aquest sistema ofería menor rigidesa de l'estructura resultant, millor transmissió de forces, millor absorció dels impactes i facilitar l'intercanvi del inserit. L'experiència clínica no va ser bona i gairebé tots els usuaris d'aquest sistema van abandonar el seu ús a causa d'un índex inassumible de ruptures i desinsercions del nucli de ceràmica.

La fixació del cap de ceràmica en el tija també ha travessat per diverses fases. A principis dels 70 el cap s'enganxava al tija mitjançant resina. L'aparició del con Morse a mitjans dels 70 va revolucionar la fixació dels caps de ceràmica persistint el seu ús fins avui. Cal conèixer la variabilitat entre cada fabricant de l'angle del con tant a nivell del coll com de la cúpula, el que ha d'obligar-nos a utilitzar els implants de la mateixa indústria, per evitar incongruències d'ús.

FRACTURA DELS IMPLANTS

El trencament d'un component de ceràmica és un esdeveniment brusc i poc previsible que reflecteix el caràcter intrínsecament fràgil de les ceràmiques pures.

La seva freqüència és difícil d'establir per insuficiència en la recollida de dades reals. Els estudis de sèries àmplies són escassos, mancats d'homogeneïtat i obsolets pel que fa a la percepció del risc de fractura en l'actualitat, ja que l'estructura i les propietats de la ceràmica han millorat de forma significativa amb el pas del temps i els controls de qualitat de resistència al trencament són molt rigorosos.

Depenent de les sèries consultades el risc de fractura de la ceràmica s'ha estimat entre un 0.004 i un 0.4%. Les dades dels propis fabricants, Ceramtec i Ceraver situen el risc actual entre 1/70000 i 1/100000, taxes pràcticament inapreciables. Les fractures són més freqüents en casos de caps petits i inserits primers, en determinats dissenys de con Morse, en els inserits tipus "sandvitx" i quan s'ha col·locat un nou cap de ceràmica sobre un con ja danyat.

Quan es fractura un cap de ceràmica o un insert, menys freqüent, la revisió de l'implant ha de ser urgent per minimitzar el risc de desperfecte de la resta de components. Es recomana extreure tots els fragments de ceràmica, sinovectomia i rentat exhaustiu. D'urgència el simple recanvi de l'implant és factible sempre que el con estigui indemne i que el nou implant sigui del mateix fabricant. Si la cirurgia de revisió s'ha diferit el procediment es complica ja que pot ser necessari optar per un cap metàl·lic i un insert de PE. És factible utilitzar els nous caps

de ceràmica de revisió però no existeixen estudis clínics que validin aquesta alternativa. En aquest escenari la revisió per fractura d'un component ceràmic no sembla comprometre la supervivència de l'implant.

SOROLLS

És curiós que a Europa i Àsia, després de més de 30 anys d'ús dels implants de ceràmica, no s'hagi comunicat cap cas de sorolls articulars. Ha estat des de la seva comercialització als Estats Units, a principis de l'any 2001, que aquest inconvenient ha merescut una atenció especial, fins i tot essent motiu d'interès amb un reportatge publicat el 2008 a les pàgines del New York Times.

Els sorolls articulars produïts per implants protètics han estat denominats de diverses maneres (squeaking, popping, clicking, shifting, etc, en la bibliografia anglosaxona), essent els clics els més freqüents però els grinyols els més rellevants. Tots els parells de fricció durs tenen reconeguda la facultat de generar sorolls. Back informa d'una incidència del 3.9% en metall-metall, però els grinyols apareixen precoçment i són passatgers.

Els grinyols és un fenomen que tendeix a desenvolupar-se a partir de l'any de la cirurgia i que poden persistir i molestar el pacient. La incidència varia segons els autors entre un 1 i un 17%, amb mínima rellevància clínica en la majoria dels casos. No hi ha evidències que el fenomen de "squeaking" pugui afectar la supervivència de l'implant.

La causa fonamental de l'origen dels sorolls és la càrrega perifèrica del cap ceràmica al inserit ceràmic. L'origen d'aquesta càrrega perifèrica es deu probablement al xoc entre el coll de la pròtesi i la vora del inserit, produint una usura en banda (stripe wear). Això provoca una interrupció de la capa de lubricació i l'augment de la fricció. Aquesta podria crear una vibració dels components metàl·lics. Si la vibració s'amplifica, es manifesta en una freqüència audible, en relació amb determinats moviments.

Com a factors de risc s'han inclòs pacients joves, alts i forts, incorrecta posició dels components, dipòsit de titani a l'interior de la superfície de fricció. Recentment s'ha implicat el disseny de determinats implants com el con V-40 o inserits de ceràmica amb una vora elevada.

Si un pacient desenvolupa una artroplàstia grinyolant, ha de ser animat a evitar els moviments desencadenants dels sorolls i tranquil·litzar sobre la longevitat de l'implant. Si la situació es converteix en intolerable la revisió a un insert de polietilè resoldrà el tràngol.

RESULTATS A LLARG TERMINI

Són diversos els autors que han publicat els resultats d'artroplàsties de maluc amb par de fricció ceràmica-ceràmica més enllà de 10 anys amb supervivències molt apreciables per sobre del 90%.

Els treballs més antics i per tant amb seguiment més llarg, realitzats sobre els implants de primera generació surten perjudicats per la qualitat de la ceràmica, els dissenys inadequats i la manca d'homogeneïtat de les sèries amb diferents models i sistemes de fixació.

A aquesta època corresponen resultats tan contradictoris com els publicats per Jazrawi et al, que informa d'una taxa d'afluixaments del 13% per la còtila i del 83% per la tija, als 12,7 anys de seguiment. La sèrie més antiga de Garcia Cimbreló et al. publicada el 1996 informa dels resultats de 83 ATC a 12,3 anys de seguiment amb un 53% d'afluixament cotiloideo i 15% d'afluixament femoral (però amb 64% de fixació fibrosa). L'índex de revisions era del 16%. A França la sèrie pionera de Boutin constava de 118 ATC Ceraver en 106 pacients amb 62 anys d'edat mitjana, acetàbul de ceràmica massís es va cimentar en 85 casos i implantat sense ciment a 29. La tija fabricada en un aliatge de titani, alumina i vanadi es va implantar sense ciment en 29 casos i cimentat en 89. Es van registrar 25 revisions. La supervivència global de la sèrie a 20 anys era del 68.3% (85.6% i 61.2% per a les còtils sense cimentar o cimentats, i 84.9% i 87.3% per les tijes sense cimentar o cimentats). Recentment, Petsatodis et al. ha informat els resultats d'una sèrie de 109 ATC operades entre 1985 i 1989 en 100 pacients amb una edat mitjana de 46 anys. Al final del seguiment mitjà de 20.8 anys, 78 pacients (85 MTC) sobreviuen amb el seu implant original. Sis pacients havien estat reoperats per afluixament cotiloideo (5 acetàbuls i 1 tots dos components). Un 87% presentaven un bon resultat funcional i la supervivència global era del 84.4% a 21 anys.

Com veiem en aquests i altres estudis la diversitat de resultats és manifesta, però comú a tots ells és la inapreciable existència de desgast i osteolisis periprotèsica. És significatiu també, en contra del criteri clàssic, la mínima taxa d'implants fracturats.

És d'esperar que aquests resultats segueixin millorant en els estudis de seguiment de les sèries amb els implants més moderns, utilitzats a partir dels 90. Bona mostra d'això és l'estudi multicèntric i retrospectiu de Garcia Cimbreló et al. publicat el 2008. De 319 ATC Ceraver-Cerafit al final del seguiment (4.7 anys de mitjana), 5 cúpules i 2 tijes havien estat revisats, essent la supervivència als 8 anys del 97%. No comuniquen cap cas ni de sorolls, no osteolisis.

CONCLUSIÓ

La resistència al desgast del par de fricció ceràmica-ceràmica in vitro i in vivo no té equivalent actualment.

La alumina pura marca la referència amb les seves excepcionals propietats de superfície, excel·lent biocompatibilitat i gran estabilitat termodinàmica i química, tot i la seva rigidesa i feble tenacitat.

El risc de fractura dels implants, amb els nous materials, sembla ser insignificant.

Els problemes de fixació de la còtila semblen resolts amb la inserció en el metall back.

És essencial una tècnica quirúrgica exquisida per evitar complicacions de sorolls.

Els resultats clínics a llarg termini destaquen desgast indetectable i osteolisis mínima, fins i tot en pacients joves.

El recent material AL-Zr, malgrat les seves teòriques propietats mecàniques, ha de ser avalat per seguiments clínics rigorosos.

Les millores en els processos de fabricació dels materials, el disseny dels implants i els controls de qualitat justifiquen la utilització de la ceràmica-ceràmica en les artroplasties de maluc de pacients amb esperança de vida superior a 30 anys i amb gran demanda funcional.

BIBLIOGRAFIA

- Garcia-Cimbreló E, Cruz-Pardos A, Garcia-Rey E, Ortega-Chamarro J. Alumina-on-alumina total hip arthroplasty in young patients: diagnosis is more important than age. *Clin Orthop Relat Res.* 2010 Dec;468(12):3304-13.
- Garcia-Cimbreló E, Garcia-Rey E, Murcia-Mazón A, Blanco-Pozo A, Martí E. Alumina-on-alumina in THA: a multicenter prospective study. *Clin Orthop Relat Res.* 2008 Feb;466(2):309-16.
- Petsatodis GE, Papadopoulos PP, Papavasiliou KA, Hatzokos IG, Agathangelidis FG, Christodoulou AG. Primary cementless total hip arthroplasty with an alumina ceramic-on-ceramic bearing: results after a minimum of twenty years of follow-up. *J Bone Joint Surg Am.* 2010 Mar;92(3):639-44.
- Hamadouche M, Boutin P, Daussange J, Bolander ME, Sedel L. Alumina-on-alumina total hip arthroplasty: a minimum 18.5-year follow-up study. *J Bone Joint Surg Am.* 2002 Jan;84-A(1):69-77.
- Boutin P. Total arthroplasty of the hip by fired aluminum prosthesis. Experimental study and 1st clinical applications. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot.* 1972 Apr-May;58(3):229-46.
- Mittelmeier H, Heisel J. Sixteen-years' experience with ceramic hip prostheses. *Clin Orthop Relat Res.* 1992 Sep;(282):64-72.
- O'Leary JF, Mallory TH, Kraus TJ, Lombardi AV Jr, Lye CL. Mittelmeier ceramic total hip arthroplasty. A retrospective study. *J Arthroplasty.* 1988;3(1):87-96.
- Huo MH, Martin RP, Zatorski LE, Keggi KJ. Total hip replacements using the ceramic Mittelmeier prosthesis. *Clin Orthop Relat Res.* 1996 Nov;(332):143-50.
- Garcia-Cimbreló E, Martínez-Sayanes JM, Minuesa A, Munuera L. Mittelmeier ceramic-ceramic prosthesis after 10 years. *J Arthroplasty.* 1996 Oct;11(7):773-81.
- Fernández Sabaté et al. Estudio multicéntrico de la prótesis de Mittelmeier. *Rev Ortop Traumatol* 291B: 713, 1985.
- Lerouge S, Huk O, Yahia L, Witvoet J, Sedel L. Ceramic-ceramic and metal-polyethylene total hip replacements: comparison of pseudomembranes after loosening. *J Bone Joint Surg Br.* 1997 Jan;79(1):135-9.
- Catelas I, Petit A, Marchand R, Zukor DJ, Yahia L, Huk OL. Cytotoxicity and macrophage cytokine release induced by ceramic and polyethylene particles in vitro. *J Bone Joint Surg Br.* 1999 May;81(3):516-21.
- Sharma V, Ranawat AS, Rasquinha VJ, Weiskopf J, Howard H, Ranawat CS. Revision total hip arthroplasty for ceramic head fracture: a long-term follow-up. *J Arthroplasty.* 2010 Apr;25(3):342-7.
- Allain J, Roudot-Thoraval F, Delecrin J, Anract P, Migaud H, Goutallier D. Revision total hip arthroplasty performed after fracture of a ceramic femoral head. A multicenter survivorship study. *J Bone Joint Surg Am.* 2003 May;85-A(5):825-30.
- Back DL, Dalziel R, Young D, Shimmin A. Early results of primary Birmingham hip resurfacings. An independent prospective study of the first 230 hips. *J Bone Joint Surg Br.* 2005 Mar;87(3):324-9.
- Chevillotte C, Trousdale RT, Chen Q, Guyen O, An KN. The 2009 Frank Stinchfield Award: "Hip squeaking": a biomechanical study of ce-

- ramic-on-ceramic bearing surfaces. *Clin Orthop Relat Res.* 2010 Feb;468(2):345-50.
17. Restrepo C, Post ZD, Kai B, Hozack WJ. The effect of stem design on the prevalence of squeaking following ceramic-on-ceramic bearing total hip arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am.* 2010 Mar;92(3):550-7.
 18. Keurentjes JC, Kuipers RM, Wever DJ, Schreurs BW. High incidence of squeaking in THAs with alumina ceramic-on-ceramic bearings. *Clin Orthop Relat Res.* 2008 Jun;466(6):1438-43.
 19. D'Antonio JA, Capello WN, Naughton M. Ceramic bearings for total hip arthroplasty have high survivorship at 10 years. *Clin Orthop Relat Res.* 2012 Feb;470(2):373-81.
 20. Matar WY, Restrepo C, Parvizi J, Kurtz SM, Hozack WJ. Revision hip arthroplasty for ceramic-on-ceramic squeaking hips does not compromise the results. *J Arthroplasty.* 2010 Sep;25(6 Suppl):81-6.
 21. Walter WL, Kurtz SM, Esposito C, Hozack W, Holley KG, Garino JP, Tuke MA. Retrieval analysis of squeaking alumina ceramic-on-ceramic bearings. *J Bone Joint Surg Br.* 2011 Dec;93(12):1597-601.
 22. Walter WL, Insley GM, Walter WK, Tuke MA. Edge loading in third generation alumina ceramic-on-ceramic bearings: stripe wear. *J Arthroplasty.* 2004 Jun;19(4):402-13.
 23. Stanat SJ, Capozzi JD. Squeaking in third- and fourth-generation ceramic-on-ceramic total hip arthroplasty: meta-analysis and systematic review. *J Arthroplasty.* 2012 Mar;27(3):445-53.
 24. Jazrawi LM, Bogner E, Della Valle CJ, Chen FS, Pak KI, Stuchin SA, Frankel VH, Di Cesare PE. Wear rates of ceramic-on-ceramic bearing surfaces in total hip implants: a 12-year follow-up study. *J Arthroplasty.* 1999 Oct;14(7):781-7.
 25. Willmann G. Ceramic femoral head retrieval data. *Clin Orthop Relat Res.* 2000 Oct;(379):22-8.
 26. Bos I, Willmann G. Morphologic characteristics of periprosthetic tissues from hip prostheses with ceramic-ceramic couples: a comparative histologic investigation of 18 revision and 30 autopsy cases. *Acta Orthop Scand.* 2001 Aug;72(4):335-42.
 27. Heisel C, Silva M, Schmalzried TP. Bearing surface options for total hip replacement in young patients. *Instr Course Lect.* 2004;53:49-65.
 28. Bizot P. Le couple céramique-céramique dans les arthroplasties totales de hanche. *Conférences d'enseignement 2010 (n°99): 279-303.* © Elsevier Masson SAS.
 29. D'Antonio JA, Sutton K. Ceramic materials as bearing surfaces for total hip arthroplasty. *J Am Acad Orthop Surg.* 2009 Feb;17(2):63-8.
 30. D'Antonio JA, Capello WN, Naughton M. Ceramic bearings for total hip arthroplasty have high survivorship at 10 years. *Clin Orthop Relat Res.* 2012 Feb;470(2):373-81.
 31. Hamilton WG, McAuley JP, Dennis DA, Murphy JA, Blumenfeld TJ, Politi J. THA with Delta ceramic on ceramic: results of a multicenter investigational device exemption trial. *Clin Orthop Relat Res.* 2010 Feb;468(2):358-66.

LA VIA D'ABORDATGE MÍNIMAMENT INVASIVA

Pallisé i Folch, F.

Hospital de Santa Maria. Lleida

El concepte de cirurgia mínimament invasiva (CMI) fou introduït pels cirurgians cardíacs per tal d'efectuar els by-pass aorto-coronaris. Aquests al començament dels 90 mitjançant petites incisions s'estalviaven l'esternotomia i la circulació extracorpòria(1), els resultats inicials semblaven bons, per la qual cosa es va fer un màrketing promocional molt important, malgrat tot al cap de 10 anys, només un 25 % dels cirurgians ho utilitzen ja que s'ha vist una elevada morbi-mortalitat per aquest procediment. D'altres especialitats com la cirurgia digestiva, urològica, toràcica, ginecològica..., han desenvolupat diferents tècniques amb petites incisions que permeten un temps de recuperació i estada hospitalària més curta, amb menys dolor i uns resultats estètics millors, i en molts casos millors resultats que amb les tècniques anteriors.

La cirurgia ortopèdica i traumatologia, també ha avançat en aquest camp de les petites incisions, i d'ençà de la implantació de l'artroscòpia, per a la cirurgia de moltes de les articulacions, s'han desenvolupat també tècniques miniinvasives pel tractament de les fractures amb els claus endomedul·lars, plaques LISS, per la cirurgia de columna i d'altres. A començaments dels 2000 hi va haver un gran "boom" de la CMI en la cirurgia protèsica primària tant de maluc com de genoll. Apareixien llavors notícies a la premsa escrita general i mèdica, s'organitzaren jornades en hospitals grans, universitaris i també en centres comarcals, se'n va parlar a les societats científiques, així a l'any 2005 hi va haver un curs d'actualització al congrés de la Sociedad Española de Cirurgia Ortopèdica(2), i a la nostra Societat (SCCOT) al congrés de l'any 2006 a Vic, una de les dues taules rodones va ser "*Pròtesi total de maluc i cirurgia mínimament invasiva*", on a més de fer una revisió del tema es va exposar el resultat de l'enquesta d'utilització de la cirurgia mínimament invasiva a Catalunya(3).

Hi ha varies definicions de CMI, nosaltres hem considerat que es tracta de: "*La realització de qualsevol procediment quirúrgic que es pugui efectuar amb la menor lesió de les parts toves, aconseguint una recuperació més ràpida amb igual o menys complicacions*". I en cirurgia protèsica, cal afegir-hi: "*Tot mantenint una correcta fixació i durabilitat dels implants*". També se'n diu cirurgia menys invasiva, poc invasiva... etc.

Quina és la incisió que hem de fer per tal de considerar una mini-incisió? Sembla que la majoria d'autors estan d'acord que per a la cirurgia protèsica primària de maluc ha de ser de menys de 10 cms(4,5,6,7), però això també va en funció de la massa corporal del pacient, massa muscular etc. Així tenim que Chung(8) en un estudi sobre 60 pacients té una mitjana de 9.2 cms d'incisió, Sculco(9) en una revisió de 254 artroplasties de maluc té un incisió mitja de 8.9 cm.

Són moltes les avantatges que s'atribueixen a la CMI com unes pèrdues hemàtiques menors, una més ràpida recuperació, menys dolor, una estada més curta, un efecte cosmètic millor de la cicatriu, tot amb un mateix o menor temps quirúrgic, menys complicacions i amb una col·locació òptima dels implants i un menor cost del procediment. Però si revisem la bibliografia també hi ha opinions contràries a totes aquestes afirmacions.

S'ha de dir però que la cirurgia mínimament invasiva no és una indicació exclusiva per a pacients joves, però seran aquests els que es poden beneficiar més dels suposats avantatges.

S'han descrit moltes vies d'abordatge mínimament invasiu que han estat adaptacions de vies convencionals. Aquestes les podem dividir en dos grups: una via (posterior, lateral directa, anterolateral i anterior) i dues vies (anterior amb portal accessori), s'ha de dir que aquesta darrera ha estat quasi bé abandonada pels seus mals resultats i per la necessitat d'utilització de radioscòpia durant la intervenció per visualitzar la correcta col·locació dels implants.

El que es presenta al Congrés de la SCCOT 2012 no és tant explicar les diferents vies, sinó fer una recerca de l'evidència científica sobre la diferència dels resultats de la CMI respecte les incisions convencionals. També presentem els resultats de l'actualització de l'enquesta sobre la utilització a Catalunya de la CMI en la protètzació primària de maluc.

Actualment són molts els articles que podem trobar, però pocs amb una evidència acceptable. Si entrem al PubMed amb les paraules "*minimally invasive hip replacement*" "*minimally invasive hip arthroplasty*" i ho limitem als estudis clínics controlats tant aleatoritzats com no aleatoritzats i metanàlisi (nivell d'evidència I i II) tenim 50 entrades, i d'aquestes només 31

fan referència a la CMI en pròtesis de maluc i són estudis comparatius amb les tècniques CMI i estàndard. A les revistes no indexades com a la de la SECOT hi trobem 3 treballs, dos amb una evidència nivell I(10,11) i un amb evidència II(12), s'ha de dir però que els 3 tenen un nombre baix de pacients inclosos amb 40, 50 i 70.

Una de les avantatges que més sovint es preconitza pels defensors de la tècnica és que la recuperació és més ràpida als pacients amb CMI, entenent amb això els que inicien més aviat la deambulació i els que poden ser donats d'alta hospitalària més aviat. Autors com Berger(13) presenta xifres espectaculars ja que el 100% van ser donats d'alta hospitalària a les 24 hores, però aquest treball no és comparatiu i té una evidència de nivell IV. Varela-Ègocheaga(10) en un estudi prospectiu i aleatoritzat amb 2 grups de 25 pacients amb abordatges lateral directe convencional i MIS, i un altre del mateix autor però per via posterior(14) troben una recuperació més ràpida amb una menor estada hospitalària i un inici més precoç de la deambulació, això fa que l'impacte econòmic comporti un estalvi del 4,53%. Un altre estudi on s'avaluen els costos per procés és el publicat per Duwelius(15) on l'estalvi de la tècnica CMI respecte la convencional és del 23.4 % (3.900\$) encara que aquí hi ha un biaix ja que al grup CMI a més eren inclosos en una trajectòria clínica i a l'altre grup no, per tant no podem saber la diferència que és deguda a un aspecte o a l'altre, ja que sabem que la inclusió dels pacients en trajectòries / vies clíniques, millora el promig d'estada.

Els nostres resultats de l'estudi multicèntric del 2006(3) també van en aquesta línia, on l'estada postoperatòria disminueix de 7.86 dies al grup No CMI a 6.32 dies per la sèrie CMI, diferència significativa amb una $P < 0.001$. Aquí es tracta d'un estudi prospectiu no aleatoritzat que inclou 114 pacients intervinguts amb CMI i 75 controls. Del primer grup 63 varen ser intervinguts per via posterior, 20 anterolateral (Watson Jones) i 22 lateral (Hardinge).

Un altre dels beneficis és el del menor sagnat, demostren una menor pèrdua hemàtica estadísticament significativa DiGiogia(16), Panisello-Sebastià(12), Cheng(17) i nosaltres(3).

Un dels temes també controvertits és la de la col·locació dels components, ja que en una incisió menor, podria ser més difícil la orientació i conduir a una malposició dels implants. Només Vergara(11) i al nostre estudi multicèntric(3) es troben pitjors resultats en la orientació del component femoral amb una col·locació en var respecte al grup amb incisió estàndard.

Respecte al nombre de complicacions Smith et al(18) en una metanàlisi troben que a les CMI per via anterior hi ha un risc significativament major de lesions transitòries del nervi ferromocutani. Per altra banda Vergara(11) i Panisello-Sebastià(12) varen tenir més fractures intraoperatòries al grup CMI, però amb diferències no significatives

No hem trobat resultats a llarg termini ja que totes les revisions fan referència al seguiment durant els primers mesos.

Així tenim que Ogonda(4), i Pour(19) valoren els resultats a les 6 setmanes de la intervenció. Puposchill(20), Varela-Egocheaga(10) i Dutka(21) als 3 mesos, Vergara(11) i Shitama(22) als 6 mesos, Panisello-Sebastià(12) i DiGiogia(16) als 12 mesos. Cap d'aquests autors varen trobar diferències significatives entre la CMI i les incisions estàndard respecte als resultats funcionals.

L'última de les qüestions que tractarem és la de l'agressió tissular, només trobem dos treballs(4,22) on es valori aquest aspecte mitjançant la monitorització dels reactants de fase aguda (Interleucina 6 i proteïna c reactiva) i cap dels dos troba diferències significatives

Per tant podem dir que hi ha pocs estudis comparatius ben dissenyats entre les tècniques de CMI i cirurgia convencional i dels que hem trobat sembla que la CMI pot disminuir las necessitats de transfusió i el temps d'estada hospitalària (encara que no queda tant clar que la recuperació sigui més ràpida), malgrat tot no hem trobat que la tècnica CMI millori els resultats a llarg termini.

ENQUESTA D'UTILITZACIÓ DE TÈCNiques MÍNIMAMENT INVASIVES EN CIRURGIA PROTÈSICA DE MALUC

A l'any 2006 varen participar en el mateix estudi mitjançant una enquesta, 46 hospitals de Catalunya majoritàriament de la xarxa pública tant de l'Institut Català de la Salut com dels centres concertats a més d'algún centre privat, distribuïts per tota la geografia catalana, i tot tipus d'hospitals, dels més petits als més grans. Aquest any 2012 s'ha tornat a passar l'enquesta amb petites variacions (Fig. 1) i una participació de 41 hospitals (Taula 1).

25è Congrés de la SCCOT. Girona 17 i 18 de maig 2012		Pròtesis Total de Maluc i Cirurgia Mínimament Invasiva. Present i Futur	
Hospital _____			
1. Utilitza la tècnica de cirurgia mínimament invasiva en la cirurgia protètica primària de maluc al vostre servei ?			
SI		NO	
2. Creus que disminueix el dolor postoperatori ?	SI NO	2. Ho penses utilitzar en un futur immediat ?	SI NO
3. Creus que disminueix el sagnat ?	SI NO	3 L'heu utilitzat anteriorment ?	SI NO
4. Disminueix l'estada hospitalària ?	SI NO	3. Perquè no ho ha utilitzat ? Perquè la vau abandonar ?	
5. Quina via d'abordatge utilitza ?		a. Perquè no hi ha proves evidències científiques	
a. Posterior		b. Perquè no aporta cap benefici pel pacient	
b. Lateral (retrotrocanter anterior)		c. Perquè no tenia instrumentals	
c. Anterior		d. Per altres raons	
d. Rotacional		Quines ? _____	
e. _____		4. Creus que es tracta només de marketing promocional	SI NO
6. Quan vau començar amb la tècnica ? (any) _____			
7. En quin percentatge la utilitza ? _____			
8. Fes selecció dels pacients ?	SI NO		
a. Per edat (joves)			
b. Per índex de massa corporal			
c. Per tipus de pròtesis			
9. Ho utilitza en:			
a. Pròtesis cimentades			
b. No cimentades			
c. Híbrides			
d. Totes			
e. _____			
10. Per l'experiència que tens al vostre centre, ho seguiria utilitzar en un futur	SI NO		
11. És més difícil la col·locació dels implants ?	SI NO		

Figura 1 . Enquesta d'utilització de cirurgia mínimament invasiva

La primera pregunta era: utilitza la tècnica de cirurgia mínimament invasiva en la cirurgia protètica primària de maluc al vostre servei?, l'any 2006 varen respondre que sí 24 hospitals (54%) ara al 2012 tant sols han estat 11 (27%), el percentatge d'utilització d'aquests centres del total de pròtesis que implanten és del 60% de mitjana, amb un ventall que va

del 20% al 100%, en els dos extrems hi trobem tant hospitals petits com grans, Tant sols 4 centres (36%) tenen com a criteri de selecció els pacients joves. L'any de començament va ser majoritàriament el 2005. La via d'abordatge preferida és la posterior amb un 45 %, la segueix la lateral (Hardinge) amb el 36 % i només un hospital utilitza l'anterior de Rottinger. Als centres que la utilitzen també se'ls ha preguntat sobre diferents aspectes que es detallen tot seguit i es comparen amb els resultats del l'enquesta del 2006 (Taula 2).

Clínica de Ponent Lleida	Hospital Moisses Broggi. Sant Joan Despí
Consorci Hospitalari de Vic	Hospital Montserrat Lleida
Hospital Clínic	Hospital Mora d'Ebre
Hospital Comarcal de Blanes	Hospital Sant Bernabé. Berga
Hospital Comarcal del Pallars	Hospital Sant Camil Consorci Sanitari Garraf
Hospital Comarcals del Ripollès	Hospital Sant Jaume Calella
Hospital de Mataró	Hospital Sant Jaume d'Olot
Hospital de Mollet	Hospital Sant Joan de Déu Martorell
Hospital de Palamós	Hospital Santa Maria. Lleida
Hospital de Puigcerdà	Hospital Universitari Mútua de Terrassa
Hospital de Sant Boi	Hospital Universitari Arnau de Vilanova
Hospital de Sant Celoni	Hospital Universitari de Bellvitge
Hospital de Sant Rafael	Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
Hospital de Terrassa	Hospital Universitari Josep Trueta
Hospital de Tortosa	Hospital Universitari Sant Joan Reus
Hospital de Viladecans	Hospital Universitari Vall d'Hebron
Hospital del Vendrell	IAS. Parc Hospitalari Martí i Julià
Hospital d'Igualada	Parc de Salut Mar
Hospital General de Granollers	Parc Taulí Sabadell
Hospital General de l'Hospitalet	Xarxa Assistencial Althaia
Hospital Municipal de Badalona	

Taula 1. Hospitals que han participat en l'enquesta

Any		2006	2012
Hospitals que han participat		46	41
Hospitals SI CMI		24	11
% hospitals sobre el total		54%	27%
% utilització sobre el total de pròtesis que implanten		36%	60%
Creieu que disminueix el dolor postoperatori?	SÍ	60%	55%
Creieu que disminueix el sagnat?	SÍ	68%	91%
Disminueix l'estada?	SÍ	52%	64%
Feu selecció de pacients	SÍ	84%	73%
Ho utilitzeu només en pròtesis: cimentades			
no cimentades / híbrides		28%	36%
totes		72%	64%
Ho seguireu utilitzant?	SÍ	88%	100%
És més difícil la col·locació dels implants?	SÍ	68%	46%

Taula 2. Comparativa 2006-2012 SÍ utilitzen CMI

El 2006, 21 hospitals contestaren **que no ho utilitzaven** (46%) d'aquests 10 pensaven fer-ho en un futur immediat, el 2012 han estat 30 els que no la utilitzen (73%) i cap d'ells pensa fer-ho en un futur, d'aquests, 16 l'havien fet servir anteriorment. No és la

tècnica preferida o ho han deixat de fer per no aportar cap benefici als pacients 18 hospitals, perquè no hi havia evidències 17, per més complicacions 5, la resta de motius varen ser de malposició dels implants, poc nombre de casos, bon funcionament de la via convencional... etc., només 1 cas per manca d'instrumental. Al preguntar-los si creien que es tractava d'un màrketing promocional, varen respondre que sí el 14 (Taula 3).

Any		2006	2012
Hospitals NO CMI		22	30
% hospitals sobre el total		46%	73%
Ho penseu utilitzar en un futur immediat?		48%	0%
Ho heu utilitzat anteriorment?			63%
Perquè no ho utilitzeu o ho heu abandonat?			
No aporta cap benefici pel pacient		5	18
No hi ha evidències		10	17
Més complicacions			5
Altres		11	12
Es tracta només d'un màrketing promocional	SI	52%	47%

Taula 3. Comparativa 2006-2012 NO utilitzen CMI

Per tant veiem que 6 anys després la utilització de les tècniques mínimament invasives per a la protètzació del maluc no és la prevista segons el recull de l'enquesta anterior i ha disminuït considerablement.

BIBLIOGRAFIA

- Ranawat ChS, Ranawat AS. Editorial: Minimally Invasive Total Joint Arthroplasty: Where Are We Going?. *J Bone J Surg* 2003; 85-A: 2070-2071.
- Llopis R. Cirurgia mínimamente invasiva de cadera. Cursos de actualització SECOT. 42 Congreso Nacional D.L.: B-43476-2005: 45-50
- Palliso F, Auleda J, Morales J, Riba J, Gallart X, Vidal A. Pròtesi total de maluc i cirurgia mínimamente invasiva. 19è Congrés de la SCCOT. Revista de cirurgia ortopèdica i Traumatologia 2006; 2: 32-42
- Ogonda L, Wilson R, Archbold P, Lawlor M. A minimal incision technique in total hip arthroplasty does not improve early postoperative outcomes. A prospective, randomized, controlled trial. *J Bone J Surg* 2005; 87-A: 701-710.
- Hart R, Stipcak V, Janecek M, Visna P. Component position following total hip arthroplasty through a miniinvasive posterolateral approach. *Acta Orthop Belg.* 2005; 71: 60-4.
- Woolson ST, Mow CS, Syquia JF, Lannin JV, Schurman DJ. Comparison of primary total hip replacements performed with a standard incision or a mini-incision. *J Bone J Surg* 2004; 86-A: 1353-1358.
- De Beer J, Petruccioli D, Zalzal P, Winemaker MJ. Single-incision, minimally invasive total hip arthroplasty: length doesn't matter. *J Arthroplasty.* 2004; 19: 945
- Chung WK, Liu D, Foo LS. Mini-incision total hip replacement: Surgical technique and early results. *J Orthop Surg (Hong Kong).* 2004; 12:19-24
- Sculco TP, Jordan LC, Walter WL. Minimally invasive total hip arthroplasty: the Hospital for Special Surgery experience. *Orthop Clin North Am.* 2004;35:137-142.
- J.R. Varela-Egocheaga JY, Suárez-Suárez MA, Fernández-Villán M, González-Sastre V, Varela-Gómez JR, Murcia-Mazón A. Abordaje lateral mínimamente invasivo en artroplastia total de cadera. Estudio prospectivo y aleatorizado. *Rev Ortop Traumatol.* 2010;54(1):27-33
- Vergara P, Trullols L, Sancho R, Crusi X, Valera M. Artroplastia total de cadera mediante miniabordaje frente al abordaje estándar: estudio comparativo. *Rev Ortop Traumatol.* 2009;53:76-82.

12. Panisello-Sebastiá JJ, Canales-Cortés V, Herrero-Barcos L, Herrera Rodríguez A, Mateo-Agudo J, Martínez-Martín AA. Efectividad de la cirugía mínimamente invasiva de incisión única postero-lateral en artroplastia total de cadera. *Rev Ortop Traumatol*. 2006;50:425-430.
13. Berger RA, Jacobs JJ, Meneghini RM, Della Valle C, Paprosky W, Rosenberg AG. Rapid rehabilitation and recovery with minimally invasive total hip arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res*. 2004;429:239-47.
14. J.R. Varela-Egocheaga JY, Suárez-Suárez MA, Fernández-Villán M, González-Sastre V, Varela-Gómez JR, Murcia-Mazón A. Abordaje posterior mínimamente invasivo en artroplastia total de cadera. Estudio prospectivo y aleatorizado. Un año de seguimiento: *An Sist Sanit Navar*. 2010; 33: 133-143
15. Duwelius P J, Moller H S, Burkhart R L, Fredrick Waller PA, Wu Y, grunke-meier L. The economic impact of minimally invasive total hip arthroplasty. *J Artthroplasty* 2011; 6: 883-885.
16. DiGioglia AM, Plakseychuck AY, Levison TJ, Jaramaz B. Miniincision technique for total hip arthroplasty with navigation. *J Arthroplasty*. 2003;18:123-128.
17. Cheng T, Feng J G, Liu T, Zhang X L, Minimally invasive total hip arthroplasty: A systematic review. *Int Ortho* 2009 33: 1473-1481.
18. Smith T O, Blake V, Hing C B. Minimally invasive versus conventional exposure for total hip arthroplasty: a systematic review and meta-analysis of clinical and radiological outcomes. *Int Orthop* 2011; 35: 173-184.
19. Pour AE, Parvizi J, Sharkey PF, Hozack WJ, Rothman RH. Minimally invasive hip arthroplasty: what role does patient preconditioning play? *J Bone Joint Surg*. 2007;89:1920-1927.
20. Pospischill M, Kranzl A, Attwenger B, Knahr K. Minimally invasive compared with traditional transgluteal approach for total hip arthroplasty. A comparative gait analysis. *J Bone Joint Surg*. 2010;92:328-337.
21. Dutka J, Sosin P, Libura M, Skowronek P. Total hip arthroplasty through a minimally invasive lateral approach—our experience and early results. *Ortop Traumatol Rehabil*. 2007;9:39-45.
22. Shitama T, Kiyama T, Naito M, Shiramizu K, Huang G. Which is more invasive—mini versus standard incisions in total hip arthroplasty? *Int Orthop*. 2009;33:1543-1547.

ARTROPLÀSTIA DE RECOBRIMENT DEL MALUC. LA NOSTRA EXPERIÈNCIA

Mestre Cortadellas, C.

Parc de Salut Mar. Hospitals del Mar i L'Esperança. Barcelona

INTRODUCCIÓ

L'augment de la patologia articular del maluc en el adult jove i la millora de les expectatives en els tractaments quirúrgics, ha portat a l'expansió de la utilització de les pròtesis de recobriments en les últimes dos dècades.

L'experiència en les dècades dels 70 i 80 del passat segle, va ser poc satisfactòria, donant una taxa de revisions a curt plaç molt alta. Això va fer que s'abandonés aquest tipus d'implant, fins que a finals dels 90, la millora de la metal·lúrgia, de la instrumentació i una millor selecció dels pacients, sembla que ha donat pas a excel·lents resultats en les pròtesis de recobriments amb par de fricció metall-metall.

Aquesta revisió retrospectiva de la nostra experiència, entre els anys 2005 a 2012, reflexa la millora dels resultats, però també obra algunes preguntes de futur sobre possibles complicacions descrites a la literatura (pseudotumors i supervivència a llarg plaç).

OBJECTIU DE L' ESTUDI

L'objectiu d'aquest treball és valorar els resultats de la nostra experiència en les pròtesis de recobriments tipus DURUM, (Zimmer) i la seva evolució, col·locades en el nostre Hospital entre els anys 2005 i 2011 amb un seguiment mitjà de 5 anys (màxim 7 anys i mínim 1 any) valorant els paràmetres clínics (escala de Postel Merlé D'Aubigné) i radiològics (integració, i col·locació).

El treball és retrospectiu, i s'ha fet sobre un total de 154 "resurfacing" avaluades sense pèrdua de seguiment. La valoració clínica segons l'escala de Postel Merlé D'Aubigné pre i postoperatori a l'any. Els pacients van ser 138 homes i 16 dones amb edats compreses entre els 22 i els 64 anys essent la dècada dels 45 als 55 la més prevalent. Quinze pacients van ser intervinguts ambdós malucs. La patologia més estesa va ser la coxartrosi amb un 75%, la necrosi avascular en un 12% i en la resta, patologies varies.

Des del punt de vista radiològic es va valorar la radiologia estàndard de front i axial dels malucs amb medicació del var o valg del component femoral, així com la inclinació i la anteversió i la cobertura de la còtila.

Tanmateix, es van valorar les complicacions sorgides durant el procediment quirúrgic i a posteriori, com les fractures del

coll femoral, luxacions, lesions vasculo-nervioses, marxa anòmala, infeccions i afluixaments dels components.

RESULTATS

No s'han donat episodis de luxació en cap pròtesis. Es van produir dues fractures del coll femoral en les 50 primeres pròtesis, una dona i un home. També en les 50 primeres artroplasties es van produir dos afluixaments del component acetabular i en un cas vàrem tenir una infecció profunda que va precisar la retirada de l'implant i la col·locació en un segon temps de una pròtesi convencional.

La taxa de revisió total dels 154 implants ha estat del 3.8% als 5 anys, que és una dada intermitja entre totes les sèries publicades d'aquesta pròtesi.

L'acotació de Postel Merlé D'Aubigné va passar de 13, 1 a 16, 8 i la supervivència als 5 anys ha estat del 96, 2%

DISCUSSIÓ

Donat que la supervivència d'una artroplàstia de maluc convencional segons el registre nòrdic en pacients adults joves és del 99% a 5 anys, sembla que els resultats de la nostre sèrie són una mica inferiors, però s'ha de dir que totes les complicacions es van donar en els 70 primers casos i per això considerem que la corba d'aprenentatge en aquest tipus de cirurgia és molt exigent. També hem de dir que l'evolució del nou còtil ens ha facilitat de manera important l'absència actual de complicacions en aquest nivell.

D'altra banda, persisteixen en alguns malalts petites molesties inguinals que no sabem etiquetar i en el 2% dels malats es dona una marxa tipus Trendelenburg que es podria atribuir a la via quirúrgica (Hardinge modificat).

Els dos afluixaments acetabulars es van donar en els 70 primers implants en que es va utilitzar el còtil tipus Durom. El nou còtil amb aletes de fixació lateral i no de fixació ecuatorial com el primitiu, dona una millor fixació primària.

Les fractures es van produir en una dona de 57 anys amb una mala orientació del còtil i una porosi regional i en un home amb una posició defectuosa del còtil.

La infecció va ser inferior a l'1% i està dins dels paràmetres normals d'infecció o fins i tot per sota de la taxa habitual.

CONCLUSIONS

La nova metal·lúrgia, instrumentació i selecció acurada dels pacients, utilitzant implants d'última generació, sembla que els resultats són pràcticament iguals que a les prótesis con-

vencionals, però deixen un millor stock ossi, sobre tot en el costat femoral i això de cara a la revisió és important. Tanmateix s'ha de considerar que és un procediment exigent i que la corba d'aprenentatge és exigent.

AVALUACIÓ DE PACIENTS PORTADORS DE CÒTILA DEPUY ASR™. RESULTATS DE L'APLICACIÓ DE LA GUIA SECCA A L'HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA

Fernández-Valencia, J.A.; Gallart, X.; Bori, G.; García, S.; Argüelles, A.; Riba, J.

Unitat de Maluc. Servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia. Hospital Clínic. Universitat de Barcelona.

RESUM

El pronòstic de les pròtesi metall-metall amb còtila ASR XL (DePuy) és variable segons les sèries i s'especulen diferents causes per explicar el fracàs d'aquest implant. Aquest estudi retrospectiu evalua amb un seguiment mig una cohort de 83 còtils consecutives ASR XL (DePuy) amb un seguiment mig de 2,9 anys, determinant nivells de crom i cobalt al sèrum i l'angle d'abducció evaluant si existeix correlació amb el fracàs definit com a recanvi de la pròtesi. El Harris Hip Score mig d'aquesta sèrie va ser de 83,2 (rang 42-97). De les 83 artroplasties, 8 es van reintervenir (13,3%) per dolor persistent. Els components acetabulars de tots els malucs operats tenien un angle d'abducció correcte i no es va trobar correlació entre nivells elevats d'ions a la sang i fracàs de la pròtesi.

Paraules Clau: ASR, resurfacing, metall-metall, reintervenció, crom, cobalt.

INTRODUCCIÓ

Al setembre de 2010, la *Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios* (AEMPS) va distribuir una alerta que comunicava el cessament de la implantació i la retirada del mercat dels sistemes de pròtesis de maluc DePuy ASR™ Articular Surface Replacement I DePuy ASR™ XL Acetabular fabricats per DePuy International Ltd. Es va argumentar la retirada per dades desfavorables en supervivència i per la possible "cessió de restes metàl·liques de l'aliatge crom cobalt als teixits circumdants". La *Sociedad Española de Cirugía de Cadera* (SECCA) va publicar un algorisme per a l'avaluació d'aquests pacients(1); en aquest estudi mostrem els resultats de la sèrie de pacients que van rebre aquesta pròtesi i que s'han avaluat d'acord a aquest algorisme.

MATERIAL I MÈTODES

Es va realitzar una citació per carta a tots els pacients intervinguts a l'Hospital Clínic de Barcelona i portadors de còtila DePuy ASR™, al desembre de 2010. El grup comprèn un total de 92 còtils a 83 pacients, 10 dones i 73 homes, amb una edat mitja de 51 anys (rang 24-66, DE 10); 9 d'ells eren portadors bilaterals de l'implant. L'índex de massa corporal mig va ser de 28 Kg/m² (rang 21,1-36,2).

Cinc pacients no van respondre i tres havien mort per causes no relacionades, quedant un total de 83 còtils DEPUY ASR™; 60 en pròtesi de superfície i 23 amb pròtesi de tija curta tipus Proxima™, amb un seguiment mitjà de 2,9 anys (rang 0,9-5,5, DE 1,05). En la indicació de la cirurgia, es van excloure els pacients amb insuficiència renal crònica, dones en edat fèrtil i pacients amb al·lèrgia coneguda a metalls.

Totes les cirurgies es van realitzar amb l'abordatge lateral, modificat segons Hardinge(2), amb el pacient en decúbit lateral. Es va realitzar una capsulectomia anterior completa, de forma prèvia a la luxació del cap femoral. L'acetàbul i el fèmur es van preparar d'acord amb la tècnica estàndard. Com a part del nostre protocol de rutina per l'artroplàstia de maluc, tots els pacients van rebre cefuroxima 1,5 g abans de l'inici de la intervenció quirúrgica i una altra dosi 2 hores després de rebre la primera dosi si es justificava per la durada de la cirurgia. Es va fer servir heparina de baix pes molecular per a la profilaxi antitrombòtica.

En la visita de seguiment feta per la revisió, es va obtenir consentiment informat en tots els casos per la realització del seu estudi. Es va realitzar a tots els casos el qüestionari Harris Hip Score(3), es va fer un estudi radiològic i analític, incloent determinació de Crom (Cr) i Cobalt (Co) en sèrum.

Es va mesurar els nivells de Co y Cr en sèrum mitjançant espectrometria de masses (Perkin Elmer AA600 graphite furnace atomic absorption spectrometer). Es van considerar nivells elevats de ions metàl·lics en sèrum, nivells de Co per sobre 5 µg/L i de Cr per sobre de 2 µg/L.

Els resultats del qüestionari Harris Hip Score es van avaluar com a dolents amb puntuacions inferiors a 70, com a acceptables entre 70 i 79, com a bons entre 80 i 89, i com excel·lents entre 90 i 100, segons descrit per Marchetti et al(4).

Es van avaluar les radiografies estandaritzades anteroposteriors de la pelvis (preses amb el peu en rotació interna) abans de la cirurgia i després de la cirurgia. Les radiografies van ser avaluades per assegurar que hi havia un grau similar de rotació del maluc mitjançant la comparació de l'aparició del trocànter menor en la radiografia preoperatòria i la recerca de la millor correspondència entre les radiografies postoperatòries disponibles. Es va determinar l'angle d'abducció

acetabular, així com la presència de osteòlisi o signes d'afluixament. L'angle acetabular es va mesurar mitjançant l'angle entre la línia horitzontal entre les llàgrimes i l'eix d'obertura del component acetabular(5).

Es van realitzar estudis complementaris mitjançant tomografia computeritzada helicoidal (TC) a 13 pacients. Les TC es van dur a terme al Departament de Radiologia amb un escàner Somatom Plus IV (Siemens, Erlangen, Alemanya). La tècnica d'imatge de TC es va optimitzar amb el propi Software de Siemens. Es van obtenir imatges de tota la pròtesi, des de la part superior de l'acetàbul a la part inferior de l'implant femoral, amb adquisició helicoidal (kV=120, mAs=200, gruixut de tall=3 mm, pitch=1.5, i espai de reconstrucció=3 mm). Es va realitzar un algorisme de reconstrucció òssia, amb una àmplia finestra per accentuar la vora de les estructures òssies, amb l'objectiu de minimitzar l'artefacte de la pròtesi metàl·lica. A més, les imatges van ser reconstruïdes mitjançant un algorisme de teixit tou.

Per l'estudi estadístic, les dades van ser introduïdes i analitzats amb Epi v.2 (disponible en el poder <http://www.openepi.com>). Es va avaluar si existí un augment de nivells de Cr i Co en el decurs del temps, i la possible relació entre angle d'abducció acetabular i nivells de Cr i Co emprant el test de Spearman. També es va avaluar si han existit diferències entre el grup recanviat i el grup no recanviat respecte a sexe, edat, Cr i Co, angle d'abducció acetabular, tamany de còtila o temps d'evolució. Per avaluar la possible diferència en relació al sexe es va fer servir el test de Chi-quadrada. Per la resta de variables es va fer servir la U de Mann-Whitney. Es va fixar el nivell de significació estadística en $p \leq 0,05$.

RESULTATS

El Harris Hip Score mitjà de la sèrie es va avaluar com a bó, amb una puntuació mitja de 83,2 (ran 42-97). L'angle d'abducció acetabular va ser de 39,8 ° (rang 15-52, DE 5,5) i en cap cas es va apreciar presència d'afluixament ni de osteòlisi (Fig.1).

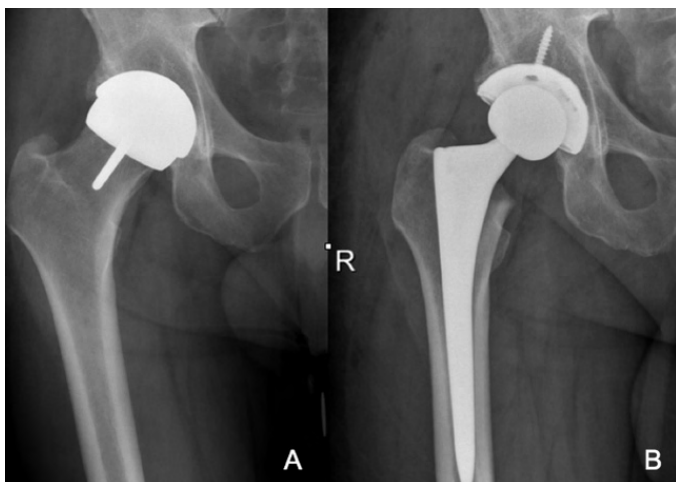


Fig. 1 (A) Radiografia anteroposterior de maluc, de seguiment de una de les pròtesis recanviades, sense troballes radiològiques relevants i (B) Radiografia del mateix pacient un cop fet el recanvi.

El Cobalt en sèrum es va trobar elevat ($>$ o igual a 5 $\mu\text{g/L}$) en 10 pacients (1 bilateral), amb una mitjana en aquest subgrup de 12,3 $\mu\text{g/L}$ (rang 5-56, DE 14,2). El Crom en sèrum es va trobar elevat ($>$ o igual a 2 $\mu\text{g/L}$) en 14 pacients (4 bilaterals), amb una mitjana en aquest subgrup de 7,3 $\mu\text{g/L}$ (rang 2,1-40, DE 9,4).

Es va complementar l'estudi amb TC en 13 pacients, sense troballes rellevants excepte per 2 pacients amb bursitis trocantèrica, 1 pacient amb presència de líquid a la bursa de l'ilioipsoas, 1 cas amb presència d'una col·lecció líquida anterior a coll i trocànter major en 1 cas.

Els nivells de Cr i Co en el decurs del temps no van variar de forma significativa ($p=0,396$), i no es va trobar rel·lació entre angle d'abducció acetabular i nivells de Cr i Co ($p>0,05$) (Fig.2). No es van observar diferències entre el grup recanviat i el grup no recanviat respecte a sexe ($p=0,653$), edat ($p=0,790$), Cr ($p=0,727$) i Co ($p=0,447$), angle d'abducció acetabular ($p=0,259$), tamany de còtila ($p=0,087$) o temps d'evolució ($p=0,819$).

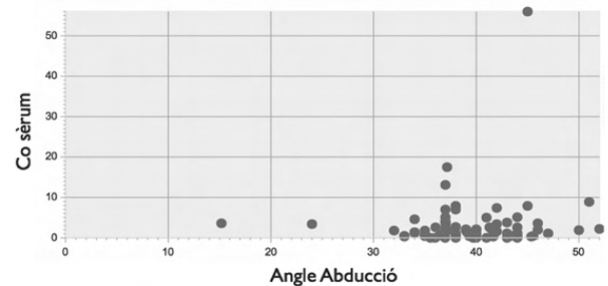


Fig. 2 Diagrama de dispersió amb posicionament de la còtila respecte al nivells de cobalt per a tots els implants. L'angle d'abducció s'observa en l'eix X, i els nivells de Cobalt, en l'eix Y.

La presència de clínica de dolor i/o nivells elevats de crom-cobalt en sèrum va motivar el recanvi de 8 pròtesis de superfície; les troballes intraoperatories van ser irrellevants a 6 casos; en 1 cas es va identificar un pseudotumor sòlid i en 1 cas es va identificar metal·losi i un pseudotumor líquid (Fig. 3).

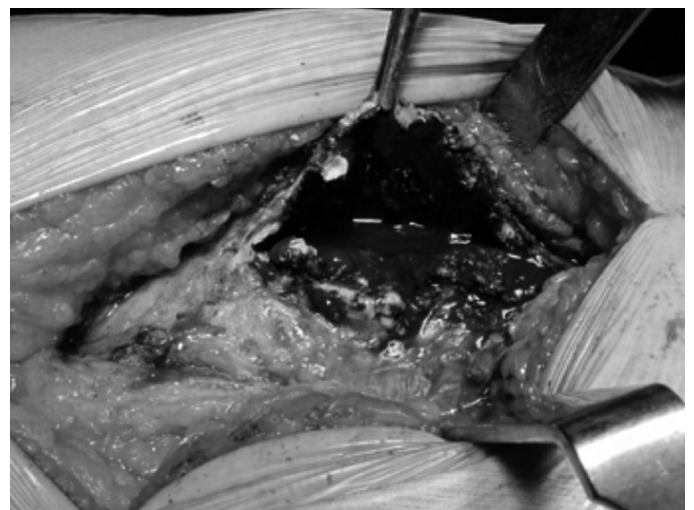


Fig. 3 Troballa intraoperatoria de metal·losi.

Sumant el recanvi de 8 pròtesis motivat per aquesta evaluació als dos recanvis previs de pròtesi ASR™, el nostre centre acumula una taxa de revisió de còtila ASR™ del 18,2% a 2,9 anys.

DISCUSSIÓ

El sistema de pròtesi metall-metall ASR™ (DePuy), tant per pròtesi de superfície com per pròtesis de diàmetre gran ha presentat taxes elevades de fracàs, publicades inicialment al Registre d'Artroplasties Australià(6), i també a sèries recents(7,8). Aquest fracàs, juntament amb la retirada del mercat d'aquest implant, ha tingut una important repercussió mediàtica, tant al nostre medi, com a nivell internacional(9). Una de les principals preocupacions es troba en les possibles repercussions dels efectes dels ions metàl·lics Cr i Co tant a nivell local com a la sang, amb tres casos publicats on es descriuen intoxicacions per cobalt per aquesta pròtesi(10,11).

La taxa de recanvi al nostre centre ha estat del 18,2% amb un seguiment mig de 2,9 anys. En la revisió del Registre Nacional Australià, Steiger et al. van identificar una taxa acumulada de revisió d'artroplasties de superfície amb sistema ASR™ del 10,9% (IC 95% del 8,7% a 13,6%) en comparació amb el 4% (IC 95%, 3,7% a 4,5%) per la resta de pròtesis de superfície(6). Tot i que aquesta taxa ja és elevada, sèries recents orienten a resultats com els que hem observat a la nostra sèrie, amb taxes de revisió més elevades amb menys temps de seguiment. Bernthal et al han publicat una taxa de revisió del 17,1% a 3 anys de seguiment(8). A la seva sèrie fracassen un total de 12 malucs que van funcionar bé durant el primer any de seguiment. En 2 casos existí aflujament de pròtesi, i la resta presentà dolor persistent sense evidència radiològica d'aflujament. En les radiografies de la nostra sèrie no es van identificar troballes rellevants i la principal causa per la revisió va ser la presència de dolor persistent.

No existeix actualment un consens que determini els nivells no acceptables o clarament tòxics a la sang a pacients portadors d'implants ortopèdics, tot i que s'ha suggerit que respecte el Co, els nivells per sota de 2 µg/L són acceptables(12). De fet, tot implant pot alliberar aquests ions independentment del parell de fricció. Com a exemple, a un conegut estudi sobre 41 pròtesis de genoll, els nivells de Cr i Co van ser de 0,92 i 3,28 µg/L, respectivament a pròtesis unilaterals i 0,98 i 4,28 respectivament a pròtesis bilaterals(13). Per altra banda, existeixen també casos d'intoxicació per Cobalt amb pròtesis de maluc no metall-metall(14).

S'han publicat xifres variables de Co i Cr amb aquesta pròtesi. En un estudi prospectiu multicèntric a 24 mesos, trobant una estabilització dels nivells, amb nivells baixos, a la majoria dels casos partir dels primers 3 mesos(15). Aquesta sèrie incloïa un total de 77 pròtesis de superfície unilateral. Es van detectar un total de 6 pacients amb nivells anormals elevats de ions metàl·lics i en tots ells l'angle d'abducció

es trobava per sobre de 55°. A un altre estudi per Desy et al., es observava que els diàmetres més petits del còtila ASR™ s'associaven amb nivells més elevats de Cr i Co així com també una major abducció acetabular(16). Hart et al. també van trobar que inclinacions en abducció de més de 50° provocaven nivells més elevats d'ions, tot i que en el seu estudi només 3 pacients tenien aquest angle amb més de 50°(17). Un altre estudi per De Haan et al. també va observar una major liberació d'ions metàl·lics amb abduccions de més de 55°(18). Langton et al. van comparar els nivells entre la pròtesi de superfície ASR™ (Depuy) i BHR™ (Smith&Nephew) i es va constatar també nivells més elevats en pròtesis amb més angle d'abducció, tot i que només va ser així amb les pròtesis amb cap de diàmetre menor(19). En la nostra sèrie en cap cas es va superar els 55° d'abducció acetabular, i per contra un total de 10 casos presentaren nivells elevats de Co i 14 casos presentaren nivells elevats de Cr. Això il·lustra que no només per la col·locació de la cotila és important, sinó també el disseny i les característiques de l'implant.

Els casos que van requerir recanvi de pròtesi, no mostraren alteracions radiològiques d'osteòlisi o aflujament i presentaven un correcte posicionament. En 1 cas es va identificar un pseudotumor sòlid i en 1 cas es va identificar metal·losis i un pseudotumor líquid. El fracàs de les pròtesis ASR s'ha atribuït al disseny d'aquesta artroplastia, en concret per predisposició a la sobrecàrrega marginal(18,19), amb accentuació d'aquest problema amb les pròtesis de diàmetre més petit(20). La justificació del fracàs sense alteració radiològica, es podria explicar dins de les lesions de parts toves secundàries als ions metàl·lics alliberats, dins del terme recentment creat com a "Reacció Adversa al Debris Metàl·lic" (ARMD en anglès), que inclou els canvis descrits per diferents autors tals com pseudotumors(21), lesions associades vasculítiques asèptiques (ALVAL)(22) i metal·losis(23); es considera que en alguns casos el procés pot estar vehiculat per una reacció d'hipersensibilitat tipus IV(12).

CONCLUSIONS

Com a conclusions del present estudi, considerem que tot i que es important no superar els 55° d'abducció acetabular, aquest no ha estat un factor clau en el fracàs de les pròtesis de ASR™ de la sèrie presentada; en cap dels casos de la sèrie aquest angle va superar els 55°. La supervivència a 2,9 anys de la cotila ASR™ ha estat del 100% en pacient portadors de tija Proxima™ i del 82,8% en pacients amb pròtesi de superfície.

BIBLIOGRAFIA

1. Gallart X, Marín O. Information and advice for orthopedic surgeons: a decision tree to a patient with prosthesis with metal-metal friction pair. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología* 2011;1:00.
2. Hardinge K. The direct lateral approach to the hip. *J Bone Joint Surg Br* 1982;64(1):17-19.
3. Harris WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty. An end-result study using a new method of result evaluation. *J Bone Joint Surg Am* 1969 Jun;51(4):737-755.
4. Marchetti P, Binazzi R, Vaccari V, Girolami M, Morici F, Impallomeni C, et al. Long-term results with cementless Fitek (or Fitmore) cups. *J Arthroplasty* 2005 Sep;20(6):730-737.
5. Tannast M, Langlotz U, Siebenrock KA, Wiese M, Bernsmann K, Langlotz F. Anatomic referencing of cup orientation in total hip arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res* 2005 Jul;(436)(436):144-150.
6. de Steiger RN, Hang JR, Miller LN, Graves SE, Davidson DC. Five-year results of the ASR XL Acetabular System and the ASR Hip Resurfacing System: an analysis from the Australian Orthopaedic Association National Joint Replacement Registry. *J Bone Joint Surg Am* 2011 Dec 21;93(24):2287-2293.
7. Langton D, Jameson S, Joyce T, Gandhi J, Sidaginamale R, Mereddy P, et al. Accelerating failure rate of the ASR total hip replacement. *Journal of Bone & Joint Surgery, British Volume* 2011;93(8):1011-1016.
8. Bernthal NM, Celestre PC, Stavrakis AI, Ludington JC, Oakes DA. Disappointing Short-Term Results With the DePuy ASR XL Metal-on-Metal Total Hip Arthroplasty. *J Arthroplasty* 2012 4;27(4):539-544.
9. Cohen D. How safe are metal-on-metal hip implants? *BMJ* 2012 Feb 28;344:e1410.
10. Tower SS. Arthroprosthetic cobaltism: neurological and cardiac manifestations in two patients with metal-on-metal arthroplasty: a case report. *J Bone Joint Surg Am* 2010 Dec 1;92(17):2847-2851.
11. Mao X, Wong AA, Crawford RW. Cobalt toxicity--an emerging clinical problem in patients with metal-on-metal hip prostheses? *Med J Aust* 2011 Jun 20;194(12):649-651.
12. Delaunay C, Petit I, Learmonth ID, Oger P, Vendittoli PA. Metal-on-metal bearings total hip arthroplasty: the cobalt and chromium ions release concern. *Orthop Traumatol Surg Res* 2010 Dec;96(8):894-904.
13. Luetzner J, Krummenauer F, Lengel AM, Ziegler J, Witzleb WC. Serum metal ion exposure after total knee arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res* 2007 Aug;461:136-142.
14. Pelclova D, Sklensky M, Janicek P, Lach K. Severe cobalt intoxication following hip replacement revision: Clinical features and outcome. *Clin Toxicol (Phila)* 2012 Apr;50(4):262-265.
15. Isaac GH, Siebel T, Oakeshott RD, McLennan-Smith R, Cobb AG, Schmalzried TP, et al. Changes in whole blood metal ion levels following resurfacing: serial measurements in a multi-centre study. *Hip Int* 2009 Oct-Dec;19(4):330-337.
16. Desy NM, Bergeron SG, Petit A, Huk OL, Antoniou J. Surgical variables influence metal ion levels after hip resurfacing. *Clin Orthop Relat Res* 2011 Jun;469(6):1635-1641.
17. Hart AJ, Buddhdev P, Winship P, Faria N, Powell JJ, Skinner JA. Cup inclination angle of greater than 50 degrees increases whole blood concentrations of cobalt and chromium ions after metal-on-metal hip resurfacing. *Hip Int* 2008 Jul-Sep;18(3):212-219.
18. De Haan R, Pattyn C, Gill HS, Murray DW, Campbell PA, De Smet K. Correlation between inclination of the acetabular component and metal ion levels in metal-on-metal hip resurfacing replacement. *J Bone Joint Surg Br* 2008 Oct;90(10):1291-1297.
19. Langton DJ, Sprowson AP, Joyce TJ, Reed M, Carluke I, Partington P, et al. Blood metal ion concentrations after hip resurfacing arthroplasty: a comparative study of articular surface replacement and Birmingham Hip Resurfacing arthroplasties. *J Bone Joint Surg Br* 2009 Oct;91(10):1287-1295.
20. Langton DJ, Jameson SS, Joyce TJ, Webb J, Nargol AV. The effect of component size and orientation on the concentrations of metal ions after resurfacing arthroplasty of the hip. *J Bone Joint Surg Br* 2008 Sep;90(9):1143-1151.
21. Pandit H, Glyn-Jones S, McLardy-Smith P, Gundle R, Whitwell D, Gibbons CL, et al. Pseudotumours associated with metal-on-metal hip resurfacings. *J Bone Joint Surg Br* 2008 Jul;90(7):847-851.
22. Willert HG, Buchhorn GH, Fayyazi A, Flury R, Windler M, Koster G, et al. Metal-on-metal bearings and hypersensitivity in patients with artificial hip joints. A clinical and histomorphological study. *J Bone Joint Surg Am* 2005 Jan;87(1):28-36.
23. Ollivier B, Darrah C, Barker T, Nolan J, Porteous MJ. Early clinical failure of the Birmingham metal-on-metal hip resurfacing is associated with metallosis and soft-tissue necrosis. *J Bone Joint Surg Br* 2009 Aug;91(8):1025-1030.

REVISIÓ A 4 ANYS D'UNA TIJA FEMORAL METAFISÀRIA

Mora, X.; Herrero, X.; Nogales, J.; Molina, J.; Capdevila, J.; Sirvent, E.

Servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia de l'Hospital Verge de la Cinta de Tortosa.

RESUM

Es realitza un estudi prospectiu observacional per a valorar l'osteointegració d'una tija femoral en l'artroplàstia total de maluc, amb l'objectiu de donar a conèixer els resultats de la implantació d'una tija curta d'ancoratge metafisari.

La sèrie inclou la revisió de 25 tiges femorals en 21 pacients, amb un seguiment mínim de quatre anys, realitzant una valoració radiològica per identificar la integració i la mobilització protèsica.

L'anàlisi dels resultats evidencia que cap tija ha sigut re-canviada per la mobilització protèsica i el seguiment radiològic demostra l'existència d'un patró d'integració, amb el temps, amb ponts ossis d'aparició progressiva. Es discuteixen les indicacions d'aquesta tija per l'edat dels pacients, la seva geometria femoral i la seva activitat, per concloure que es una opció com a model de tija femoral en l'artroplàstia total de maluc, encara que com tots els tipus de pròtesis farà falta un seguiment més ampli en el temps.

Paraules clau: pròtesis maluc, metafisària

INTRODUCCIÓ

En els últims 20 anys s'estan utilitzant tiges femorals no cimentades en l'artroplàstia total del maluc, amb diferents dissenys i geometries, amb bons resultats de supervivència, comparades amb el patró que es pot considerar la pròtesi cimentada de maluc de tija recta i ancoratge femoral.

Entre aquests models diferents hi ha un grup que s'han definit com a més respectuoses amb el teixit ossi amb una tija més curta i un ancoratge metafisari (Fig. 1).



Fig. 1

La fixació inicial de tota tija femoral s'obté per pressió amb un implant lleugerament sobre dimensionat, també s'han de considerar una sèrie de factors que influeixen a l'estabilitat primària com poden ser la rugositat i el tipus de recobriments de la tija, la qualitat de l'os i la tècnica quirúrgica utilitzada.

L'any 1985 Morrey implanta una pròtesi de maluc que anomena conservadora de tija curta (Mayo Zimmer). La fixació inicial és en doble cunya metafisària i un petita tija diafisària, l'objectiu inicial era la implantació per a facilitar la cirurgia MIS.

Freman (1986) en el seu article al JBJS "Why resect de neck" demostra la utilitat de la preservació del coll i Mannann (2009) evidencia a 20 anys el bon resultat d'aquesta pròtesi.

Santori (2006) i Lombardi (2009) defensen amb els seus dissenys la preservació de la massa òssia metafisària i la no invasió del canal femoral.

Munting i Verhelpen (1995) amb un estudi biomecànic demostren que el preservar més coll femoral disminueixen les càrregues de torsió i axials i l'augment de l'os cortical i esponjós (Harrison, 2010).

El grup de consens del NIH (National Institutes Health, 1995) quan defineix els tipus de tiges femorals en un dels tipus, analitza les pròtesis d'ancoratge metafisària encara que aquestes pròtesis disposen d'una tija diafisària que és útil en el posicionament de la pròtesi i que no té funció mecànica, per evitar el dolor del múscle i els efectes de remodelació a la punta de la tija pel contacte cortical.

Les pròtesis femorals conservadores, metafisàries i de tija curta requereixen una tècnica d'implantació més exigent. La posició en varo condueix a la mobilització protèsica i, en algunes publicacions, a l'augment de les fractures periprotèsiques per la força a la cortical externa.

Entre les pròtesis conservadores actuals varem escollir una tija, que no envaeix la diàfisis femoral, de càrrega circumferencial proximal amb tall alt del coll i impactació de la esponjosa de la metafisis (Próxima Depuy j&j) .

L'objectiu d'aquesta publicació és presentar els resultats preliminars de l'estudi prospectiu observacional que varem iniciar i que actualment esta actiu en relació a la utilització d'una pròtesi metafisària durant els anys 2007-2011.

PACIENTS I MÈTODES

Pacients

21 pacients < de 65 anys van ser intervinguts de pròtesi total de maluc des d'octubre del 2007 fins setembre del 2008 amb un total de 25 pròtesis.

El diagnòstic inicial va ser coxartrosis (16), necrosis (8), traumàtica (1). No es va indicar la utilització d'aquesta pròtesi en malucs displàsics.

14 pacients eren homes i 7 eren dones, amb una edat mitjana de 48 anys (21-65) i un pes mitjà de 77,5 kg (52-102).

El seguiment dels pacients es va realitzar al cap d'un, tres, sis i dotze mesos de la intervenció i després cada any.

Tècnica quirúrgica

La planificació preoperatòria es realitza amb dues projeccions radiològiques; AP amb lleugera rotació interna (l'implant ha de quedar centrat en el canal) i axial per avaluar l'encaix de l'implant en la part superior.

En l'abordatge quirúrgic s'ha utilitzat la via anterolateral (Hardinge) en tots els pacients.

L'osteotomia del coll és alta i es fa a 30°, en tots els casos es va realitzar amb la luxació del maluc.

L'obertura del canal femoral es realitza mitjançant el punxó d'introducció al canal col·locat en la zona central del coll resecat, lleugerament lateral i posterior, per obrir el canal femoral, s'ha d'evitar crear una cavitat inicial que s'estengui més enllà de l'espai previst pel raspat.

El raspat inicial es realitza amb una petita raspa iniciadora, no anatòmica, que serveix per crear l'espai de raspat inicial, utilitzant la tècnica "Round the corner". S'utilitza la raspa lateral per obrir un buit per baix del trocànter major i treballar l'espai lateralment. En el raspat successiu s'utilitzarà la mateixa tècnica, s'ha de tenir cura per conservar o restaurar l'anterversió del coll femoral i seguir la forma del fèmur proximal en les tres dimensions.

Amb la primera raspa plenament encaixada, es verifica la posició mitjançant la guia d'alineació externa.

Les raspes anatòmiques s'han de retirar amb la mateixa orientació "Round the corner" per evitar un raspat excessiu.

El raspador seqüencial "Round the corner" es continua mit-

jançant raspes successives fins aconseguir estabilitat en rotació i en una posició neutra en el pla varo-valgo.

La mida de l'implant final correspon amb la raspa final utilitzada.

Reducció de proba: s'escull la mida correcta del coll de proba estàndard o d'offset estàndard i de cap modular. Es fa una reducció de proba i s'avalua el maluc en tot el seu rang de moviment. L'implant definitiu s'introdueix en l'espai de la raspa utilitzant la mateixa tècnica "Round the corner". L'implant ha de seguir el camí de l'última raspa i la seva alineació ha de ser neutra abans de la impactació final. La impactació es finalitza quan l'implant no pot avançar més.

La posició de l'implant s'ha de confirmar amb la guia d'alineació externa. Si fa falta es pot fer una nova reducció de proba.

RESULTATS

Avaluació radiològica

Es va valorar una Rx de front i axial en les mateixes posicions a tots els pacients als quatre anys (41-48 mesos) amb l'objectiu d'analitzar la situació de la tija post cirurgia.

La situació de la tija es referència amb l'eix femoral a nivell frontal i axial (Fig. 2) i es considera neutra amb una tolerància de 2° en varo i valgo. Cap de les 25 tiges es van mobilitzar entre la Rx postoperatòria i en la revisió als 4 anys. Amb la Rx postoperatòria 2 estaven en valgo (8° i 4°) i 2 en varo (4° i 10°) la resta en posició neutra (21).

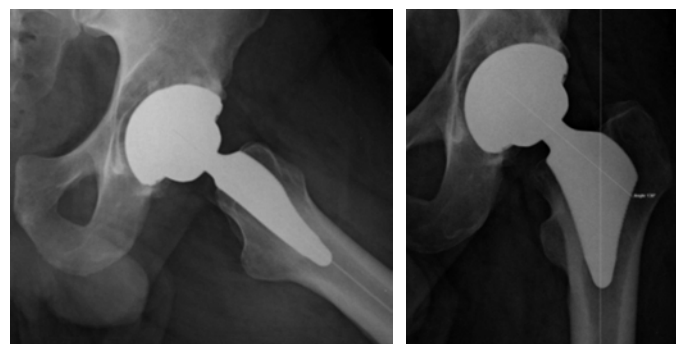


Fig. 2

Un dels signes radiològics, els "spot welds", s'ha observat en cinc pacients a la zona 2 de Gruen, encara que és poc significatiu en aquest estudi preliminar.

		Prova binomial				
		Situació tija	N	Proporció observada	Prop. de prova	Sig. exacta (bil·lateral)
Resultat cirurgia	Grup 1	Valgo o Varo	4	,16	,50	,001
	Grupo 2	Neutra	21	,84		
	Total		25	1,00		

Variables resultats	pròtesis	pacients	Proporció	95% CI
Posició neutra	21	25	,840000	,639172 to ,954621 Exact
				,653464 to ,935965 Wilson ^a
				,696293 to ,983707 Asymptotic

^aRecommended CI

Amb un interval de confiança del 95% ($p=0,001$ les pròtesis han sigut implantades en posició neutre en un 84% (CI 63,35%-93,60%)

Prova de mostres relacionades								
	mitja	Desvi tip.	Error mitja	95% CI infe	95% CI sup	t	gl	Sig (bil-lateral)
Par 1-Postop i preop Harris hip score	52,2120	5,9574	1,1915	49,7529	54,6711	43,821	24	,000

Amb una confiança del 95% ($p < 0,05$) la millora en l'escala de Harris postop en relació a la preop és de 52,21 punts amb un interval de confiança que va del 49,75 a 54,67 punts.

DISCUSSIÓ

El principal criteri per la utilització de la pròtesi metafisària als nostres pacients va ser l'edat (menors de 65 anys) i la seva activitat física, amb una valoració radiològica de bona qualitat òssia, encara que vàrem classificar el tipus de fèmur amb l'escala Dorr no va ser aquest un criteri d'exclusió.

L'edat no és per alguns autors un criteri de selecció del pacient com demostra Kim (2010) en un estudi en pacients >70 anys amb bons resultats.

L'ancoratge de la tija es fa a la metafisi, la tècnica preserva la esponjosa per impactació i produeix tres punts de fixació de la pròtesi.

Els estudis biomecànics que s'han realitzat amb aquest tipus de tija han demostrat que la fixació esponjosa de l'implant és bona quan s'aplica un moviment cíclic de gir.

En flexió permet transmetre les càrregues a la resta del fèmur i redueix el risc "stress shielding" F.M. Westhal (2006), aquesta millora s'obté fonamentalment per la mida més petita de l'implant.

L'eliminació de la cua de la tija femoral és, a nivell mecànic, la millor manera de mantenir l'elasticitat femoral junt amb un augment de l'estabilitat per l'osteotomia femoral més horitzontal.

El procés d'integració protèsica és bàsic en aquest tipus d'implant femoral ja que s'ha d'obtenir la fixació amb os esponjós i cortical, sense la participació de teixit fibrós. Aquest procés pot durar entre sis i dotze setmanes després de la implantació encara que segueix actiu fins a tres anys. En aquest procés el micromoviment de la tija és molt important, si és més gran de 150 micres es produiria teixit fibrós que dificultaria la osteointegració, entre 40 i 150 micres es produiria una

Avaluació clínica

En l'escala de Harris Hip Score (HHS) en el preoperatori dels nostres pacients 34,656 (24,6 - 46,4) i una valoració postoperatoria de 86,868 (94,5 - 72,3).

Per a valorar el dolor es va utilitzar l'escala EVA en el preoperatori 8,4 (7-10) i en el postoperatori 1,96 (1-4).

Escala de Harris:(t-student dades aparellades)

	Media	N	Desviació	Error tip. mitja
Par 1- postop Harris hip score	86,868	25	6,3152	1,2630
Preop Harris hip score	34,656	25	6,1292	1,2258

combinació de teixit fibrós i ossi i a <20 micres es formaria teixit ossi.

Les anàlisis fetes amb DXA demostren que s'augmenta la DO en la zona 1 de Gruen en les pròtesis metafisàries, al contrari de les pròtesis "clàssiques" (C.V.Alvanese, 2006).

Aquest comportament de l'implant es pot veure al primer any amb l'aparició dels ponts ossis (spot welds) i amb el temps l'aparició dels arcbotants laterals i medials (buttressing). Aquests resultats radiològics son reproduïbles en els models metafisaris, en alguns pacients una varització de la pròtesi no ens porta a la mobilització de l'implant sinó a l'aparició de l'arcbotant lateral que la fixa (Toth, 2010). En la nostra sèrie un pacient amb una varització de 10° en la radiologia postoperatoria no es va mobilitzar en la medicació als quatre anys i no va tindre repercussió clínica. En altres sèries la posició de l'implant en varo és un factor predictiu de mobilització protèsica.

En cap de les 25 tiges femorals s'ha produït mobilització protèsica radiològica ni dolor a l'exploració clínica dels pacients i no s'ha realitzat cap recanvi.

En el disseny de l'estudi prospectiu que es va realitzar el 2007 vàrem escollir dos pars de fricció diferents, el metall-metall que vàrem reservar als homes i el par ceràmic que vàrem utilitzar en les dones. Amb l'aparició de l'alerta en relació a defectes de mecanització en el par de fricció metall-metall vàrem canviar a ceràmica-ceràmica.

Aquest petit grup de pacients homes amb par de fricció metàl·lic són objecte de seguiment cada sis mesos, actualment sense alteració de la clínica ni els paràmetres de laboratori per la qual cosa s'han integrat a l'estudi.

CONCLUSIONS

Els bons resultats dels primers 21 pacients (25 tiges) que s'han introduït a l'estudi ens permeten valorar la fiabilitat dels implants metafisaris.

Segons la nostra experiència és una indicació en pacients joves i actius, amb bona qualitat òssia de valoració radiològica en malucs no displàsics i en tipus Dorr A i B.

Encara que la tècnica quirúrgica és més complexa s'han observat pocs errors en la seva implantació el que demostra que és una tècnica reproducible.

BIBLIOGRAFIA

1. **Y.-H. Kim, J.-S. Kim, J.-W. Park, J.-H. Joo** Total hip replacement with a short metaphyseal-fitting anatomical cementless femoral component in patients aged 70 years or older *J Bone Joint Surg [Br]* VOL. 93-B, No. 5, MAY 2011
2. **Sundberg, J. Besjakov, T. von Schewelov, Å. Carlsson** Movement patterns of the C-stem femoral component *J Bone Joint Surg [Br]* VOL. 87-B, No. 10 OCT 2005
3. **Dorr LD, Wan Z, Gruen T.** Functional results in total hip replacement in patients 65 years and older. *Clin Orthop* 1997;336:143-51
4. **B. F. Morrey, R. A. Adams, Mary Kessler** A conservative femoral replacement for total hip arthroplasty A PROSPECTIVE STUDY *J Bone Joint Surg [Br]* 2000;82-B:952-8.
5. **F. Traina, M. De Clerico,** Sex Differences in Hip Morphology: Is Stem Modularity Effective for Total Hip Replacement? *J Bone Joint Surg Am.* 2009;91 Suppl 6:121-8 d
6. **A. E. Anderson** Computacional modeling of hip joint mechanics Department of Bioengineering The University of Utah April 2007
7. **M. Kulkarnil, V. WyldeE, D. Aspros** Early clinical experience with a metaphyseal loading implant: Why have a stem? *Hip International* Vol. 16 no.1 (suppl 3), 2006
8. **C.V. Albanese, M. Rendine, S. Santori** Bone remodelling in THA: A comparative DXA scan study between conventional implants and a new stemless femoral component. A preliminary report. *Hip International* Vol. 16 no.1 (suppl 3), 2006
9. **C.V. Albanese, M. Rendine, F. De Palma** Bone preservation with a conservative metaphyseal loading implant *Hip International* Vol. 16 no.1 (suppl 3), 2006
10. **N. Santoril, C.V. Albanese, I.D. Learmonth** Biomechanics of a new short-stemmed uncemented hip prosthesis: An *in-vitro* study in human bone *Hip International* Vol. 16 no.1 2006
11. **F.M. Westphal, N. Bishop, K. Puschel** Ultra-short stems with proximal load transfer: Clinical and radiographic results at five-year follow-up *Hip International* Vol. 16 no.1 (suppl 3), 2006
12. **F.S. Santori, M. Manilil, N. Fredella** MicroHip: A minimally invasive procedure for total hip replacement surgery A modified Smith-Petersen approach implant *Hip International* Vol. 16 no.1 (suppl 3), 2006
13. **M.C. Michel, P. Witschger** MicroHip: A minimally invasive procedure for total hip replacement surgery. A modified Smith-Petersen approach *Hip International* Vol. 16 no.1 (suppl 3), 2006
14. **F. S. Santori, N. Santori** Mid-term results of a custom-made short proximal loading femoral component *J Bone Joint Surg [Br]* VOL. 92-B, No. 9, SEPT 2010
15. **K. Mannan, M. A. R. Freeman, G. Scott** The Freeman femoral component with hydroxyapatite coating and retention of the neck *J Bone Joint Surg [Br]* VOL. 92-B, No. 4, APRIL 2010
16. **B. F. Morrey, R. A. Adams, Mary Kessler** A conservative femoral replacement for total hip arthroplasty *J Bone Joint Surg [Br]* VOL. 82-B, NO. 7, SEPT 2000
17. **Kálmán Tóth, László Mécs, Péter Kellermann** Early experience with the DePuy Proxima™ short stem in total hip arthroplasty *Acta Orthop. Belg.*, 2010, 76, 613-618
18. **C. Dopico-González, A. M. New, M. Browne** Probabilistic finite element analysis of the uncemented hip replacement effect of femur characteristics and implant design geometry *Journal of Biomechanics*, Volume 43, Issue 3, 10 February 2010
19. **C.Valverde-Mordt, D.Valverde-Belda** Prótesis Femorales conservadoras. *Vastagos cortos*, Rev.esp cir ortop traumatol 56(1) 72-79 2012.

LES TIGES CONSERVADORES A LA PRÒTESIS TOTAL DE MALUC

Morales de Cano, J.J.; Illobre, J.M.; Gordo, C.

Servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia. Hospital del Vendrell

RESUM

L'artroplàstia total de maluc (ATC) no cimentada s'ha convertit en l'últim mig segle en una operació reeixida. La necessitat d'una millor qualitat de vida ha portat a la indicació d'aquestes pròtesis en pacients més joves i amb més activitat. S'han reportat uns molt bons resultats amb taxes de supervivència al voltant del 97%. Les tiges curtes conservadores permeten preservar més quantitat d'os i gràcies al seu efecte biomecànic permeten portar càrregues compressives a la columna lateral del fèmur, reduint l'estrès Shielding.

Entre gener i desembre de 2011 hem intervingut 69 pacients en el nostre hospital, als quals s'ha col·locat una ATC primària tipus GTS Biomet. La tija GTS és un aliatge forjada de titani. La tija GTS segueix la filosofia de les tres dimensions de la tija cònica. L'ancoratge es basa en la preservació de l'os proximal i fixació sense un intent d'omplir el del canal distal. Els 69 pacients eren 46 homes i 23 dones, amb una edat mitjana de 62,8 anys (rang: 48 a 75 anys) en el moment de la cirurgia. El seguiment mitjà va ser de 9 mesos (rang: 5 a 16 mesos). Al final del seguiment, la valoració mitjana era de 17,4 (rang de 12 a 18). Vam tenir una complicació intraoperatòria, un pacient va presentar una fissura del càlcar que es va resoldre realitzant una osteosíntesi amb un cargol. No es va observar cap infecció, ni luxacions, ni trombosis venoses, ni lesions nervioses.

En la nostra experiència, la implantació de les tiges conservadores tipus GTS Biomet són fàcils de col·locar permetent una tècnica reproduïble, que els fan una bona opció com tiges primàries. L'experiència clínica és molt curta encara que no han aparegut problemes d'enfonsament ni mobilitat de les tiges, comprovant una bona i ràpida osteointegració metafisària, però necessitem més temps de seguiment per poder valorar l'evolució de les observacions radiogràfiques i per confirmar la durabilitat dels resultats clínics observats.

Paraules clau: Pròtesi total de maluc, artroplàstia, tiges petites.

INTRODUCCIÓ

L'artroplàstia total de maluc (ATC) no cimentada s'ha convertit en l'últim mig segle en una operació reeixida. La necessitat d'una millor qualitat de vida ha portat a la indicació

d'aquestes pròtesis en pacients més joves i amb més activitat. S'han reportat uns molt bons resultats amb taxes de supervivència al voltant del 97%(1,2,3). No obstant això altres autors han reportat resultats més pobres amb taxes de supervivència del 90,5% als 8 anys(4,5). En tots els casos s'ha produït un augment del nombre de revisions protèsiques. L'os resultant després de l'afluïxament d'una tija convencional, per la seva pobra qualitat, planteja dificultats tècniques en la cirurgia de revisió.

Les tiges curtes conservadores permeten preservar més quantitat d'os i gràcies al seu efecte biomecànic permeten portar càrregues compressives a la columna lateral del fèmur, reduint l'estrès Shielding(6), gràcies a l'efecte preservant d'os metafisari, aquestes tiges curtes permeten la col·locació d'una tija convencional a l'hora de realitzar una cirurgia de revisió(7,8,9). Nosaltres presentem la nostra experiència inicial amb les tiges conservadores GTS Biomet a l'ATC, l'avaluació dels nostres primers 69 casos consecutius i discutim alguns aspectes tècnics de la tècnica quirúrgica i els resultats clínics preliminars.

MATERIALS I MÈTODES

Entre gener i desembre de 2011 hem intervingut 69 pacients en el nostre hospital, als quals s'ha col·locat una ATC primària tipus GTS Biomet. La tija GTS és un aliatge forjada de titani. La tija GTS segueix la filosofia de les tres dimensions de la tija cònica. L'ancoratge es basa en la preservació de l'os proximal i fixació sense un intent d'omplir el del canal distal. Teníem 13 mides de tija, així com òfset estàndard de 133 ° i òfset lateralitzat de 122 ° per a cada una de les mides. En tots els casos el còtil utilitzat va ser el Exceed (Biomet).

La indicació de la col·locació d'aquests plançons va ser l'artrosi de maluc i la necrosi avascular en pacients joves i amb una bona qualitat del fèmur. Es van considerar com contraindicació per a la col·locació d'aquests plançons aquelles persones que presentessin un índex cortical inferior a 3 i osteoporosi severa.

Els pacients van ser avaluats clínicament mitjançant el barem de Merle d'Aubigné (MD). L'avaluació radiològica es va realitzar mitjançant la Rx anteroposterior estàndard de pel-

vis i lateral de maluc, valorant migració, osteolisis, aparició de radilucències en les tres zones acetabulars de De Lee i les zones de Gruen modificades per als fills curts metafisaris. També avaluem l'angle acetabular i l'alineació de la tija (neutre, var o valg).

Els 69 pacients eren 46 homes i 23 dones, amb una edat mitjana de 62,8 anys (rang: 48 a 75 anys) en el moment de la cirurgia. El seguiment mitjà va ser de 9 mesos (rang: 5 a 16 mesos). La distribució dels pacients segons el diagnòstic va ser: artrosi primària del maluc en 53 casos, necrosi de cap femoral en 10 casos, artrosi en maluc posttraumàtica en 3, artrosi en displàsia lleu en 2 i un cas de epifisiòlisi. Tots els procediments van ser intervinguts pel mateix cirurgià, en decúbit supí mitjançant una via anterolateral de Watson Jones. En tots els pacients es va realitzar profilaxi tromboembòlica amb heparina de baix pes molecular fins un mes després de la intervenció, i profilaxi antibiòtica amb 2 gr de Cefazolina en la inducció anestèsica. Així mateix es va realitzar profilaxi del sagnat quirúrgic amb l'administració d'àcid tranexàmic segons el protocol del nostre hospital.

En tots els casos es col·locar un còtila tipus Exceed Biomet amb insert de polietilè de Vitamina E, i la tija usat GTS de coll estàndard en 68 casos i només un cas d'òfset lateralitzat (coxa vara). La mida de cotils usats va ser: en 18 casos de 56mm, 16 casos de 54mm, 15 casos de 52mm i altres mides amb menor freqüència. Els caps usades van ser en 18 casos metàl·liques i en 51 casos ceràmiques. La mida dels caps van ser en 53 casos de coll curt, 13 casos de coll mitjà i només 3 casos de coll llarg. El diàmetre dels caps va ser en 31 casos diàmetre de 32mm, en 22 casos diàmetre de 36mm i en 16 casos diàmetre de 28mm.

La grandària de les tiges més utilitzats va ser: el +3 en 15 casos, +2 en 13 casos, +1 en 10 casos, -2 en 7 casos, -1 en 6 casos i -3 en 5 casos. Altres mides han estat amb menor incidència. La gràfica demostra dos pics d'incidència: els homes amb més gruix del canal femoral (tiges de mida +3, +2 i +1) dones de menys gruix de canal femoral (-3, -4y -5).

En el postoperatori es va realitzar reeducació de la marxa amb suport parcial durant les primeres 6 setmanes i suport total a partir de la sisena setmana.

Les valoracions clínica i radiogràfica es van realitzar preoperatoriament i postoperatoriament als 6, 12 mesos i al final del seguiment.

Es van realitzar radiografies pre i post-operatòries amb la mateixa configuració per a cada pacient. La migració dels implants es va avaluar d'acord amb Martell et al(10). L'estabilitat de l'implant es va avaluar d'acord amb Engh et al, en base a les característiques radiològiques de la interfície os-implant(11,12). Els criteris radiològics per a l'afluixament de l'implant es defineix com una zona radiolúcida major de 3 mm, horitzontal o una i / o la migració vertical de més de 2 mm amb una zona adjacent radiolluent(13). Es va valorar l'alinea-

ció de la tija: valorant Varos, neutre o valg de menys de 5° o sever major a 5°.

RESULTATS

L'estada mitjana hospitalària va ser en 57 casos igual o inferior a 5 dies i en 12 casos superior a 5 dies. El sagnat quirúrgic es va comptabilitzar en 52 casos entre 300-600 cc, en 12 casos inferior als 300cc i en 5 casos major als 600cc. No va ser necessària transfusió sanguínia a 62 casos i 7 casos va ser necessari una transfusió de concentrats de hematies.

La valoració clínica preoperatoria era de 10 punts segons el barem de MD (rang: 8 a 14), als sis mesos la valoració mitjana era de 16 punts (rang: 11 a 18), i al final del seguiment, la valoració mitjana era de 17,4 (rang de 12 a 18). Vam tenir una complicació intraoperatoria, un pacient va presentar una fissura del càlcar que es va resoldre realitzant una osteosíntesi amb un cargol. No es va observar cap infecció, ni luxacions, ni trombosis venoses, ni lesions nervioses.

La valoració radiogràfica al final del seguiment va demostrar no existència de osteolisi ni radiolucències. L'angle d'inclinació acetabular mitjà era de 47° (rang: 42 a 50). No obstant això si existia una alineació en var discret de la tija femoral (menys de 5°) en 6 casos (8,6%).

La valoració subjectiva dels pacient va ser molt bona en tots els pacients amb excepció del pacient que va haver de ser reintervingut.

DISCUSSIÓ

L'èxit de les ATC no cimentades es basa en la osteointegració dels implants. El requisit previ és l'estabilitat primària, que pot ser aconseguida pel "press Fitt" (14,15,16). Els estudis clínics realitzats han permès veure que el fracàs de les teges no cimentades són deguts a la migració amb penetració d'aquestes tiges(17,18,19). La densitometria òssia ha demostrat una pèrdua de massa òssia de 16 a 30% en les pròtesis convencionals(13,20,21). Aquestes troballes, juntament amb l'experiència adquirida de cirurgies de revisió (dificultats tècniques causada per la pèrdua de massa òssia) i l'alt cost dels implants de revisió, ha produït un canvi en els principis de l'artroplàstia primària cap a un enfocament més preventiu.

Les tiges curtes han estat dissenyades per al seu ús en els joves i pacients actius per als quals el recobriment del maluc està contraindicada (necrosi avascular de grans dimensions, osteoporosi, obesitat, etc.). El fonament biomecànic de les tiges curtes es basa en la transmissió de càrregues a la columna externa femoral. Santori et al. desenvolupar una tija curta a mida amb un toc ben definit lateral(22). Els estudis clínics i radiogràfics recents han confirmat un bon resultat amb molt bona remodelació òssia periprotèsica. L'absència de dolor a la cuixa i la ràpida recuperació han suggerit que existeix una òptima transmissió de càrregues. No obstant això s'hi ha una

controvèrsia en les sèries publicades quan (pel que fa a) la col·locació d'aquestes tiges. En totes les publicacions apareixen un tant per cent important de col·locacions en var causa de la seva sola ubicació metafisària. Així doncs, la col·locació en var és freqüent en aquest tipus de tija curta que té el seu ancoratge a nivell de la metafisi del fèmur i que no arriba al canal medullar. En la majoria de les sèries es refereix una freqüència alta de tiges curtes col·locades en var. Ghera i Pavan(23) van publicar un estudi en Proxima De Puy en la que 44 tiges es van trobar en posició neutra, 15 en var i 6 en valg. Gilbert et al van trobar que dels 34 tiges de Maig curts implantats, 14 estaven alineats de manera neutral, 19 estaven en var, i 11 en la posició de valg(24).

L'objectiu de les tiges conservadors és preservar l'os del trocànter major permetent el seu suport a nivell de la cortical externa, alhora que limiten la invasió del canal femoral. L'estabilitat de l'implant s'aconsegueix gràcies a l'anclatge metafisial "press-fit" obtingut pel disseny de falca cònica i la compactació de l'os femoral. L'estabilitat rotacional s'aconsegueix gràcies a la secció octogonal de la tija i gràcies a les aletes longitudinals.

Per contra dels plançons metafisaris el nivell de tall femoral no s'altera, ja que no cal augmentar la superfície metafisària com a única zona d'ancoratge protèsic. Precisament aquesta necessitat de modificació del tall femoral ha estat causa de revisió en el 10% dels pacient operats en la sèrie d'Ender et al(25).

Els resultats clínics i radiològics preliminars de nostra sèrie demostren un bon ancoratge de les tiges sense penetracions ni enfonsaments, tot i que som conscients de les limitacions pel nombre de casos i per curt temps de seguiment. L'únic cas de complicació intraoperatòria a causa d'una fissura de calcar és una complicació habitual en la col·locació d'una tija no cimentada, bé solucionat amb una osteosíntesi mínima. La incidència de 6 casos de posicionament en var discret de menys de 5° no sembla tenir gran importància encara que ens obliga a fer un especial seguiment d'aquests casos(26).

La implantació d'una tija GTS Biomet està contraindicada en els casos en que l'índex cortical és menor a 3. En aquesta situació és més recomanable l'recórrer a una tija cimentada. Si l'índex cortical està entre 3 i 4 caldrà una tija convencional de mida gran.

En la nostra experiència, la implantació dels plançons conservadors tipus GTS Biomet són fàcils de col·locar permetent una tècnica reproduïble, que els fan una bona opció com plançons primaris. L'experiència clínica és molt curta encara que no han aparegut problemes d'enfonsament ni mobilitat dels plançons, comprovant una bona i ràpida osteointegració metafisària, però necessitem més temps de seguiment per poder valorar l'evolució de les observacions radiogràfiques i per confirmar la durabilitat dels resultats clínics observats.



Figura 1: Tija curta GTS-Biomet al costat de la tija convencional Taperloc-Biomet.



Figura 2: A) Radiografia anteroposterior del maluc dret en pacient varó de 56 anys diagnosticat de Coxartrosi.



Figura 2: B) Als 9 mesos de la intervenció amb l'osteosíntesi del calcar femoral.

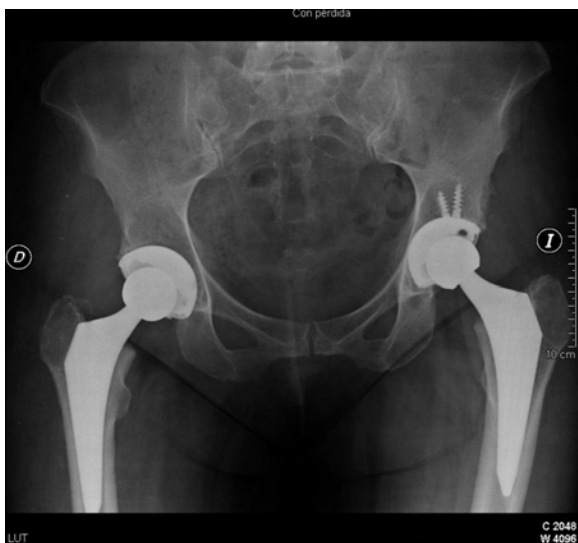


Figura 3. Radiografia anteroposterior de la pelvis en pacient dona de 51 anys diagnosticada de necosis idiopàtica de cap femoral bilateral, intervinguda amb col·locació de sengles protesis GTS-Biomet.

BIBLIOGRAFIA

- Buergui ML, Stoffel KK, Jacob HA, Bereiter HH: Radiological findings and clinical results of 102 thrust-plate femoral hip prostheses: a follow-up of 2 to 8 years. *J. Arthroplasty* 2005; 20: 108-117.
- Morrey BF: Short-stemmed uncemented femoral component for primary hip arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res* 1989; 249: 169-175.
- Thomas W, Lucente L, Mantegna N, Grundei H: ESKA (CUT) endoprosthesis. *Orthopäde* 2004; 11: 1243-1248. *Acta Orthop. Belg.*, 2010, 76, 613-618
- Ishaque BA, Weienbeck S, Sturz H: Midterm results and revision of the thrust plate prosthesis. *Z. Orthop. Ihre Grenzgeb*, 2004, 142: 25-32.
- Finf B, Siegmüller C, Schneider T, Conrad S, Schmielau G, Ruther W: Short and medium term results of the trust plate prosthesis in patients with polyarthrititis. *Arch. Orthop. Trauma Surg.*, 2000, 120:294-298.
- Renkawitz T, Santori FS, Grifka J, Valverde C, Morlock MM, Learmonth ID: A new short uncemented, proximally fixed anatomic femoral implant with a prominent lateral flare: design rationale and study design of an international clinical trial. *BMC Musculoskelet Disord.* 2008 Nov 4;9:147.
- Learmonth ID: Conservative stems in total hip replacement. *Hip Int* 2009; 19: 195-200.
- Hube R, Zaage M, Hein W, Reichel H. Early functional results with the Mayo-hip, a short stem system with meta-physeal-intertrochanteric fixation. *Orthopäde* 2004; 33: 1249-1258.
- Kishida Y, Sugano N, Nishii T et al. Preservation of the bone mineral density of the femur after surface replacement of the hip. *J Bone Joint Surg* 2004; 86-B: 185-189.
- Martell JM, Pierson RH, Jacobs JJ et al. Primary total hip reconstruction with a titanium fiber-coated prosthesis inserted without cement. *J Bone Joint Surg* 1993; 75-A: 554-571.
- Engh CA, Bobyn JD, Glassman AH. Porous-coated hip replacement. The factors governing bone ingrowth, stress shielding, and clinical results. *J Bone Joint Surg* 1987; 69-B: 45-55.
- Engh CA, McGovern TF, Bobyn JD, Harris WH. A quantitative evaluation of periprosthetic bone-remodeling after cementless total hip arthroplasty. *J Bone Joint Surg* 1992; 74-A: 1009-1020.
- Kim YH, Oh SH, Kim JS. Primary total hip arthroplasty with a second-generation cementless total hip prosthesis in patients younger than fifty years of age. *J Bone Joint Surg* 2003; 85-A: 109-114.
- Fetto JF, Bettinger P, Austin KS: Re-examination of hip biomechanics during unilateral stance. *Am J Orthop* 1995, 8: 605-612.
- Henry JD, Reilly D, Poss R. Two- to four-year experience with cemented, press-fit, and porous coated applications of the Profile total hip system. *Acta Orthop Belg* 59 Suppl I 1993; 190-194.
- Morscher EW, Widmer KH, Bereiter H, Elke R, Schenk R: Cementless socket fixation based on the "pressfit" concept in total hip joint arthroplasty. *Acta Chir Orthop Traumatol Cech* 2002; 69: 8-15.
- Donnelly WJ, Kobayashi A, Freeman MA et al.: Radiological and survival comparison of four methods of fixation of a proximal femoral stem. *J Bone Joint Surg* 1997; 79-B: 351-360.
- Freeman MA, Plante-Bordeneuve P: Early migration and late aseptic failure of proximal femoral prostheses. *J Bone Joint Surg* 1994; 76-B: 432-438.
- Krismer M, Biedermann R, Stöckl B et al.: The prediction of failure of the stem in THR by measurement of early migration using EBrA-FCA. Einzel-Bild-roentgen-Analyse-femoral component analysis. *J Bone Joint Surg* 1999; 81-B: 273-280.
- Schmidt R, Müller L, Kress A et al. A computed tomography assessment of femoral and acetabular bone changes after total hip arthroplasty. *Int Orthop* 2002; 26: 299-302.
- Sychterz CJ, Claus AM, Engh CA: What we have learned about long-term cementless fixation from autopsy retrievals. *Clin Orthop Relat Res* 2002; 405: 79-91.
- Santori FS, Santori N.: Mid-term results of a custom-made short proximal loading femoral component. *J Bone Joint Surg Br.* 2010 Sep;92(9):1231-7.
- Ghera S, Pavan L. The DePuy Proxima hip: a short stem for total hip arthroplasty. Early experience and technical considerations. *Hip Int* 2009; 19: 215-220.
- Gilbert RE, Salehi-Bird S, Gallacher PD, Shaylor P. The Mayo conservative hip: experience from a district general hospital. *Hip Int* 2009; 19: 211-214.
- TóTH K, Mécs L, Kellermann P.: Early experience with the DePuy Proxima™ short stem in total hip arthroplasty *Acta Orthop Belg.* 2010 Oct;76(5):613-8.
- Ender SA, Machner A, Pap G et al.: Cementless CUT femoral neck prosthesis: increased rate of aseptic loosening after 5 years. *Acta Orthop* 2007; 78: 616-621.

CÒTIL DE DOBLE MOBILITAT

Fernández, S.

Consorci Sanitari Parc Taulí. Sabadell

INTRODUCCIÓ

La luxació protèsica de maluc, és una de les principals complicacions de la cirurgia protèsica del maluc. En 1974 el Professor Gilles Bousquet, junt al professor Jean Rieu i l'Enginyer André Rambert, van idear el sistema de doble mobilitat pel component acetabular, que minimitza el risc de luxació i augmenta el rang de mobilitat de l'anca.

L'objectiu que es van marcar amb aquest implant va ser:

- Augmentar la estabilitat disminuint el risc de luxació.
- Augmentar el rang de mobilitat articular.
- Disminuir el desgast de l'insert de polietilè.

La taxa de luxacions en cirurgies primàries és de l'1 al 10% dels implants, fet que condiciona la supervivència i funcionalitat de la pròtesi de maluc.

MATERIALS I MÈTODES

El còtil Novae de doble mobilitat es basa en el principi d'un cap metàl·lic a dins de l'insert de polietilè amb sistema retentiu, que es belluga lliurement dins de la copa acetabular metàl·lica, que es fixada a l'os en l'espai acetabular. Aquest fet fa que disposem de dues articulacions:

- Petita articulació: és l'articulació del cap femoral metàl·lic amb la concavitat de l'insert de polietilè.
- Gran articulació: És l'articulació de la convexitat de l'insert de polietilè amb la superfície concava de la copa acetabular metàl·lica.

Això comporta disposar de dues articulacions, metall-polietilè-metall, que només són independents en la fase de descàrrega. En fase de càrrega actüen de forma depenen tisi-nèrgica. Aquest fet té com objectius:

- Disminuir el desgast i les forces d'afluixament.
- Utilitzar un sistema fisiològic

Augmentar la amplitud de moviment articular, sense comprometre la estabilitat protèsica. Això també és un fet dife-

rencial amb les cúpules bipolars i amb les constrenyides, doncs aquestes transmeten a l'os totes les forces d'arrancament a diferència de la doble mobilitat, que reparteix i disminueix aquestes forces.

S'han revisat trenta set pacients als que s'han implantat cúpules de doble mobilitat, les indicacions s'han fet considerant diferents factors:

En cirurgia primària en aquells pacients que per la seva edat i lesió articular es preveïen limitacions en la mobilitat i estabilitat dels implants, tals com:

- Fractures prèvies de coll femoral.
- Insuficiència musculatura pelvitrocantèris
- Coxartrosi protusa de llarg temps d'evolució i limitació funcional important.

En cirurgia de revisió en aquells pacients en que l'afectació articular, la edat o l'estat funcional feia preveure una mala recuperació o inestabilitat protèsica.

Finalment en pacients amb luxació prèvia i en vies posteriors.

La cúpula de doble mobilitat basa els seus principis en una doble articulació amb un rebaix del vorell de la copa metàl·lica, per tal d'evitar el xoc amb el coll pròtesic i disminuir l'impacte sobre el tendó del psoas.

Augmenta el radi de l'insert fent així que el moment de tensió crític sigui més del doble que el d'una pròtesi convencional amb cap estàndard. Tanmateix l'amplitud de moviment és molt superior com demostra l'esquema de Kapandji, aconseguint un arc de mobilitat superior als 160°.

En l'apartat de l'usura del polietilè caldria pensar que ja que es tracta d'una superfície de contacte molt gran, hauria de ser superior a l'articulació estàndard de cap de 28.

S'ha demostrat en estudis fets per Farizon i Adams, en 384 pròtesis a 18 anys, que això no és així, doncs la superfície de fricció és més gran, però també més uniforme i amb la doble articulació les pressions de fregament són molt menors que en la convencional.

Comprobant una supervivència del 95%.

En un estudi fet en 40 acetàbuls explantats, per Adam i Farizon es va mesurar l'usura d'aquests implants de doble mo-

bilitat, comparant-la amb el convencionals i no trobant major debrisse, sinó abans al contrari la taxa de lliberació de desgast era sensiblement menor que en la pròtesi de Charnley.

En la nostra casuística l'evolució ha sigut molt bona, però el temps de seguiment és molt curt. Al nostre servei es va començar la implantació de còtil de doble mobilitat l'any 2009. Dels trenta set còtils implantats les dades són les següents:

- Edat mitja 63,8 anys. Rang des de 48 a 80 anys
- Primàries: 20. Coxartrosi 16. Fractures coll femoral 4.
- Recanvis: 10 afluixaments i 7 luxacions.

Tots ells cursant amb una bona estabilitat i funció, sense cap recidiva de luxació.

CONCLUSIONS

El còtil de doble mobilitat és un bon recurs per pacients amb problemàtica desinestabilitat articular protèsica i en aquells que es planteja una funcionalitat limitada per les característiques de l'afectació articular i periarticular.

Les seves avantatges són :

- Minimitza el risc de luxació.
- Augmenta el rang de mobilitat.
- Redueix el desgast de l'insert de polietilè respecte al estàndard.

SESSIÓ DE CASOS CLÍNICS DE RESIDENTS

CERVICOBRAQUIÀLGIA ATÍPICA

Isart, A.; Vilà, G.; Ubierna, M.; Garcia de Frutos, A.; Saló, G.; Cáceres, E.; Anglès, F. Fonseca
Institut Universitari Dexeus

INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS:

La neuràlgia amiotròfica o Síndrome de Parsonage-Turner (SPT) és una entitat desconeguda i de difícil diagnòstic, que provoca omàlgia aguda i intensa que empitjora en hores o dies, seguida de debilitat i pèrdua de massa muscular a l'espatlla i a la zona proximal del braç, que es recupera entre 6 mesos i un any i no sol deixar seqüeles.

MATERIAL I MÈTODE:

Home de 42 anys d'edat, que ingressa derivat d'urgències per cervicobraquiàlgia dreta amb afectació pluriradicular. Dolor a nivell del trapezi i esternocleidomastoideo dret, Spurling + i Hoffman -. Sense alteracions sensitivomotores en extremitats superiors.

Les proves complementàries, la radiografia i RMN de les cervicals mostren una uncodiscartrosi a nivell de C3-C4 amb estenosi foraminal bilateral. Se'l tracta amb antiinflamatoris i anticonvulsivants i se li realitza una infiltració epidural sense milloria, posteriorment se li realitza una RMN del plexe braquial dret on es diagnostica de neuritis idiopàtica del plexe braquial, identificant-se una asimetria en la senyal amb un

augment en la seqüència STIR del plexe braquial dret respecte al contralateral, des del seu origen fins a la regió axilar, continuant amb altes dosis d'analgèsia i amb rehabilitació.

RESULTATS:

Amb el tractament mèdic als 2 mesos s'observa una milloria casi completa del dolor, tant a nivell cervical com de la braquiàlgia dreta. Continuant amb la rehabilitació. Amb possibilitat d'incorporació a l'activitat laboral.

CONCLUSIONS:

Hem de conèixer el diagnòstic del SPT quan estem davant d'una cervicàlgia o omàlgia sense història prèvia de traumatisme amb exploracions complementàries sense correlació clara amb la clínica del pacient.

No hi han proves complementàries específiques, pel que com en el nostre cas sobretot està basat en la història clínica i l'exploració física. En la RMN poden apareixer precoçment, com en aquest pacient, senyals hiperintenses en T2 en els músculs afectats de l'espatlla sospitant una neuritis del plexe braquial.

ESPAIADOR ARTICULAR DE COLZE DESPRÉS D'ARTRITIS SÈPTICA EN PACIENT AMB ARTRITIS REUMATOIDE

*Lozano, B.; Matamala, A.; Marchan, I.; Haro, D.; Clares, I.; Anglès, F.
Hospital Universitari Mútua de Terrassa*

INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS:

L'artritis reumatoide (AR) causa dolor, inflamació, rigidesa, deformitat i pèrdua de funció de les articulacions per afectació de la membrana sinovial. Les lesions causades per aquesta inflamació crònica juntament amb l'efecte immunodepressor del tractament de la infermetat, afavoreixen l'aparició de quadres infecciosos (artritis sèptica).

MATERIAL I MÈTODE:

Pacient de 75 anys amb artritis reumatoide, que és atès a l'ambulatori per epicondilitis que no respon a tractament. A l'exploració destacava signes flogòtics, eritema, rubor i limitació de la mobilitat del colze. La radiologia mostrava erosions i pinçament articular. Davant la sospita d'artritis sèptica es va iniciar tractament amb amoxicilina-clavulànic. Dos dies després es va realitzar ecografia, objectivant vessament articular i sinovitis. Es va practicar artrocentesi guiada. El resultat del cultiu va ser negatiu (estava en tractament antibiòtic). Donat que el quadre clínic no evoluciona correctament, es realitza nova artrocentesi una setmana després, obtenint líquid d'aspecte purulent, amb cultiu negatiu i gammagrafia òssia positiva. El pacient és remés a les nostres Consultes.

Davant la sospita d'artritis sèptica per la clínica de dolor, signes flogòtics, impotència funcional, artrocentesi de líquid d'aspecte purulent i probes gammagràfiques, es decideix realitzar cirurgia en dos temps.

RESULTATS:

El pacient va ser intervingut quirúrgicament implantant espaiador articular amb antibiòtic. Els cultius intraoperatoris van ser negatius. Els resultats d'anatomia patològica van informar de sinovitis amb marcat component inflamatori per polimorfonuclears. Es va realitzar tractament antibiòtic durant 8 setmanes. Sis mesos després es va implantar artroplàstia de colze. Els cultius van ser negatius.

Actualment, el pacient presenta un balanç articular de 0-120, asimptomàtic i paràmetres d'infecció (PCR, VSG) controlats.

CONCLUSIONS:

L'espaiador articular és un tractament adequat en pacients amb artritis reumatoide que presenten artritis sèptica. Permet ressecar les estructures danyades, realitzar el tractament antibiòtic necessari per controlar la infecció i en un segon temps, implantar una pròtesi. En canvi, pot presentar problemes de luxació al no ser un sistema constrenyit.

DOLOR LUMBAR DE DÍFICIL CONTROL: A PROPÒSIT D'UN CAS

Ventura Carro, L.; Yela Verdú, C.; Morera Domínguez, C.; Bosch García, D.

Hospital Universitari Mutua Terrassa

INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS:

El Cordoma es defineix com un tumor primari maligne molt poc freqüent, originari de restes de notocorda, i que es localitza principalment a sacre (50%) o àrea esfeno-occipital (35%). Les manifestacions clíniques inicials acostumen a ser molèsties intraabdominals inespecífiques, associant progressivament simptomatologia compressiva, per la qual cosa habitualment es produeix un retard en el seu diagnòstic.

MATERIAL I MÈTODE:

Presentem el cas d'una pacient de 65 anys que consulta en diverses ocasions per dolor lumbar moderat de mesos d'evolució, resistent a AINES i opiodes dèbils. La Rx lumbar determina la presència de listesi degenerativa a nivell L3-L4, i l'EMG no detecta afectació neurològica. Donada la persistència de la clínica es practica RM, que informa com a lesió quística a nivell de S1 i part d'S2, d'aproximadament 3cm, i que infiltra el forat de conjunció S1 dret, associant component invasiu a canal raquidi. Amb els diagnòstics diferencials de cordoma sacre primari o metàstasi es practica biòpsia percutània.

RESULTATS:

Amb el diagnòstic tant radiològic, com anatomopatològic de cordoma sacre, es procedeix, prèvia conformitat de la pacient, a la resecció intralesional (fins marges sans) per via posterior, de segments S1 i S2 (sacrectomia parcial), fixació amb 6 cargols poliaxials L3-L4-L5, 4 cargols poliaxials a ilíacs, i injert

d'espines L3-L5. Tot el procediment es realitza sota control electrofisiològic, i procurant assolir marges amplis.

Les mostres intraoperatòries confirmen el diagnòstic inicial de cordoma sacre. 3 setmanes post intervenció inicia tractament radioteràpic coadjuvant, presentant una correcta evolució de la ferida quirúrgica, sense dèficits i amb bon control de la simptomatologia dolorosa.

CONCLUSIONS:

El cordoma es considera el tumor primari maligne de sacre més freqüent, amb una incidència de 0,5 casos/1000000 habitants, i una prevalença pel sexe femení (2:1) en la 5ª-6ª dècada de la vida.

La imatge radiològica mostra una lesió lítica expansiva i destructiva, amb marges irregulars, i un tamany de entre 7,8 i 10 cm. La RM i el TC serviran per delimitar l'extensió als teixits tous, i l'afectació tant del canal medullar com d'altres estructures veïnes.

La bibliografia parla d'un risc de recurrència local de entre 43 i 85%, i metàstasi a pulmó, pell i fetge de entre 5 i 40%. La tasa de supervivència als 5 anys està al voltant de 84%.

El tractament d'elecció s'ha de plantejar risc-benefici de la tècnica a realitzar: podrà ser la descompressió neurològica, la resecció intralesional fins a marges sans i la sacrectomia total. En el nostre cas varem realitzar resecció amb marges amplis, que és el factor pronòstic més important que influirà en el risc de recurrència.

DUES PATOLOGIES DIFERENTS I COEXISTENTS EN UN SOL PACIENT, AMB UN MATEIX PLANTEJAMENT QUIRÚRGIC

Sirvent Díaz, E.; Ey Batlle, A.

Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona

INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS:

Pacient nen de 4 anys originari del Marroc i adoptat des de fa 6 mesos per família catalana, el qual presenta peu bot bilateral; l'esquerre, tractat de forma quirúrgica mitjançant alliberament postero-intern durant els primers mesos d'edat i actualment recidivat, i el dret sense tractament fins a dia d'avui.

MATERIAL I MÈTODE:

Davant aquesta situació es decideix correcció d'ambdós peus simultàniament; en el peu esquerre, s'opta per practicar el tractament de salvament en casos de recidiva del peu bot, consistent en correcció progressiva mitjançant mètode Ponseti, i un cop assolit l'objectiu dels 40-50° d'abducció (taló neutre), cirurgia que comporta la transposició del tendó tibial anterior, tenotomia del tendó d'Aquil·les, fasciotomia percutània plantar i capsulorràfia. Al peu dret s'opta per un nou plantejament de tractament no descrit fins el moment, consistent en el mateix protocol que l'anteriorment descrit; **es decideix tractar un peu bot "abandonat" de la mateixa manera que un peu bot recidivat (ja tractat prèviament), aplicant el mateix protocol que en el peu contralateral ja des-**

crit (primera correcció mitjançant mètode Ponseti, i posterior tècnica quirúrgica associant la transposició del tendó tibial anterior).

RESULTATS:

A dia d'avui, el pacient deambula sense problemes, realitza activitats esportives adients per l'edat que presenta, pot utilitzar tot tipus de calçat i no presenta clínica àlgica així com uns peus estèticament correctes.

CONCLUSIONS:

El peu bot "abandonat" pot resoldre correctament amb el tractament conservador plantejat per Ponseti, però s'ha demostrat una taxa de recurrència de fins al 25% en nens majors de 2 anys. El nou tractament plantejat en l'actual cas clínic resol aquest problema, presenta excel·lents resultats finals i poques complicacions derivades de la tècnica quirúrgica. Aquesta tècnica i els resultats obtinguts en una sèrie de pacients tractats de la mateixa forma seran presentats properament en el congrés de la Societat Europea d'Ortopèdia Pediàtrica del 2012, essent una novetat dins aquesta àrea.

FRACTURA DE PLANELL TIBIAL TIPO "SCHATZKER IV" INVERTIT AMB AVULSIÓ DEL TENDÒ ROTULIÀ. CAS CLÍNIC I REVISIÓ DE LA LITERATURA.

Castellet, E.; Minguell, J.; Plano, X.; Palau, E.

Hospital Universitari Vall d'Hebron

INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS:

Varó de 30 anys, accident de motocicleta realitzant un mecanisme de compressió directa en valgo-flexió de genoll dret, en el contexte mèdic d'un pacient politraumàtic associant traumatisme toràcic i abdominal tancat i fractura diafisària terç mig tibia esquerra tancada. L'estudi radiològic simple evidència una fractura-luxació de planell tibial, amb un patró de fractura poc convencional – tipo Schatzker IV invertit.

MATERIAL I MÈTODE:

En un primer temps, estabilització hemodinàmica del pacient i reducció de fixació externa de les fractures dels membres inferiors sota control per escopia, amb reducció articulació femoro-tibial.

Donada la naturalesa del mecanisme lesional, es sol·licita estudi articular via TC. Es confirma la fractura-enfonsament del planell tibial extern conminut amb fragment ossi anterior de gran tamany que inclou la tuberositat tibial anterior.

Intervenció quirúrgica, en flexió de 30° i sense isquemia del membre, abordatge lateral, evidenciant avulsió completa del tendó rotulià a nivell de TTA. Objectiu de la síntesis, suport subcondral mitjançant cargols canul·lats a compressió i placa neutralització anterolateral. Reducció del fragment ossi anterior, amb cargol canul·lat, i reanclatge tendó rotulià amb arpons i sutura transòssia. Sutura meniscal externa. Estabilitat

en valgo a 30° de flexió intraoperatoria, evidenciava inestabilitat medial 5-10 mm.

Pauta postoperatori ortesis d'inestabilitat mediolateral bloquejada en extensió en descarrega de l'extremitat 6 setmanes.

RESULTATS:

Rang articular als 3 mesos 0°/115°. Fractura consolidada. Extensió contrassistència correcta. Estabilitat al valgo forçat 30°.

CONCLUSIONS:

Les fractures de planell tibial amb un patró radiològic tipo Schatzker IV invertit no es descriuen en la literatura. La majoria dels casos de fractura-luxació de planell tibial es corresponen a patrons d'alta energia, Schatzker IV-VI.

La peculiaritat del cas, es el patró radiològic, que comporta que cap de les classificacions proposades en la literatura per les fractures de planell tibial pogui classificar-la.

El comportament de la fractura es degut a un traumatisme d'alta energia associant una força deformant en flexió i valgo.

Un altre aspecte característic, és l'avulsió del tendó rotulià associat a la presència d'un fragment ossi anterior independent, de gran tamany que contà la TTA. El postoperatori s'inmobilitza en extensió 6 setmanes, sent un factor limitant d'una mobilització articular precoç.

INESTABILITAT GLENO-HUMERAL TIPUS AMBRI

*Marlet Jordana, Mt.; Marlet Naranjo, V.; Candioti Besari, L.; Miquel Noguera, J.; Caceres Palou, E.
Icatme-I.U.Dexeus. Barcelona*

INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS:

Pacient dona de 53 anys sense AMC, amb múltiples antecedents patològics, on cal destacar una paraparèssia espàstica, uns espasmes musculars no filiat i una parèssia post-traumàtica. A l'octubre del 2011 presenta un primer episodi de luxació gleno-humeral que es tracta de forma conservadora.

MATERIAL I MÈTODE:

La pacient, després del primer episodi de luxació, en presenta 15 més, tots en relació als espasmes musculars no filiat que presenta. Es realitza una RMN on s'objectiven seqüeles de luxació anterior d'espatlla recidivant i lesions tipus Bankart i Hill Sachs. Davant d'això, es realitza una estabilització anterior mitjançant tècnica de Laterjet i retensat capsular.

RESULTATS:

En el postoperatori immediat, la pacient torna a presentar diferents episodis de re-luxació que requereixen reducció sota

sedació. El TAC on ens informen d'un enfonsament de la vora posterior del cap humeral, una glena aplanada i la col·locació fallida de la coracoides. En l'última re-luxació que presenta es decideix no reduir. Amb tot això, es proposa una Artrodesis Escàpulo-humeral, seguint la regla de 30° flexió, 30° Rotació interna i 30° d'adducció.

CONCLUSIONS:

L'artrodesis escàpulo-humeral és una tècnica que s'ha de decidir molt bé la seva indicació, ja que la seva realització comporta una limitació important de la mobilitat. En els casos en que sigui viable, es prefereix realitzar una artroplastia abans que l'artrodesis; tot i que hi han diferents situacions, com ara, el fracàs en l'estabilització de les inestabilitats (sobretot les de tipus AMBRI) en les que s'aconsella l'artrodesis. La seva principal contraindicació és tenir l'altra espatlla artrodesada. És important seguir la regla de 30-30-30, ja que d'aquesta manera el pacient podrà almenys conservar part de la mobilitat que li facilitat algunes de les activitats de la vida diària.

REVISIÓ DE PLÀSTIA DE LCA

Arriaga Lahuerta, N.; Gelber Ghertner, P.; Abat González, F.; Jordan Sales, M.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS:

Dona de 39 anys que es va sotmetre l'any 1995 a una IQ de reconstrucció de LCA amb empelt HTH via transtibial del genoll dret per artrotomia.

L'articulació mai va ser estable, motiu pel qual la pacient ens consulta.

A l'exploració física s'objectiva inestabilitat amb flexo-extensió completa.

MATERIAL I MÈTODE:

Les proves d'imatge (Rx, TC i RMN) van mostrar un túnel tibial en mala posició: curt, medial i que anava a parar al mig de la meseta tibial externa. A més hi havia un defecte ossi molt important a aquesta zona.

Es va decidir tractament quirúrgic, tenint en compte dos problemes: la fallida de la plàstia i el defecte a la meseta tibial. Ens vam plantejar fer la intervenció en un o dos temps, però no semblava que hi hagués coalició dels túnels, pel que vam optar per la primera opció.

Es va realitzar una revisió de la plàstia per artroscòpia amb autoempelt de tendó de semitendinós i recte intern. Tècnica anatòmica i portal anteromedial. Vam utilitzar també una meseta tibial de banc per omplir amb un al·loempelt osteocondral el defecte ossi.

Via artroscòpia vam confirmar la mala posició de la plàstia. Vam obtenir l'autoempelt de ST+RI i es va preparar la nova plàstia amb un XO-button.

Es van retirar els cargs interferencials de la IQ anterior i la plàstia de LCA. Vam fer el nou túnel femoral mirant que no coalicions amb l'antic.

Es va mesurar el defecte tibial i vam fer un empelt osteocondral a mida. Vam col·locar l'empelt via retrògrada a través de l'antic túnel tibial i el vam fixar temporalment amb una AK mentre fèiem el nou túnel.

Es va passar la plàstia amb l'XO-button i es va fixar amb un cargol interferencial a fèmur. Es va utilitzar un cilindre d'esponjosa per omplir l'entrada de l'antic túnel femoral.

RESULTATS:

Bona evolució a les 4 setmanes postIQ, genoll estable. La pacient no necessita ortesis per caminar.

CONCLUSIONS:

Es pot fer una revisió de plàstia de LCA en un sol temps si a la planificació preoperatòria tenim en compte que no hi hagi coalició dels túnels.

TRACTAMENT DE LA LUXACIÓ PERILUNAR INVETERADA: A PROPÒSIT D'UN CAS

Masvidal Sanz, D.; Fernández Noguera, N.; Rodríguez Paz, S.; Froufe Sota, M. A.; Muñoz Vives, J. M.
Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona

INTRODUCCIÓ:

El maneig de les luxacions perilunars inveterades és complexa. S'han proposat diferents procediments, com la reducció interna amb fixació interna, carpectomia proximal, excissió del semilunar o artrodesi radio-carpiana. Presentarem el cas d'un pacient adult que consulta el nostre centre per a la valoració i tractament d'un STC com a seqüela d'un traumatisme sobre el canell esquerra.

MATERIAL I MÈTODE:

Pacient de 55 anys derivat a les CCEE de traumatologia del nostre centre per a valoració d'un STC esquerra i limitació del balanç articular actiu i passiu de l'articulació radio-carpiana secundari a un accident laboral 9 mesos abans. Es realitzen proves d'imatge que posen de manifest la presència d'una luxació perilunar inveterada en estadi IV de Mayfield que correspon a una luxació palmar del semilunar.

Com a conseqüència del retràs en el diagnòstic i la presència de lesions cròniques en les articulacions del carp es decideix la realització d'una carpectomia proximal i la descompressió del nervi medià.

RESULTAT:

Als 5 mesos de la intervenció el pacient presenta una milloria de la clínica amb un balanç articular pràcticament complet.

DISCUSSIÓ:

Les luxacions perilunars són lesions que es produeixen en traumatismes d'alta energia en pacients joves. Fins a un 25% passen desapercebudes, fet que condicionarà el tractament. La carpectomia proximal en luxacions perilunars inveterades de més de 3 mesos d'evolució, sense afectació articular associada, representa un mètode de tractament amb resultats clínics satisfactoris.

ESCÀPULA ALADA POSTRAUMÀTICA

Casellas Basagaña, M.; Bachiller Caño, R.; Pérez Pons, A.
Hospital General de Vic

INTRODUCCIÓ:

Home de 21 anys que acut per debilitat musculatura proximal extremitat superior dreta d'1 mes d'evolució arrel d'un accident de moto.

A l'exploració destaca impossibilitat a la flexió del braç dret per sobre de l'espatlla, amb limitació de l'abducció activa juntament a escàpula alada dreta.

MATERIAL I MÈTODE:

Exploracions complementàries:

- RM d'espatlla i paret toràcica dreta seguint el trajecte del nervi toràcic llarg: col·lecció a la regió axil·lar adjacent a la paret toràcica dreta semblant a un hematoma. El trajecte del nervi toràcic llarg queda comprimit per la col·lecció.
- ECO musculesquelètica centrada a paret toràcica anterolateral dreta: no s'identifica l'hematoma.
- EMG extremitat superior dreta: axonotmesis parcial i lleu, principalment del nervi axilar dret amb bon pronòstic i possible afectació del nervi toràcic llarg.

Es va orientar el cas com a paràlisi del nervi toràcic llarg, adoptant una conducta expectant degut a la benignitat.

RESULTATS:

Evolució favorable als 6 mesos, recuperació motora pràcticament total i sense seqüeles per les activitats diàries.

Per a valorar la reabsorció de l'hematoma i la descompressió nerviosa es va realitzar un nou estudi amb RM que ho va confirmar.

DISCUSSIÓ:

El serrat major, innervat pel nervi toràcic llarg, és responsable d'estabilitzar l'escàpula contra la paret toràcica.

Clínicament, una lesió a l'altura del nervi toràcic llarg es tradueix en la dificultat per aixecar el braç, dolor i alteracions estètiques.

El trajecte llarg i superficial predisposa a lesions del nervi. L'etiologia descrita és variable.

El pronòstic és bó, amb recuperació completa espontània en la majoria dels casos.

El tractament conservador és eficaç en la majoria. La recuperació funcional s'aconsegueix a partir dels 6-9 mesos del traumatisme, podent allargar-se fins als 2 anys en cas d'existir patologia no traumàtica. Només s'utilitza tractament quirúrgic en cas de persistència del quadre.

COMPLICACIONS MECÀNIQUES I SÈPTIQUES D'UNA FRACTURA VERTEBRAL OSTEOPORÒTICA

Garreta Català, I.; Font Vila, F.; González Cañas, L.; Lora Tamayo, J.
Hospital Universitari de Bellvitge

INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS:

Es presenta el cas d'una fractura vertebral osteoporòtica de T12 tractada amb cifoplàstia i instrumentació vertebral T10-L2.

L'objectiu de la presentació és descriure les possibles complicacions del tractament quirúrgic d'aquestes fractures.

MATERIAL I MÈTODE:

Dona de 67 anys afectada de fractura vertebral osteoporòtica de T12 que inicialment va ser tractada amb cifoplàstia i instrumentació vertebral T10-L2. Va presentar infecció postoperatòria per *S. aureus* que va requerir desbridament en dues ocasions. Davant del fracàs de la instrumentació i de la persistència de la infecció es va procedir a extracció de la instrumentació. L'evolució va ser insatisfactòria i davant la persistència de dolor incapacitant i de signes sèptics va ser derivada al nostre hospital on varem objectivar:

- Espondilodiscitis T11-T12
- Espondilitis L2 amb lisi del cos vertebral amb cifosi angular i marcada inestabilitat
- Abscès retroperitoneal i paravertebral

Donat l'estat general de la pacient, es va contraindicar doble abordatge i es va practicar drenatge percutani de l'abs-

cès retroperitoneal amb control per TC i ultrasons juntament amb antibioticoteràpia dirigida a l'agent etiològic.

Posteriorment es va procedir a instrumentació posterior T9-L4 corregint la cifosi angular i estabilitzant la columna tòracolumbar.

RESULTATS:

L'evolució va ser molt favorable millorant el dolor i els paràmetres infecciosos i en el moment actual la pacient tolera deambulació.

Seguirem controls a consultes per tal de valorar la necessitat de reintervenir per via anterior per realitzar implant substitutiu d'L2.

CONCLUSIONS:

El tractament de les complicacions requereix un enfocament multidisciplinari.

Les fractures osteoporòtiques poden ser font de múltiples complicacions i cal, doncs, avaluar acuradament la indicació quirúrgica i estar preparat per tractar les possibles complicacions.

COMUNICACIONS ORALS

RAQUIS

Dijous 17

Sala d'actes: Sala A - 15:00-17:00 h.

Orals: 01-07

Moderadors: Enric Càceres

David Moreta

0-1

RECIDIVA HERNIÀRIA: RESULTAT DEL TRACTAMENT QUIRÚRGIC

Isart Torruella, A.; Vila Canet G.; Ubierna Garcés M.; García De Frutos A.; Saló Bru G.; Cáceres Palou E.

Institut Universitari Dexeus

Introducció i objectius

La recidiva herniària es presenta en un 10-18% dels pacients intervinguts d'hèrnia discal. La seva incidència es relaciona amb una activitat laboral d'esforç i amb una edat inferior a 40 anys, segons la literatura. En les que va fracasar el tractament conservador no queda clar la necessitat d'afegir una artodesi a la nova cirurgia de discectomia. L'objectiu de l'estudi és valorar la qualitat de vida dels pacients reintervinguts d'hèrnia discal (HD) lumbar i els canvis radiològics que presenten.

Material i mètode

Estudi retrospectiu de 32 (10,3%) pacients intervinguts per recidiva herniària, d'un total de 309 pacients sotmesos a cirurgia primària d'HD lumbar en la nostra unitat de columna. Seguiment d'1 a 8 anys. Edat mitjana 40 anys (20-69). 16 dones/16 homes. 20 L5-S1; 9 L5-L4; 2 L3-L4. Interval mig entre cirurgies 26 mesos. En tots els casos s'ha realitzat una segona discectomia i s'ha afegit una fusió circumferencial en els pacients amb lumbàlgia intensa per inestabilitat o discartrosi severa. S'ha valorat l'EVA lumbar i radicular, el SF-36 i l'Oswestry. Radiològicament s'ha revisat la lordosi regional, l'altura del disc i la lordosi del segment afectat abans de la cirurgia i al final del seguiment. Es realitza un anàlisi descriptiu, comparatiu bivariant segons el mètode Chi-Quadrat.

Resultats

28 dels 32 pacients han completat l'estudi. 19 pacients se'ls realitzà discectomia (grup A) i en 9 pacients artrodesi circumferencial (grup B). El 31,3% dels pacients mantenen la mateixa activitat laboral precirúrgica i un 9,4% estan en situació d'invalidesa sense relació significativa amb el procediment quirúrgic. 37,5% realitzen esport de manera habitual i el 34,37% no necessiten medicació. Hem obtingut un EVA mig de 4 pel dolor lumbar i radicular tant en el grup A com B. Una mitja de 21,6 punts pel Oswestry, de 42,89 pel component físic del SF-36 i de 48,6 pel component mental. En l'estudi radiogràfic hem observat un manteniment de la lordosi lumbar i de la segmentària amb una disminució de l'altura del disc intervingut d'1°mm (9,15-8,15) sense trobar diferències entre el grup A i B i sense ser cap d'elles estadísticament significatives.

Conclusions

Els resultats de qualitat de vida i funció no es relacionen amb la tècnica quirúrgica realitzada (grup A i B) en la nostra sèrie de pacients intervinguts per recidiva herniària. Al comparar la radiologia precirúrgica i al final del seguiment no detectem diferències significatives en altura discal, lordosi del segment i lordosi lumbar.

0-2

REVISIÓ DE LA CIRURGIA DE L'HÈRNIA DISCAL LUMBAR DEL 2007 AL 2011 A L'HOSPITAL JOSEP TRUETA DE GIRONA

Masvidal Sanz, D.; Marull Serra L.; Muñoz Gómez J.; Navarro Cano E.; Arribas Agüera D.; Froufe Sota M.

Hospital Dr Josep Trueta. Girona

Introducció i objectius

L'hèrnia discal lumbar és una de les patologies més freqüents de la columna vertebral. Mentre que en la majoria de pacients a qui es realitza un procediment quirúrgic presenta una milloria del dolor i la funcionalitat, d'altres presentaran dolor lumbar crònic i/o símptomes recurrents.

Material i mètode

Es revisen 120 pacients intervinguts d'hèrnia discal lumbar en el nostre centre en els darrers 5 anys, tots ells tractats de forma conservadora prèviament. Mitjançant RMn es revisa la morfologia de l'hèrnia discal i la presència de discopatia, segons classificació de Modic i Pffirman. S'avalua la clínica pre i post-cirurgia, mitjançant l'escala analògica EVA, i la funcionalitat segons la puntuació d'ODI.

Resultats

El temps mig de durada del tractament conservador fins a la realització del procediment quirúrgic va ser de 9 mesos (interval de 0 a 33 mesos) En el seguiment posterior a la intervenció quirúrgica, 54 pacients han restat asimptomàtics, considerant-se la patologia resolta (45%), mentre que 22 malalts han estat reintervinguts (18%) per persistència de la simptomatologia, en 6 dels casos per recidiva de l'hèrnia discal (0'05% del total).

Conclusions

En absència de síndrome de cua de cavall o clínica neurològica progressiva, els millors resultats després de la intervenció quirúrgica s'han obtingut en pacients intervinguts per dolor radicular hiperàlgic. En pacients amb clínica neurològica establerta el menor temps d'espera amb tractament conservador fins a la cirurgia no reflecteix una milloria en el resultat clínic i funcionalitat final.

0-3

CIRURGIA VS TRACTAMENT CONSERVADOR EN SÍNDROME RADICULAR LUMBOSACRE

Trigo Bermúdez, N.; Álvarez Piñol G.; Abad Satorres R.; Cruz Olive E.

Hospital de Granollers

Introducció i objectius

El temps òptim de l'abordatge quirúrgic en pacients amb clínica de lumbociatàlgia secundària a hèrnia discal continua essent controvertit actualment. L'objectiu de la nostra comunicació és presentar l'evolució clínica dels pacients tractats de forma conservadora enfront dels intervinguts quirúrgicament.

Material i mètode

Estudi retrospectiu descriptiu on analitzem els pacients ingressats en el nostre servei desde urgències que presentaven clínica de lumbociatàlgia entre gener i desembre de 2010. Es van avaluar les dades referents al pacient, l'actitud terapèutica duta a terme, així com l'evolució clínica tant en aquells tractats de forma conservadora com en els intervinguts quirúrgicament.

Resultats

Dels 45 pacients ingressats amb clínica de lumbociatàlgia en aquest període, van ser intervinguts el 46,66% (n=21), amb una mitjana de 11,25 dies entre l'ingrés i la cirurgia. En ambdós grups les dades sociodemogràfiques van ser similars amb una edat mitjana 50, 51 anys i predomini sexe masculí. L'evolució clínica mitjana a l'ingrés va ser de 71,45 dies amb predomini de radiculàlgia L5-S1. El 58,03%(n=26) presentava dèficit sensitiu i un 31,54% (n=14) motor (tots dos percentatges menors en el grup no intervingut). L'estudi RMN realitzat en el grup intervingut era concordant amb la clínica en tots els casos, en un 70,83% (n=17) en el grup conservador. Referien milloria clínica completa als 3 mesos un 57,14%(n=12) dels pacients intervinguts enfront del 37,53% (n=9) dels no operats, requerint aquest segon grup intervenció en segon temps en un 20,83% (n=5).

Conclusions

Les preferències del pacient i el grau de discapacitat originat per l'hèrnia discal aguda han de servir de guia a l'hora de triar el tipus de tractament. El dèficit neurològic focal i els símptomes discapacitants o que empitjoren després de tractament conservador poden ser indicadors de tractament quirúrgic.

0-4

QUISTS SINOVIALS YUXTARTICULARS COM A CAUSA DE LUMBOCIÀTICA. RESULTATS CLÍNICS D'EXÈRESI I DESCOMPRESSIÓ QUIRÚRGICA. SÈRIE DE CASOS.

Wilches Restrepo, C.; Olivera García D.; Fernández Muñoz S.; Gimeno Blasco F.; Cornet Susana J.

Hospital General d'Igualada

Introducció i objectius

L'etiologia dels quists sinovials yuxtarticulares no ha estat encara completament aclarida, però s'ha descrit una associació dels mateixos als processos degeneratius articulars de tipus artròsic. Essent freqüents en extremitats, la seva troballa a nivell de l'articulació interapofisiària vertebral és inusual i probablement estigui associat a un procés degeneratiu articular previ a la seva aparició. L'ocupació del foramen de conjunció intervertebral per un quist sinovial de l'articulació interapofisiària que comprimeix l'arrel nerviosa, representa una causa poc freqüent del quadre clínic de lumbàlgia, ciatàlgia persistent. El diagnòstic d'aquestes lesions ha augmentat amb la disponibilitat d'imatges radiològiques d'alta resolució en els últims anys, no obstant això, la seva descripció com a lesió ocupant de l'espai foraminal és àdhuc escassa en la literatura. L'objectiu del present treball és realitzar una revisió metòdica de l'anatomia i fisiopatologia de l'articulació interapofisiària, el foramen de

conjunció i el compromís del seu espai i presentar un estudi retrospectiu de set casos de lumbociàtica secundària a quist sinovial de l'articulació interapofisiària diagnosticats i tractats en el nostre Centre durant els últims cinc anys, descrivint la seva presentació clínica, diagnòstic radiològic i els resultats clínics a mig termini del tractament quirúrgic mitjançant exèresis, hemilaminectomia, hemifacetectomia i foraminectomia; acompanyant la ponència de fotografies clíniques intraoperatòries i imatges radiològiques demostratives.

Material i mètode

Durant un període de 5 anys, un total de 7 pacients entre 55 i 70 anys, 4 homes i 3 dones, tots amb antecedent de patologia degenerativa facetària i discal en grau lleu o moderat, que presentaven episodis de lumbàlgia esporàdics i controlats amb analgèsia oral, van presentar un quadre clínic de lumbàlgia i ciatalgia unilateral sense dèficit neurològic refractari al tractament conservador durant almenys tres mesos que va progressar fins a fer-se incapacitant; en l'estudi amb ressonància magnètica es van evidenciar quists sinovials unilaterals a càrrec de la càpsula de l'articulació interapofisiària; 5 dels casos a nivell de L4 – L5 i dos casos a nivell L5 –S1. Els set pacients van ser tractats mitjançant exèresis del quist, hemilaminectomia, hemifacetectomia i foraminectomia. Posteriorment es va realitzar un seguiment clínic de deu mesos de mitjana, i un control radiològic mitjançant ressonància magnètica als tres mesos de la cirurgia.

Resultats

Els set pacients intervinguts van presentar una millora clínica sistemàtica consistent en disminució del dolor i de la limitació funcional, retornant al seu estat previ a la patologia i sense presentar empitjorament global del procés degeneratiu de base; es va realitzar ressonància magnètica de control en la qual no es van evidenciar recidives del quist. Un dels pacients va requerir una infiltració peridural als sis mesos de la intervenció a causa del procés artròsic facetari contralateral en el mateix nivell intervertebral de la cirurgia, presentant millora clínica. No es van presentar complicacions perioperatòries en aquesta sèrie.

Conclusions

El quadre clínic de lumbàlgia radiculàlgia unilateral pot presentar variades etiologies; el present estudi, encara que emmalalteix d'una baixa validesa externa, suggereix que en el context d'un pacient amb síndrome facetari degeneratiu en procés, que presenta un deteriorament clínic refractari al tractament conservador habitual, el clínic ha de sospitar dins el seu diagnòstic diferencial el desenvolupament d'un quist sinovial dependent de la càpsula de l'articulació interapofisiària que estigui compromentent el foramen de conjunció intervertebral. Gràcies a les tècniques d'imatge disponibles ac-

tualment, el diagnòstic d'aquestes lesions és relativament senzill mitjançant la ressonància magnètica. Segons la sèrie presentada, el diagnòstic oportú i el tractem.

0-5

FIXACIONS HÍBRIDES TRANSPEDICULARS EN CIRURGIA LUMBOSACRA. A PROPÒSIT DE 19 CASOS

Vidal Rodés, A.; Abancó Sors J.; Bes Fuster C.; Selga Jorba N.; Sánchez Freijo Fernández J.; Aranda Grijalbo C.; Bonjorn Martí M.

Hospital Althaia de Manresa

Introducció i objectius

Presentem els resultats preliminars sobre una revisió d'artrodesis lumbar mixtes amb el sistema Dynesys DTO i Legacy Agile. L'objectiu és descriure els resultats clínics a curt i mig plaç i, en un futur, analitzar també la influència que aquest tipus de fixació té sobre el disc adjacent.

Material i mètode

Analitzem 19 pacients, 11 dels quals presenten espondilolistesi istmica simptomàtica, 7 pacients hèrnia discal i 1 pacient és un fracàs d'una artrodesis prèvia. D'aquests pacients veiem que 14 han estat artrodesats a 1 nivell, 4 a 2 nivells i 1 a 3 nivells, tots ells amb sistema dinàmics al nivell superior. 11 són dones i 8 són homes. Dels operats hi ha 17 Dynesys i 2 Agile.

Resultats

Com a complicacions tenim un cas d'infecció, que es va resoldre amb rentat quirúrgic i ATB teràpia i un cas que es va haver de reartrodesar pujant un nivell. I finalment explicar els resultats clínics al seguiment a CCEE: Dels 19 pacients:

- Dolor lumbar ben tolerat (o satisfets amb el resultat de la cirurgia i amb poca necessitat de medicació): 11
- Molt dolor lumbar (menys satisfets i que necessiten medicació més forta): 2
- Dolor lumbar amb seqüela de radiculopatia crònica: 7.

Conclusions

Pensem que la fixació híbrida és un recurs a tenir en compte en la prevenció de la malaltia del disc adjacent.

0-6

SISTEMA INTERESPINÓS WALLIS: EXPERIÈNCIA CLÍNICA

Abancó Sors, J.; Vázquez Ortiz J.; Selga Jorba N.; Bes Fuster C.; Sánchez-Freijo Fernández J.

Hospital Althaia de Manresa

Introducció i objectius

Els sistemes de fixació dinàmica es presenten com una alternativa a la artròdesi amb l'objectiu de millorar la clínica conservant el moviment intervertebral. Avaluem el resultat i les complicacions de l'estabilització interespinosa amb el sistema Wallis en pacients amb lumbàlgia per hèrnia discal, discopatia, canal estret i síndrome del disc adjacent.

Material i mètode

S'han avaluat els resultats del tractament amb estabilització dinàmica interespinosa tipus Wallis en 118 casos d'un total de 155 amb un seguiment mínim de 12 mesos (52/15, mitja de 32.6 mesos). Les indicacions han estat hèrnia discal massiva (11), hèrnia discal amb discopatia (42), estenosi de canal (4), discopatia adjacent a artrodesi (57) i discopatia simple (4).

Resultats

S'han obtingut un 72 % de molt bons (sense lumbàlgia ni ciatàlgia) o bons (lumbàlgia ocasional, no ciatàlgia) resultats. El resultat ha estat regular en un 13 % i dolent en un 14%. En 11 pacients (9.3%) es va haver de retirar l'implant i en 4 (3.3%) es va complicar amb infecció.

Conclusions

L'estabilització interespinosa és una bona alternativa a la fusió, que a 5 anys dona resultats esperançadors, però que caldrà avaluar amb més temps i contrastar amb sèries paral·leles.

0-7

INSTRUMENTACIÓ VERTEBRAL DINÀMICA SEMI-RÍGIDA: RESULTATS RADIOLÒGICS DE L'APLICACIÓ AL SEGMENT ADJACENT, A UNA FUSIÓ VERTEBRAL CLÀSSICA, EN PATOLOGIA DISCAL DEGENERATIVA LUMBAR

Ibáñez Aparicio, N.; Del Arco Churruga Á.; García Casas Ó.; Ruiz Manrique A.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Introducció i objectius

Avaluació de la mobilitat radiològica dels segments vertebrals instrumentats de forma dinàmica i del seu segment supradjacent així com de les possibles complicacions mecàniques.

Material i mètode

Estudi prospectiu observacional de resultats radiològics. Criteris d'inclusió: pacients consecutius, durant l'any 2009, amb el diagnòstic de discopatia degenerativa incipient adjacent al segment a fusionar per hèrnia discal o listesi, síndrome transicional establert, o bé instrumentació llarga per patologia degenerativa. Es van analitzar radiològicament (perfil neutre i en flexo-extensió, en bipedestació), en preoperatori i últim control clínic (12 a 18 mesos), el grau de mobilitat en segments índex i adjacent; mitjana de 2 mesures per dos observadors diferents en dues ocasions. Així mateix es van valorar l'aparició de complicacions mecàniques. Per l'evolució clínica es va utilitzar l'escala de Oswestry.

Resultats

15 pacients amb fusió vertebral instrumentada (amb / sense descompressió) i dispositiu dinàmic adjacent (6: L4S1, 3: L3S1, 3: L2S1, 1: L1L3, 1: L2L4 i 1 : L3L5). Seguiment complet de tots els casos. L'arc de mobilitat mitjà, en flexo-extensió, preoperatori del segment dinàmic va ser de 8.66 ° i postoperatori de 1.13 °; del segment adjacent preoperatori de 5.5 ° i postoperatori de 10.64 °. Absència de complicacions atribuïbles a la tècnica, en cap segment dinàmic es va produir: ruptura de material; contacte ròtula / corona cargol subjacent en flexo-extensió; retro / antelistesi; xifosi del segment, enfonsament-col-lapse de l'alçada discal. Només en un cas s'aprecia lisi cargol pedicular (L3 bilateral). La millora mitja de l'escala d'Oswestry va ser de 37.

Conclusions

El sistema de fixació dinàmica preserva la mobilitat del segment índex a un rang menor al fisiològic i inferior a les especificacions tècniques de l'implant. Sobre el segment adjacent s'objectiva un augment de l'arc mòbil mig en flexo-extensió. L'absència de complicacions relacionades amb la tècnica i la bona evolució clínica ens anima a seguir per aquest camí i serveix de punt de partida per a estudis més consistents a llarg termini.

TRAUMA I

Dijous 17

Sala d'actes: Sala 1 - 15:00-17:00 h.

Orals: O8-O16

Moderadors: Joan Girós

Salvi Prat

O-8

REVISIÓ DE FRACTURES DIAFISÀRIES DE CÚBIT I RADI TRACTADES AMB PLAQUES LCP

Vilabré Pagès, N.; Rodrigo López E.; Navarro Cano E.; Muñoz Vives J.; Froufe Siota M.; Noriego Muñoz D.; Arribas Agüera D. Hospital Dr. Josep Trueta de Girona

Introducció i objectius

Les fractures diafisàries de cúbit i radi suposen al voltant d'un 10% de les fractures que es veuen a un servei d'urgències. La seva importància recau en la correcta reducció: qualsevol canvi en la morfologia i en la seva relació espacial pot tenir conseqüències funcionals en el colze, el canell i la mà. El tractament depèn sobretot de l'edat del pacient: el tractament quirúrgic de reducció oberta i fixació interna es sol indicar en les fractures en pacients d'edat adulta, mentre que en els pacients en edat de creixement és d'elecció el tractament conservador o la reducció tancada i fixació percutània. L'objectiu d'aquesta revisió és valorar els resultats (funcionals) obtinguts amb la reducció oberta i osteosíntesi de fractures diafisàries de radi i cúbit.

Material i mètode

S'han revisat 123 pacients atesos en el nostre centre entre 2001-2010 amb el diagnòstic de fractura diafisària de cúbit i radi. S'ha avaluat els resultats funcionals, dolor residual i possibles complicacions en aquells pacients tractats quirúrgicament amb reducció oberta i síntesi. S'exclouen aquells tractats conservadorament o amb reducció tancada i síntesi percutània.

Resultats

Dels 123 pacients diagnosticats de fractura diafisària de cúbit i radi, 50 pacients (40'6%) van ser tractats quirúrgicament amb reducció oberta i fixació interna amb plaques LCP (tots d'edat superior a 14 anys). En el 98% dels pacients es va poder fer una reducció anatòmica correcta. S'han aconseguit resultats funcionals excel·lents (en el 92%), satisfactoris (en el 4%) en la major part de pacients segons criteris d'Anderson et al per a l'avaluació dels resultats funcionals. Només el 4%

dels pacients han tingut resultats insatisfactoris. La taxa de complicacions postoperatòries immediates va ser del 12% (corresponent a 6 pacients), que consistien en infecció ferida quirúrgica (3 pacients), compromís mecànic per cargol (1 pacient), TEP (1 pacient) i síndrome compartimental (1 pacient). Referent a les complicacions tardanes es van trobar en el 18% (corresponent a 9 pacients), i consistien en retràs de consolidació (3 pacients), pseudoartrosi que requerir reintervenció (1 pacient), problemes de cicatriu (2 pacients), infecció de ferida quirúrgica (1 pacient) i molèsties residuals a zona de la intervenció (1 pacient).

Conclusions

La reducció oberta i fixació interna de pacients amb fractures diafisàries de cúbit i radi aconsegueix bones reduccions anatòmiques de les fractures i bon resultat funcional, evitant immobilització prolongada de l'extremitat i rehabilitació precoç. Els resultats funcionals i la taxa de complicacions en la nostra sèrie són similars a aquells trobats a la bibliografia.

O-9

REVISIÓ DE LES PSEUDOARTROSIS HUMERALS PROXIMALS TRACTADES AMB OSTEOSÍNTESI I INJERT

Solernou Soler, X.; Huguet Boqueras J.; Yuguero Rodríguez M.; Torner Pifarré P. Hospital Universitari Parc Taulí de Sabadell

Introducció i objectius

Les fractures humerals proximals són una patologia freqüent constituïnt el 10% del total de les fractures, essent les terceres en freqüència després de les fractures de maluc i les de l'extrem proximal del radi. Està descrit a la literatura que fins a un 20% d'aquestes presenten una malaunió si s'han tractat de forma conservadora. També s'ha observat que un 1,1% d'aquestes fractures evolucionen cap a una pseudoartrosi, i que tractades quirúrgicament el número pot augmentar fins a 2,5%.

Material i mètode

Presentem 4 casos clínics de pseudoartrosi en fractures humerals proximals diagnosticades i tractades en el nostre centre entre els anys 2006 i 2011. En tres dels casos es va realitzar inicialment un tractament conservador amb xarpa, i l'altra mitjançant un enclavat elàstic tipus Kapandji però en els següents posteriors es va objectivar la presència d'una pseudoartrosi. En tots els casos es va realitzar tractament quirúrgic mitjançant la valoració de la mobilitat cefàlica, neteja i refrescament del focus de fractura, identificació del sagnant vital del cap humeral, aport d'injert ossi estructural i de xips d'esponjosa i osteosíntesi amb placa d'estabilitat angular.

Resultats

Tots els casos van presentar una evolució posterior favorable després de la cirurgia de rescat aconseguint la consolidació i no es va presentar cap cas d'infecció.

Conclusions

Múltiples causes han estat descrites com a possibles causants de la pseudoartrosi humeral proximal com el grau de desplaçament inicial, la comminació metafisària, la interposició de parts toves o processos que depenen del pacient com l'edat, les comorbilitats i l'ús de corticoides entre d'altres. Moltes d'aquestes pseudoartrosi són ben tolerades, però les que són simptomàtiques poden requerir una intervenció quirúrgica mitjançant una osteosíntesi o una artroplàstia si el fragment articular no és vital. L'ús d'injert ossi permet aportar osteoinducció i osteoconducció per tal d'afavorir el procés de consolidació. Les pseudoartrosi humerals proximals són un repte important per al cirurgià de l'espatlla. Les que són tributàries de tractament quirúrgic, és de vital importància un diagnòstic precís i acurat per tal de valorar la viabilitat i la mobilitat del fragment cefàlic i el grau d'osteopènia/osteoporosi.

O-10

REVISIÓ FRACTURES DIAFISÀRIES D'HÚMER TRACTADES AMB CLAU ENDOMEDULLAR ENFORALLAT

Celi Díaz, S.; Ezagui Bentolila J.; Tramunt Monsonet C.; Sanchez Martínez M.; Casals Teixidó V.; Portabella Blavia F.
Hospital Universitari de Bellvitge

Introducció i objectius

El tractament de les fractures diafisàries d'húmer compta amb diverses opcions de tractament. Una bona part poden ser tractades de manera conservadora. Un dels tractaments quirúrgics és l'enclavat endomedullar. L'objectiu del nostre estudi és mostrar la nostra experiència amb el clau endomedullar enforallat entre els anys 2008 - 2011.

Material i mètode

Presentem els casos de fractures diafisàries d'húmer intervingudes usant el clau endomedullar enforallat pel Servei de Traumatologia i Cirurgia Ortopèdica de l'Hospital Universitari de Bellvitge a Barcelona.

Resultats

Expressem els resultats en termes de consolidació, mobilitat, dolor residual i complicacions. Comparem els nostres resultats amb les diverses opcions terapèutiques trobades a la bibliografia.

Conclusions

El tractament de les fractures diafisàries d'húmer amb clau endomedullar proporcionen una gran estabilitat, permetent, per tant, una mobilització ràpida i una recuperació funcional precoç.

O-11

ESTUDI COMPARATIU DE DOS PROGRAMES DE REHABILITACIÓ (GRUP VS CONVENCIONAL) EN EL TRACTAMENT CONSERVADOR DE LES FRACTURES D'HÚMER PROXIMAL

Casellas García, G.; Llauredó Poy M.; Cassart Masnou E.; Colomer Giralt M.; Calderon Padilla V.; Hernández Hermoso J.
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona

Introducció i objectius

Un bon tractament rehabilitador és essencial per obtenir un bon resultat funcional després d'una fractura de l'extrem proximal de l'húmer. A la literatura, són pocs els estudis que valoren els protocols de rehabilitació específics per a aquestes.

Material i mètode

Realitzem un estudi prospectiu observacional on s'inclouen pacients consecutius majors de 18 anys, afectes de fractura de l'extrem proximal de l'húmer tributària de tractament conservador. Els criteris de tractament conservador foren per tipus de fractura, comorbidity i risc quirúrgic, retard en el diagnòstic o decisió del pacient. En tots els casos es van realitzar dues projeccions radiològiques (anteroposterior i perfil en "Y" d'escàpula) en el moment de la fractura i TAC durant les 3 primeres setmanes. Després de 3 setmanes d'immobilització amb sling, els pacients que acceptaven participar a l'estudi eren inclosos en un grup de tractament a l'hospital (Grup A). Comparem els resultats amb un grup de pacients que van decidir fer la rehabilitació convencional en centre concertat (grup B). El tractament grupal consistia en: 8 pacients per fisioterapeuta, tres sessions a la setmana durant una hora i un programa d'exercicis a realitzar a casa. Al mes es realitzava una revaloració per part del metge rehabilitador i si el pacient presentava bona evolució proseguia amb el tractament a domicili. Valorem els resultats funcionals amb test de Constant bilateral als 3 mesos, 6 mesos i 1 any de seguiment. Realitzem el qüestionari de qualitat de vida SF-36 i una enquesta de satisfacció a l'any de seguiment.

Resultats

72 pacients van ser inclosos a l'estudi (53 dones; 19 homes; edat mitja: 71,5 anys). Es van perdre 18 pacients al primer any de seguiment, 5 del grup A (n:34) i 13 del grup B (N:20), podent realitzar l'anàlisi final amb 54 fractures, Segons tipus de

fractura, 14 eren fractures no desplaçades i 40 desplaçades (22 en 2-parts, 17 en 3 - parts i 1 en 4-parts segons la classificació de Neer) No s'observaren diferències en quant a edat, sexe o tipus de fractures entre els dos grups. La mitja de test de Constant fou 65,07 (rang: 25,5-100) en el grup A i 59,21 (rang 25-100) en el grup B. En l'anàlisi estadístic no s'observaren diferències estadísticament significatives en la valoració dels Constants dels dos grups ($p = 0,18$) Els resultats de satisfacció foren més elevats en els pacients que havien realitzat rehabilitació en grup.

Conclusions

Els pacients que realitzaven tractament rehabilitador en grup presentaven millors resultats funcionals i de satisfacció en comparació amb els pacients que realitzaven tractament convencional. Malgrat no observar-se diferències significatives del test de Constant, els pacients en tractament en grup presentaven millors resultats de compliment i satisfacció fet que pot contribuir a optimitzar els recursos dels serveis de rehabilitació.

O-12

LA FRACTURA DE L'ESPATLLA DOMINANT, AFECTA SIGNIFICATIVAMENT LA PERCEPCIÓ DE LA QUALITAT DE VIDA?

Torrens Cánovas, C.; Sánchez Soler J.; Isart Torruella A.; Miquel Noguera J.; Santana Pérez F.; Puig Verdí L.

Parc de Salut Mar. Barcelona

Introducció i objectius

En les fractures de l'extremitat superior sovint alhora de decidir un tractament es té en compte si el braç afectat es el dominant o no i això acostuma a afegir un factor de pitjor pronòstic. L'objectiu d'aquest estudi es determinar si el fet de produir-se una fractura del húmer proximal en el braç dominant té pitjor pronòstic en termes de percepció de qualitat de vida respecte a produir-se una fractura del braç no dominant.

Material i mètode

179 fractures del húmer proximal estudiades prospectivament. Edat mitjana de 68.34 anys. 140 dones i 39 homes. La mostra es va dividir en 2 grups: fractures en espatlla dominant ($n=97$) i fractures en espatlla no dominant ($n=82$). Es van buscar diferències entre els 2 grups respecte a: resultat funcional (Escala de Constant), percepció de qualitat de vida (SF-36), mortalitat, grau d'autonomia i la presència de patologia mèdica. La comparació entre els 2 grups es va fer seguint x2. Significació $p < 0.05$.

Resultats

No es van trobar diferències significatives en el resultat funcional final segons la Escala de Constat (64,17-66,89 ($p < 0.43$)). Tampoc en la percepció de qualitat de vida en cap dels ítems del SF-36 (PF_NORM $p < 0.31$, BP_NORM $p < 0.84$, GH_NORM $p < 0.40$). No diferències significatives respecte a mortalitat ($p < 0.29$), grau autonomia ($p < 0.13$) ni patologia associada ($p < 0.09$).

Conclusions

En les fractures de l'húmer proximal el fet de tenir afectat el braç dominant no fa que en el resultat es tingui una percepció pitjor de la qualitat de vida, o que el pacient perdi autonomia o funció al ésser comparat amb els pacients que han patit una fractura del braç no dominant. Per tant, el fet de tenir una fractura d'espatlla en el braç dominant no hauria de empitjorar el pronòstic funcional ni de qualitat de vida del pacient.

O-13

TRACTAMENT AMB PLACA PHILOS DE LES FRACTURES DESPLAÇADES DE TERÇ PROXIMAL D'HÚMER EN PACIENTS MAJORS DE 65 ANYS. ANÀLISI RADIOLÒGIC I FUNCIONAL A MÉS DE 3 ANYS D'EVOLUCIÓ

Álvarez Piñol, G.; Toro Aguilera A.; Piqueres García X.; Guillén Alvaro J.; Cruz Olivé E.

Hospital General De Granollers

Introducció i objectius

El tractament de les fractures desplaçades de terç proximal d'húmer en gent gran continua éssent un tema de controvèrsia. No hi ha prou evidència científica de quina ha de ser la tècnica d'elecció. En fractures complexes, la reducció oberta i osteosíntesi s'associa a un alt índex de reintervencions; l'hemiartròplàstia, amb deficient resultat funcional, està éssent substituïda per la pròtesi invertida d'espatlla, d'alta demanda tècnica i econòmica i amb difícil rescat en cas de complicacions. El nostre objectiu és valorar el resultat funcional i radiològic de les fractures desplaçades d'húmer proximal en pacients majors de 65 anys, tractats al nostre centre, amb reducció oberta i osteosíntesi amb placa Philos.

Material i mètode

Realitzem un anàlisi retrospectiu de més de 30 fractures proximals d'húmer en pacients majors de 65 anys (edat mitjana de 74 anys), amb un període de seguiment mig de 45 mesos. Tots ells van ser intervinguts amb reducció oberta i osteosíntesi amb placa Philos en un temps d'espera quirúrgic inferior a 4 dies. A les 4 setmanes d'immobilització, el 100% van seguir tractament re-

habilitador. S'avaluen, a curt i llarg termini, el resultat funcional obtingut (radiològic, EVA i Constant Score) i les complicacions radiològiques.

Resultats

La major part de pacient van obtenir una correcta reducció post-operatòria de la fractura, objectivant-se, en el seguiment posterior, consolidació radiològica de la mateixa. L'evolució clínica va ser favorable, amb un baix índex de percepció de dolor i un resultat funcional acceptable respecte el braç contralateral. L'índex de complicacions va ser baix; tres casos van ser reintervinguts, dos dels quals per protussió articular dels cargols cefàlics i un per necrosi avascular del cap humeral.

Conclusions

En la nostra població, la fractura proximal d'húmer en pacients d'edat avançada, tractada amb reducció oberta i osteosíntesi amb placa, no presenta un alt índex de complicacions. Probablement, els bons resultats es poden associar al temps d'immobilització post-operatòria i a la baixa demanda de l'extremitat afecta, atesa l'edat mitjana dels pacients a estudi. La reproductibilitat de la tècnica en un quiròfan d'urgències així com el seu cost, els resultats funcionals i el baix nombre de complicacions, converteixen la síntesi amb placa Philos en la tècnica quirúrgica d'elecció en el nostre àmbit de població, reservant la pròtesi invertida per aquells casos de mal pronòstic de l'osteosíntesi, ja sigui per comminació de les tuberositats o per manca d'estoc ossi al cap humeral.

O-14

COMPARATIVA ENTRE OSTEOSÍNTESI AMB PLACA PHILLOS EN CIRURGIA OBERTA I MIPO EN FRACTURES D'HÚMER PROXIMAL

Vega Ocaña, V.; Sánchez Navés R.; López Capdevila M.; Velasco Roca M.; Rivero Sosa R.; Gardella Gardella E.; Girós Torres J.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Introducció i objectius

El nostre objectiu és valorar els resultats en el tractament quirúrgic de fractures d'húmer proximal comparant cirurgia oberta i MIPO.

Material i mètode

S'han estudiat els pacients amb fractura d'húmer proximal intervinguts amb placa d'estabilitat angular PHILOS (Synthes®) des de 2007 fins a 2010. Els criteris quirúrgics eren aquelles fractures desplaçades segons els criteris de Neer o les fractures inestables segons la classificació de Müller-AO (excepte les fractures - luxacions i fractures subsidià-

ries d'artroplàstia). Es van analitzar 76 pacients, 51 cirurgies obertes i 25 amb MIPO. L'edat mitjana ha estat de 61 anys (25-82a) i amb un temps mig de seguiment de 26 mesos (12-48 mesos). La valoració dels resultats funcionals es va realitzar mitjançant l'escala de Constant, també es van realitzar estudi radiològic i es va recollir la taxa de complicacions, el temps quirúrgic i el temps d'estada mitja postoperatòria.

Resultats

El Constant mig va ser de 61.2 als pacients de cirurgia oberta i de 78 a les MIPO. El temps quirúrgic mig en cirurgia oberta va ser de 89 minuts i de 72 minuts en tècnica MIPO. El temps d'estada mitja postoperatòria a la cirurgia oberta va ser de 4 dies i de 2 dies amb tècnica MIPO. Durant el seguiment es van observar un 23% de complicacions a la cirurgia oberta. 2 casos d'infecció, 1 síndrome subacromial, 3 protrusió de material, 2 necrosis avascular, 2 malunions, 1 pseudoartrosi i un cas de desplaçament secundari. A aquelles amb tècnica MIPO es va observar un 20% de complicacions, 1 cas de síndrome subacromial, 1 cas de protrusió de cargol, 2 casos de parèsia radial i un cas de necrosi avascular parcial.

Conclusions

Degut a que la tècnica MIPO, és una tècnica menys invasiva i amb un percentatge menor de complicacions, a més d'haver reduït l'estança mitja, l'hem adoptat al nostre centre com a tècnica d'elecció per a pacients amb fractures d'húmer proximal tributàries de tractament quirúrgic amb osteosíntesi.

O-15

ESTUDI DE L'ATRÒFIA DEL MANEGOT ROTADOR A LES FRACTURES PROXIMALS D'HÚMER TRACTADES CONSERVADORAMENT

Santana Pérez, F.; Rosales Varo A.; Miquel Noguera J.; Ares C. J.; Solano C. A.; Puig Verdú L.; Torrens Canovas C.

Parc de Salut Mar. Barcelona

Introducció i objectius

La degeneració del manegot rotador influeix als resultats funcionals en l'espatlla simptomàtica. A la fractura proximal d'húmer, el desplaçament de les tuberositats podria afectar la funció del manegot rotador. El objectiu es analitzar els canvis degeneratius presents en el manegot rotador després d'una fractura proximal d'húmer i la seva influència en els resultats funcionals.

Material i mètode

47 fractures proximals d'húmer tractades conservadorament es van seguir prospectivament, entre les que es trobaven

14 no-desplaçades i 33 desplaçades (16 de 2 parts de la tuberositat gran, 7 de 2 parts del coll quirúrgic i 10 de 3 parts). Hi havia 37 dones i 10 homes. L'edat mitjana era de 68,54 anys. Es va realitzar una RMN a tots els pacients a l'any de la cirurgia per determinar la infiltració grasa seguint els criteris de Goutallier. Es va realitzar el test constant-murley per control de la funció i SF-36 per valorar la qualitat de vida. Es van utilitzar els tests de Fisher, Chi-Square i Spearman per a l'anàlisi estadístic.

Resultats

La puntuació del test de constant global era de 68,35 punts. Les fractures desplaçades van evidenciar una major infiltració grasa del supraespinòs que les no desplaçades (7 casos per 1) i l'infraespinòs (3 casos per 1). La infiltració grasa del supraespinòs es correlacionava amb l'augment de dolor (p 0,0007). La infiltració de l'infraespinòs afectava de forma significativa el dolor p 0,01 i les activitats de la vida diària p 0,03. La infiltració del subescapular afectava de forma significativa a les activitats de la vida diària p 0,004. No es van observar diferències significatives en quant a la percepció de la qualitat de vida.

Conclusions

Les fractures proximals d'húmer desplaçades desenvolupen més infiltració grasa del manegot rotador quan es comparen amb les fractures no desplaçades. La infiltració grasa augmenta el dolor de forma significativa, així com les activitats de la vida diària. La percepció de la qualitat de vida no es veu afectada per la infiltració grasa del manegot rotador en la nostra mostra.

O-16

EXISTEIXEN DIFERÈNCIES EN LA COMORBILITAT I MORTALITAT DE LES FRACTURES PROXIMALS D'HÚMER SEGONS EL TRACTAMENT?

Santana Pérez, F.; Sánchez Soler, J.; Issart C.A.; Miquel Noguera, J.; Valverde C.D.; Puig Verdú, L.; Torrens Cánovas, C.

Parc de Salut Mar. Barcelona

Introducció i objectius

La fractura proximal d'húmer és una de les fractures patològiques més freqüents degut a l'osteoporosis, la incidència d'aquest tipus de fractura està augmentant degut a l'envelliment de la població. El objectiu és analitzar epidemiològicament la morbiditat i la mortalitat de les fractures proximals de l'húmer en funció del tractament indicat.

Material i mètode

Es van incloure a l'estudi un total de 200 pacients que havien patit una fractura proximal d'húmer de les quals les 100 primeres fractures eren tractades quirúrgicament i les 100 següents tractades conservadorament. Es va realitzar un seguiment de 2 anys. 23 es van excloure per no acudir a algun dels controls clínic-radiològics. 132 eren dones i 45 homes. L'edat mitjana era de 69,49 anys. Hi havia 130 desplaçades segons els criteris de Neer (31 del grup conservador i 99 del quirúrgic). 16 pacients van morir durant el seguiment.

Resultats

La taxa de mortalitat del grup conservador era significativament més baixa que la del grup quirúrgic $p > 0,002$. 9,4% dels pacients del grup conservador i 20,3% del grup quirúrgic no eren autònoms per a la vida diària (p 0,26). Hi havia més pacients diagnosticats d'osteoporosis en el grup conservador (44,1%) que en el grup quirúrgic (11,1%) $p < 0,001$. Els pacients del grup conservador van patir més fractures però no de manera significativa $p < 0,29$. La cormobilitat era major en el grup conservador que en el quirúrgic $p < 0,003$.

Conclusions

El diagnòstic d'osteoporosis era significativament major en el grup conservador, però no es va traduir en un augment de les fractures post-tractament. A pesar del pitjor estat físic dels pacients del grup conservador, es van registrar més morts en el grup quirúrgic.

TRAUMA II

Dijous 17

Sala d'actes: Sala 2 - 15:00-17:00 h.

Orals: O17-O25

Moderadors: Agustí Garcia-Die

Jordi Huguet

O-17

FRACTURES DE MALUC EN MENORS DE 50 ANYS. LA NOSTRA EXPERIÈNCIA

Martínez Hornillos, F.; Lobato Trenado S.; Suau Mateu S.; Del Valle Jou M.; Claret Nonell I.; Rodríguez Boronat E.; Aragón Martínez J.

Fundació Hospital de L'Esperit Sant

Introducció i objectius

Presentem l'experiència d'un hospital comarcal, en el tractament de fractures de maluc en gent jove. Revisen les indicacions i els nostres resultats.

Material i mètode

Anàlisi retrospectiu de 12 casos, tractats entre 2010 i 2012. Tots els pacients han estat estudiats amb rx, i si es té sospita de fractura patològica es complementa l'estudi abans de iniciar el tractament.

Resultats

Els nostres resultats són bons, amb alguna excepció. Majoritàriament són homes i el mecanisme casual més freqüent és accident de trànsit. Hi ha un cas de evolució tòrpida per patologia concomitant, 1 pacient que es va derivar a un altre hospital per sospita de fractura patològica i dos pacients que no van continuar amb el seguiment en CCEE.

Conclusions

Per obtenir uns bons resultats, caldria un diagnòstic i tractament ràpid. En el cas de sospita de fractura patològica, cal completar l'estudi abans de fer cap tractament.

O-18

LUXACIÓ D'HEMIARTROPLASTIA BIPOLAR DE MALUC EN PACIENTS AMB FRACTURA SUBCAPITAL DE FÈMUR. ESTUDI RETROSPECTIU

Martínez Hornillos, F.; Lobato Trenado S.; Suau Mateu S.; Del Valle Jou M.; Solsona Espin S.; Rodríguez Boronat E.; Aragón Martínez J.

Fundació Hospital De L'Esperit Sant

Introducció i objectius

La luxació de la HAB de maluc, és una complicació cirurgica amb greus conseqüències pel pacient. Presentem la nostra experiència en aquest tipus de complicació de l'hemiartroplastia.

Material i mètode

Estudi retrospectiu de 5 casos de luxació hemiartroplastia bipolar en el nostre centre durant l'any 2011.

Resultats

Els nostres resultats són els esperats segons la bibliografia. Hi ha cas de artroplàstia de resecció, recanvi de components en tres casos i un cas de èxitus. En els casos que sobreviuen, l'evolució es molt lenta i no retornen a l'activitat prèvia.

Conclusions

Per evitar aquest complicació és millor fer la via anterolateral. Caldria una valoració integral del pacient abans de la cirurgia per poder disminuir encara més aquesta complicació, ja que augmenten en el casos d'afectació neurològica.

O-19

ARTROPLÀSTIA TOTAL DE MALUC EN FRACTURES SUBCAPITALS DE FÈMUR

Via-Dufresne Pereña, O.; Siles Fuentes E.; Pisa Abadías J.; Conesa Muñoz X.; González Ustes X.; Ribau Díez M.; Novell Alsina J.

Hospital Municipal de Badalona

Introducció i objectius

Al nostre servei seguim un protocol amb els pacients que ingressen amb fractura subcapital de fèmur per decidir el tractament quirúrgic més adequat. Revisió retrospectiva d'artroplàsties totals de maluc (ATM) en fractures subcapitals de fèmur practicades al nostre Servei entre 2001 i 2008.

Material i mètode

Es revisen retrospectivament els casos intervinguts entre 2001 i 2008, valorant la distribució per sexe, edat, lateralitat, antecedents, tipus d'implant, estància hospitalària, demora ingress - cirurgia, seguiment, complicacions i resultats.

Resultats

Es practicaren 51 ATM en 49 pacients, 27 esquerres i 24 dretes, majoritàriament dones (90.2%), d'una edat mitjana de 70.63, amb poca patologia de base (la més freqüent la HTA). L'estància hospitalària mitjana fou de 16.4 dies amb una demora de 4.7 dies. El seguiment medi es de 72.3 mesos (amb 5 interrupcions del seguiment per mort). Com a complicacions relacionades amb la cirurgia recollim 2 afluixaments sèptics, 1 afluixament asèptic, 1 seroma, 1 episodi de luxació en una pacient i un pacient amb múltiples luxacions. Els resultats són considerats com excel·lents (deambulació autònoma) en 42, bons (amb bastó) en 4, regulars (difícil) en 3 i dolents (no deambulants) en 2.

Conclusions

Com a conclusió podem dir que els resultats a llarg termini d'aquests pacients ens encoratgen a seguir aplicant el nostre protocol d'actuació.

O-20

RESULTATS DEL TRACTAMENT DE LES FRACTURES PERTROCANTÈRIQUES INESTABLES. COMPARATIVA PFN-A I DHS

López Capdevila, M.; González Navarro A.; Norberto Bayona E.; Adamuz Medina V.; Vega Ocaña V.; Santamaría Fumas A.; Giros Torres J.

Hospital General de l'Hospitalet de Llobregat

Introducció i objectius

Comparar els resultats clínics, radiològics i funcionals de les fractures pertrocantèriques inestables (Müller-AO 31A2.2 i 31A2.3) tractades amb el clau de fèmur proximal antirotatori (PFN-A) respecte a les tractades amb placa amb cargol deslligant (DHS).

Material i mètode

Estudi de cohorts retrospectiu, 71 pacients (edat mitjana 83 anys, 78% dones) amb fractures pertrocantèriques. Grup I: 39 pacients tractats durant l'any 2010 amb DHS. Grup II: 32 pacients tractats durant el 2011 mitjançant PFN-A. Es van recollir dades pre-operatòries (retràs de l'intervenció), operatòries (temps quirúrgic, sagnat, temps d'escòpia i complicacions) i postoperatòries (estada mitjana, complicacions). Controls de seguiment a les 6 setmanes, 3, 6 i 12 mesos, valorant-se clínicament (escala de Merle d'Aubigné),

Resultats

El retard mig de la intervenció va ser 5,2 dies, similar en ambdós grups. L'estada mitja va ser el doble en el grup dels DHS (24 dies). Clínica i funcionalment, el grup del PFNA milloraven significativament (1,4 punts superior en l'escala de Merle d'Aubigné). El 93% dels PFNA van carregar immediatament, enfront el 66 % dels DHS. Funcionalment tots els grups empitjoraven en el postoperatori, Barthel previ de 78 punts i postoperatòriament 58 PFN-A i 47 en el DHS. Els resultats radiològics foren similars, essent el Tip-Apex-Distance mig de 20 mm. El 7% dels pacients intervinguts amb DHS van presentar un retard de consolidació, cap en el grup dels PFNA-s. El temps quirúrgic va ser similar, i el temps d'escòpia fou el doble en el grup del PFN-A. Els dos grups van tenir una pèrdua sanguínia similar. L'índex de complicacions en el grup de PFNA fou de 12 % i en el DHS fou de 10 %. La mortalitat a l'any va ser el doble en el grup de DHS.

Conclusions

El tractament de les fractures pertrocantèriques amb PFN-A ofereix un resultat funcional millor respecte l'osteosíntesi amb DHS, però l'índex de complicacions i de reintervencions es superior en el grup de PFN-A. El PFNA permet una càrrega precoç i una recuperació funcional superior al grup de DHS, sent l'implant d'elecció en les fractures pertrocantèriques inestables.

O-21

EPIDEMIOLOGIA I MORTALIDAD ATRIBUÏBLE A LES FRACTURES DE TERÇ PROXIMAL DE FÈMUR D'ORIGEN OSTEOPORÒTIC EN PERSONES MAJORS DE 60 ANYS. ESTUDI DE LA MORTALITAT A 1 I 2 ANYS POSTERiors A LA FRACTURA, ATESES EN UN HOSPITAL COMARCAL DE TARRAGONA (ESPAÑA)

Saltor Pons, M.; Schapiro X A.; Fahmi X F.; Vallverdú Pujol M.; Grau Pascual S.

Hospital Móra d'Ebre

Introducció i objectius

A Espanya es produeixen més de 60.000 fractures osteoporòtiques al any, que comporten una important mobilitat, mortalitat, e incapacitats, que deteriorenen greument la qualitat de vida, generant elevades despeses socio-sanitàries. L'incidència d'aquestes fractures va en augment de forma exponencial amb l'edat. En l'actualitat es calcula que una dona de 50 anys de raça blanca te aproximadament un 40% de probabilitats de patir una fractura durant la resta de la seva vida. En el cas de l'home aquest risc es redueix al 15%. Las fractures de fèmur de origen osteoporòtic, en persones de més de 60

anys de edat, també representen un greu problema sanitari, social i econòmic. La mortalitat que generen les fractures de maluc es situa, en los països occidentals, entre les deu causes més freqüents de mort, i van progressant en l'escalada cap als primers llocs. OBJECTIUS: es pretén estudiar la repercussió hospitalària de les fractures de terç proximal de fèmur osteoporòtiques, així com la mortalitat que generen en el primer i segon any posteriors a la fractura.

Material i mètode

S'han revisat les fractures de terç proximal de fèmur, produïdes per traumatismes de baixa energia en persones majors de 60 anys, ateses en l'Hospital Comarcal de Móra d'Ebre (Ribera d'Ebre, Tarragona) durant 10 anys, entre 1999 i 2008. S'analitzaran els següents paràmetres: edat, sexe, costat, tipus de fractura, mes del ingrés, tractament realitzat, estada hospitalària, i la mortalitat hospitalària i durant els dos següents anys. Es va comparar la mortalitat esperada en la població general amb la mortalitat trobada en las persones que presentaven la fractura de terç proximal de fèmur.

Resultats

Es van revisar 717 històries clíniques, analitzen els paràmetres abans citats, destacant el predomini del sexe femení, en proporció de 4:1, edat mitjana de 82,17 anys, sense predomini d'una època del any, la majoria van ser tractats quirúrgicament, i amb una mortalitat hospitalària del 3,3 %, estadísticament superior en homes. La mortalitat durant el primer any va arribar fins al 21 %, superior a la esperada para les edats afectades. Al segon any la mortalitat es va situar progressivament en los nivells esperats para la població de la mateixa edat i sexe.

Conclusions

Aquestes fractures de fèmur en persones majors tenen una especial gravetat per la seva freqüència, per els recursos sanitaris utilitzats, i per la important pèrdua de qualitat i de anys de vida per els afectats. La mortalitat atribuïble a la fractura osteoporòtica de fèmur es manté més elevada, sobretot durant el primer any posterior a la fractura.

O-22

FRACTURES DE BRANQUES PÈLViques DE BAIXA ENERGIA EN LA POBLACIÓ D'EDAT AVANÇADA: UNA LESIÓ DE PERILL VITAL?

*Haddad, S.; Selga Marsa J.; Barrera Ochoa S.; Minguell Monart J.; Castellet Feliu E.; Nardi Vilardaga J.; Càceres Palou E.
Hospital Universitari de la Vall d'Hebron. Barcelona*

Introducció i objectius

Les fractures de branques pèlviques són les més freqüents dins les fractures pèlviques de baixa energia dins la població d'edat avançada, però alhora són poc conegudes. Tradicionalment s'han considerat com a fractures estables i benignes, creuant poques vegades el filtre d'urgències. Això és així per tal de reduir costos sanitaris així com per evitar complicacions relacionades amb l'hospitalització d'aquest tipus de pacients. Recentment, l'augment de prevalència de pacients anticoagulats que han seguit una evolució catastròfica posa en dubte aquesta actitud. Presentem el cas d'una pacient que pateix un shock hemodinàmic 72h després d'una fractura de branques pèlviques de baixa energia a mode il·lustratiu.

Material i mètode

Dona de 85 anys anticoagulada amb acenocumarol, amb INR adequats, és derivada a les nostres urgències per empitjorament d'un dolor inguinal dret ja en repòs i per un descens en el nivell de consciència. Tres dies abans havia sofert una caiguda casual resultant en una fractura no desplaçada de branca pèlvica superior esquerra i es va tractar de manera ortopèdica en un altre centre. A urgències es registra taquicàrdia a 105bpm amb una Tensió arterial de 72/46mmHg, així com palidesa cutaneomucosa i equimosi a llavis majors. Sense masses abdominals a la palpació. L'anàlítica urgent va mostrar un hematòcrit del 15% amb un INR de 5,2. El TC abdominal posava en evidència un hematoma pèlvic dret de 12cm de diàmetre màxim amb signes de sagnat actiu (baix flux). Dada l'instabilitat hemodinàmica es va optar per una embolització urgent.

Resultats

L'angiografia pèlvica mostrava extravasació de contrast a nivell de les artèries pudendes secundàries d'afectació bilateral així com de les branques terminals del tronc posterior de l'artèria ilíaca interna dreta, que es van embolitzar amb Spongostan. Després de l'embolització i la transfusió sanguínia concomitant l'estat hemodinàmic es va establir definitivament. La pacient va estar ingressada a la unitat de cures intensives durant 72h i posteriorment a la planta d'hospitalització, d'on es va derivar a un centre sociosanitari. No va presentar complicacions tardies.

Conclusions

Les fractures de branques pèlviques s'han dividit tradicionalment en dos grups, en funció del mecanisme de lesió així com de les característiques de la població afectada. Les fractures d'alta energia estan generalment associades a població jove activa i generen l'estudi d'altres lesions associades a la mateix event, però les de baixa energia, sovint associades a gent gran, són considerades relativament benignes i no precisen conducta activa amb control estricte. Fins al moment la taxa de complicacions relacionada amb aquest darrer tipus de fractura era molt baixa, justificant l'alta precoç des d'urgències, per evitar costos econòmics i el dany que suposa l'hospitalització perllongada en un pacient d'edat avançada. Actualment però el nombre de població senil anticoagulada no és menyspreable i l'associació a casos de fractures de branca aïllades amb evolució tràgica va en augment. Revisant la literatura es descriuen al menys 5 casos d'instabilitat hemodinàmica subseqüent a hemorràgia intrapèlvica secundària a aquestes lesions. La majoria dels pacients van presentar una evolució fatal en les primeres 24h. Basat en el descrit, recomanem una exploració física exhaustiva amb controls analítics seriats en la població senil anticoagulada que presenta fractura de branques pèlviques, de cara a detectar signes precoços de descompensació hemodinàmica, permetent avançar l'ús d'eines radiològiques pel diagnòstic i si cal, el tractament. No saltres recomanem també l'ingrés en observació durant 72h en el cas de pacients amb clínica dubtosa.

O-23

COMPLICACIONS DE LES FRACTURES OBERTES DIAFISÀRIES DE TÍBIA AMB MÉS DE 5 ANYS D'EVOLUCIÓ

Rodrigo López, M.; Muñoz Vives J.; Froufe Siota M.; Vilabru Pagès N.; Marull Serra L.; Navarro Cano E.; Arribas Agüera D.
Hospital Dr Josep Trueta. Girona

Introducció i objectius

La fractura de tibia és la més freqüent dels ossos llargs i es pot presentar en pacients de qualsevol edat. Donada la seva cobertura mínima per parts toves és una localització habitual de fractura oberta en accidents d'alta energia. Les complicacions associades, com la infecció, la pseudoartrosi o la desviacions secundàries són freqüents i comporten una alta morbiditat. Els principis bàsics del tractament d'aquestes lesions es basen en l'antibioticoteràpia precoç, el desbridament exhaustiu i l'estabilització de la lesió esquelètica per facilitar la cobertura de parts toves.

Material i mètode

Hem analitzat 49 fractures diafisàries de tibia ateses al nostre centre entre els anys 2001 i 2004. S'han revisat 29 pacients als quals es va realitzar el control evolutiu(60%).

17 casos es van estabilitzar inicialment amb clau endomedullar, 5 amb fixador extern i 6 amb guix. En 1 dels casos es va realitzar l'amputació de la extremitat d'entrada. S'han registrat el número de complicacions presentades amb els diferents tipus de tractament amb un període de seguiment mig de 3, 38 mesos (2-117).

Resultats

El número de complicacions associat a aquest tipus de fractura al nostre centre va ser del 31%. En els casos tractats d'entrada amb clau endomedullar va ser del 35% i en els tractats amb fixador extern del 60%. Aquesta distribució es relaciona principalment amb el fet de que els fixadors externs es van utilitzar en les fractures més greus (100% Gustilo tipus III).

Conclusions

Els resultats obtinguts reforcen l'elecció del clau endomedullar com a mètode de fixació inicial en el tractament de les fractures obertes de tibia, limitant l'ús de fixadors externs als casos de fractures amb major complexitat.

O-24

TRACTAMENT DE LES FRACTURES DE TÍBIA DISTAL AMB PLAQUES ANATÒMIQUES BLOQUEJADES

Gómez Masdeu, M.; De Caso Rodríguez J.; Carrera Fernández I.; Álvarez Gómez C.; Almenara Fernández M.; Ibáñez Aparicio N.; Arriaga Lahuerta N.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Introducció i objectius

El tractament de les fractures de tibia distal s'associa a una alta taxa de complicacions i el tractament quirúrgic més adequat continua essent controvertit. L'osteosíntesi amb plaques anatòmiques està essent cada vegada més utilitzat independentment del traç intraarticular o no.

Material i mètode

Hem avaluat retrospectivament les fractures de tibia distal tractades amb el sistema de plaques anatòmiques bloquejades en el nostre centres (ALPS® DePuy, Johnson & Johnson) des de Juny del 2009 a Setembre del 2011. Es tracta de 18 pacients, 44% eren homes i una mitjana d'edat de 53 anys. Segons la classificació AO, 7 eren 43 A1, 1 43 A3, 3 43 B1, 4 43 C2 i 3 43 C3; 4 d'elles eren fractures obertes (Gustilo I). 8 presentaven traç extraarticular i 10 intraarticular. 4 casos van tractar-se inicialment amb fixador i, posteriorment, es va realitzar l'osteosíntesi amb la placa anatòmica bloquejada. El temps mig d'espera quirúrgica va ser de 11.3 dies i el de seguiment de 19 mesos (3-33).

Resultats

Totes les fractures van consolidar sense defectes d'alineació ni discrepància de longitud en un temps mig de 140 dies (75-270). El temps mig de descàrrega va ser de 57 dies (30-75). Les complicacions més freqüents van ser la limitació de la flexoextensió del turmell en 11/18 casos i molèsties per l'implant en 3 casos. Van tenir lloc 3 infeccions superficials i 1 profundes. Dos pacients van presentar retràs en la consolidació, un d'ells va requerir magnetoteràpia. Un dels pacients està pendent de realitzar una artròdesi tibioastragalina per artrosi post-traumàtica secundària a incongruència articular.

Conclusions

Les fractures de tibia distal són fractures tècnicament exigents deguda l'alta associació a comminació i traç intraarticular. Les plaques anatòmiques bloquejades són un bon mètode de fixació d'aquestes fractures, amb o sense extensió intraarticular, ja que presenten una taxa de complicacions acceptable i bons resultats funcionals i radiològics.

0-25

COM S'ORGANITZA L'ATENCIÓ AL PACIENT TRAUMÀTIC ALS SERVEIS D'URGÈNCIES? EL MAPA CATALÀ

Solernou Soler, X.; Martínez Grau P.; Gené Tous E.; Torner Pifarré P.

Hospital Universitari Parc Taulí de Sabadell

Introducció i objectius

Cada centre hospitalari de Catalunya posseeix una estructura pròpia amb una organització dels professionals i serveis específica. Això provoca una gran variabilitat entre els diferents hospitals. L'objectiu del nostre estudi és conèixer l'organització en l'atenció del pacient traumàtic als Serveis d'Urgències dels diferents hospitals de Catalunya.

Material i mètode

Hem realitzat un estudi descriptiu mitjançant una enquesta informàtica que hem enviat a 54 hospitals de Catalunya. L'enquesta consta de 20 preguntes que ens donen informació sobre dades demogràfiques, dades del servei de cirurgia ortopèdica i traumatologia (COT) i dades organitzatives de les urgències de traumatologia als diferents centres.

Resultats

Ens han retornat l'enquesta 20 hospitals, el que suposa només un 37% de resposta, però considerem els resultats significatius, ja que la població de referència d'aquests hospitals és més del 50% de la població total de Catalunya. Dels 20 centres, 9 tenen més de 200.000 habitants de referència i tots ells tenen metges en formació i són serveis grans amb més de 10

adjunts especialistes en COT. Els altres 11 tenen serveis de COT més petits. Aquestes diferències provoquen una gran variabilitat en l'organització dels diferents serveis d'urgències. Volem destacar que en el 58% dels centres es realitzen més de 50 visites diàries a les urgències de traumatologia. També trobem remarcable que en més de la meitat dels hospitals hi ha metges d'urgències no especialistes en COT amb un paper molt important dins les guàrdies de traumatologia.

Conclusions

Les urgències de traumatologia són una part important de les urgències dels hospitals degut a la gran quantitat de visites diàries realitzades. Tot i que hem apreciat una gran variabilitat en els resultats, destaca l'important paper dels metges d'urgències no especialistes en COT. Esperem rebre les enquestes de la resta d'hospitals per poder completar l'estudi.

TUMORS

Dijous 17

Sala d'actes: Sala 3 - 15:00-17:00 h.

Orals: O26-O33

*Moderadors: Isidre Gràcia
Manuel Pérez*

O-26

ELS CONDROBLASTOMES AL NOSTRE CENTRE

*Almenara Fernández, M.; Peiró Ibáñez A.; Trullols Tarragó L.;
Ibáñez Aparicio N.; Ovidiu Moldovan R.; Gracia Alegria I.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona*

Introducció i objectius

El condroblastoma és una lesió benigna òssia infreqüent, de la qual s'han publicat poques sèries. Representa l'1-2% dels tumors ossis primaris; té un pic d'incidència a la segona dècada de vida, essent més prevalent al gènere masculí (2/1). Les localitzacions més involucrades són fèmur distal, húmer proximal i tibia proximal. El comportament és benigne a la majoria dels casos, i el tractament d'elecció és el curetatge lesional i farciment de la cavitat amb empelt ossi, encara que existeixen casos amb característiques anatomopatològiques agressives, on caldrà que el tractament quirúrgic sigui més ampli. La taxa de recurrència varia del 10-35%, i la de disseminació metastàsica, del 0.8-6%. L'objectiu d'aquest estudi és revisar els casos de condroblastoma tractats al nostre centre, identificant les característiques d'aquests tumors, efectivitat del tractament utilitzat i resultats postoperatoris.

Material i mètode

Estudi retrospectiu de 25 pacients histològicament diagnosticats de condroblastoma, tractats al nostre centre entre 1991-2011, determinant edat, sexe, localització, clínica inicial, tractament, troballes histològiques, evolució i complicacions postoperatories.

Resultats

Els 25 pacients tenen una edat mitjana de 17.68a (12-35), predominància de gènere masculí (60%) i seguiment mig de 101.6 mesos (4-245). El símptoma inicial va ser dolor (96%). Les localitzacions més afectades van ser fèmur distal i húmer proximal (32%, cadascuna), essent la mida tumoral mitja 3.67 cm (1.3-9.5 cm). 3 casos van presentar un QOA associat. El tractament més utilitzat (80%) va ser el curetatge intralesional agressiu amb aport d'empelt ossi. La complicació més freqüent va ser la rigidesa articular (20%). La taxa de recidiva va ser del 16%, i cap cas va disseminar a distància o malignitzar.

Conclusions

Els condroblastomes són tumors benignes, però poden ser localment agressius i disseminar. Tot i tenir una gran sospita clínica i/o radiològica de la lesió, és necessari realitzar una biòpsia trefina del tumor per poder descartar atípides cel·lulars, i així realitzar tractaments menys agressius (però igualment efectius). El tractament amb curetatge intralesional agressiu amb aport d'homoempelt ossi proporciona bons resultats a llarg termini; segons els nostres resultats, la localització pèlvica i femoral proximal augmenta el risc de recidiva, coincidint amb la literatura publicada.

O-27

ELASTOFIBROMA DORSI: 7 ANYS DE SEGUIMENT DE 37 CASOS I REVISIÓ DE LA LITERATURA

*Álvarez Gómez, C.; Abat González F.; Peiro Ibáñez A.; Trullols Tarrago L.; Gómez Masdeu M.; Almenara Fernández M.; Gracia Alegria I.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona*

Introducció i objectius

L'elastofibroma dorsi (EFD) és una tumoració benigna infreqüent de parts toves, de creixement lent i de localització escapular. Revisió de la casuística al nostre centre en 17 anys.

Material i mètode

Revisió retrospectiva de 37 casos d'EFD diagnosticats i tractats al nostre centre entre 1993 i 2009, amb un seguiment mig de 7 anys. La presentació clínica, els resultats anatomopatològics, els estudis per imatge i el tractament realitzat han estat revisats. En 10 dels casos, la presentació fou bilateral. La ratio home/dona va ser [4:23], amb una edat mitjana de 57 anys (42-78). La durada mitjana de la simptomatologia abans del diagnòstic fou de 14 mesos (3-28). En tots els casos es va realitzar estudi amb RM i confirmació diagnòstica per anatomia patològica de les peces quirúrgiques. 7 casos van ser tractats conservadorament. Els pacients van ser estudiats per un cirurgià ortopèdic oncològic de la nostra unitat i un radiòleg experimentat en patologia oncològica musculoesquelètica. Els resultats clínics han estat avaluats mitjançant l'escala visual analògica (EVA) per al dolor, i la comparació del rang angular de mobilitat durant el procés clínic.

Resultats

No s'ha trobat cap cas d'antecedents familiars d'EFD. El 18% dels pacients realitzava treballs o activitats que implicaven sol·licitacions mecàniques de l'extremitat afectada. El 40% dels pacients van requerir transfusions postoperatories per xifres analítiques d'hemoglobina <8g/dL. L'EVA va millorar des d'uns valors preoperatoris mitjans de 6, a una mitjana en el seguiment postoperatori de 2. El rang de mobilitat de l'extremitat inter-

vinguda va millorar de mitjana en 40 graus de flexió anterior d'espatlla. No s'ha trobat cap cas de recidiva de la malaltia. Les complicacions sorgides inclouen un cas d'infecció de la ferida quirúrgica, un cas de cicatriu hiperàlgica, vuit casos d'hematomes i tres casos de seromes postquirúrgics. Aquests 3 darrers van requerir d'una segona cirurgia de desbridament, i van ser solucionats sense més incidències. Després d'un període mitjà de 85 mesos, tots els pacients es troben lliures de malaltia.

Conclusions

S'han obtingut bons resultats amb un ampli seguiment. Basant-nos en aquests resultats i en una revisió bibliogràfica de l'estat actual d'aquesta patologia, suggerim un algoritme per al seu diagnòstic i tractament.

O-28

ÉS FACTIBLE LA CIRURGIA DE SALVAMENT DE L'EXTREMITAT EN SARCOMES DE PARTS TOVES D'ALT GRAU A LA REGIÓ POPLITIA?

Álvarez Gómez, C.; Trullols Tarrago L.; Peiro Ibáñez A.; Natera Cisneros L.; Colomina Morales J.; Carrera Fernández I.; Gracia Alegria I.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Introducció i objectius

Els sarcomes localitzats a la sofraja poplitària (SSP) representen menys del 5% del total de sarcomes de parts toves d'extremitats. Donada la proximitat anatòmica a estructures neurovasculars i la dificultat per aconseguir marges amplis, Enneking recomanava l'amputació primària com a tractament dels SSP. Tanmateix, els avenços en tècniques diagnòstiques, quimioteràpia (QT) i radioteràpia (RT), permeten realitzar en l'actualitat procediments de salvament d'extremitats en la majoria dels casos.

Material i mètode

Estudi retrospectiu dels pacients amb diagnòstic de SSP tractats al nostre centre entre 2002 i 2010. S'ha revisat el diagnòstic, tipus de cirurgia primària, tractaments adjuvants, índex de recidiva local, percentatge de disseminació a distància i taxa de supervivència. S'han tractat 12 pacients, amb una mitjana d'edat de 46,5 anys (13-85), i un seguiment mig de 5 anys (1-9). En 8/12 casos es tractava de sarcomes d'alt grau (50% sarcoma sinovial), amb un diàmetre major mitjà de la tumoració de 7,5 cm (2-14). En tots els casos es van realitzar cirurgies de salvament, ja fou cirurgia primària al nostre centre (8/12) o de revisió de marges (a 4 pacients derivats des d'altres centres se'ls hi havia realitzat exèresi no planificada de la tumoració amb marges positius). Planificació preoperatòria multidisciplinària en tots els casos. Es va realitzar RT preoperatòria en 3 casos, RT postoperatòria en 10 casos, i QT en 7 casos.

Resultats

Troballes quirúrgiques: Tumor adjacent a vasos poplitària en 3 casos, 1 by-pass femoropoplitària planificat. Recidiva local: 4/12 casos (1 dels casos va precisar d'amputació secundària, la resta exèresi de la recidiva). Disseminació pulmonar i èxitus en 2/12 pacients. Complicacions postoperatòries: 2 casos d'infecció de ferida, 1 d'ells amb deshiscència. Taxa de supervivència global als 5 anys del 66%. Supervivència lliure de malaltia als 5 anys del 55,5%.

Conclusions

L'abordatge terapèutic dels SSP suposa un repte donada la proximitat anatòmica d'estructures neurovasculars i el difícil control de la malaltia. La planificació preoperatòria dels marges de resecció, tenint en compte les estructures anatòmiques afectes i la necessitat de resecció i substitució de vasos i pell, complimentada amb les teràpies adjuvants, permeten realitzar cirurgia de salvament de l'extremitat obtenint un bon control local i sistèmic de la malaltia, amb un pronòstic similar als pacients amputats.

O-29

SCHWANNOMES D'ALT GRAU DEL TEIXIT NERVIÓS PERIFÈRIC

Moldovan Moldovan, R.; Almenara Fernández M.; Trullols Tarrago L.; Peiro Ibáñez A.; Gómez Masdeu M.; Gracia Alegria I.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Introducció i objectius

Els tumors malignes del teixit nerviós perifèric (TMTNP) es formen a partir de la capa de cèl·lules Schwann dels nervis perifèrics. Són sarcomes d'alt grau i representen fins el 10% de tots els sarcomes de teixits tous. Tot i que més freqüentment els trobem en pacients amb Neurofibromatosis Von Recklinghausen, també poden aparèixer sense aquesta malaltia. Són tumors molt agressius, amb un tractament difícil, degut a la gran capacitat de disseminació que tenen. L'objectiu de l'estudi és realitzar una revisió dels TMTNP del nostre centre i el resultat del tractament multidisciplinari d'aquests malalts.

Material i mètode

Entre 1995 i 2009 es van atendre 15 casos de TMTNP aïllats (no relacionats amb Von Recklinghausen). L'edat mitjana va ser de 52 anys. No va trobar-se cap diferència de gènere. Les localitzacions tumorals van ser: 3 fossa poplitària, 5 cuixa (1 Sartori, 1 Psoas I 3 Quàdriceps), 3 gluti, 2 sacre, 1 avantbraç i 1 àrea paravertebral. Tots els pacients van rebre quimioteràpia neoadjuvant i adjuvant. 6 van rebre radioteràpia externa preoperatòria (els casos amb tumors pèlvics i poplitària). En tots els casos van trobar-se marges lliures de malaltia amb una resec-

ció mínima de 3 cm de nervi. Tots els casos van rebre quimioteràpia postoperatoria. El seguiment màxim va ser de 10.5 anys.

Resultats

Dos pacients van presentar recurrència superficial en un temps promig de 18 mesos, i van ser reintervinguts. No va ser necessària cap amputació a la nostra sèrie. 2 pacients van desenvolupar complicacions locals relacionades amb la radioteràpia. Els mesos postoperatoris, tots els casos van presentar alteracions moderades de sensibilitat al territori del nervi afectat. 3 pacients (20%) va ser èxitus per disseminació metastàsica. La taxa de supervivència als 5 anys, és del 80% (12/15).

Conclusions

Els TMTNP són sarcomes d'alt grau de teixits tous perifèrics. Tot i que es realitza un tractament multidisciplinar, la cirurgia és la teràpia principal d'aquesta malaltia. La quimioteràpia i radioteràpia milloren el pronòstic de la malaltia. No es va trobar cap relació entre la cirurgia conservadora d'extremitat i el pronòstic. El potencial de disseminació és important, pel que hem de realitzar un seguiment adient dels pacients.

O-30

REVISIÓ DE LES COMPLICACIONS POSTOPERATÒRIES DELS TUMORS PRIMARIS DE SACRE

Ezagui Bentolila, J.; Font Vila F.; Portabella Blavia F.; González Cañas L.; Fraga Lavía K.

Hospital Universitario de Bellvitge

Introducció i objectius

El propòsit d'aquest treball és revisar les complicacions postoperatòries trobades durant el tractament quirúrgic de 16 tumors sacres primaris i 1 tumor ilíac amb afectació de l'articulació sacroilíaca, intervenguts al nostre centre durant els darrers 8 anys (10 cordomes, 1 osteosarcoma, 1 condrosarcoma, 1 schwannoma melanocític, 1 tumor de cèl·lules gegants, 1 hemangiopericitoma, 1 osteoma-osteoides).

Material i mètode

Revisió retrospectiva de les complicacions postoperatòries de 16 pacients (10 homes, 6 dones) diagnosticats de tumor sacre primari al període 2000-2011, amb un seguiment promig de 5 anys (9 mesos-8 anys). L'edat mitjana al moment del diagnòstic és de 49,5 anys. A l'estudi preoperatori s'ha analitzat: la clínica de presentació de la malaltia, la funció neurològica i el diagnòstic anatomopatològic, dut a terme a 15 dels casos amb punció-biòpsia guiada per TAC mitjançant Tru-cut. La tècnica quirúrgica va consistir en la resecció del tumor. Aquesta es va poder realitzar en bloc en 9 ocasions, en 6 es va practicar ci-

urgia intralesional i l'osteoma osteoide fou tractat amb radiofreqüència. En relació a l'abordatge en 13 casos es va practicar abordatge posterior i en 2 casos doble via. El nivell neurològic sacrificat durant la cirurgia va variar en funció de la localització del tumor.

Resultats

Es registraren complicacions a 11 dels 16 pacients. A 3 casos van ocórrer complicacions vasculars intraoperatories, una lesió de l'arteria ilíaca dreta, i dos lesions de l'artèria glútia. Un pacient va presentar una eventració posterior i a 8 casos es presentaren infeccions postoperatòries que van requerir desbridament. El 40% dels pacients presentaren de forma permanent incontinència d'esfínters. Quatre casos varen presentar recidiva: 2 cordomes, un schwannoma melanocític, i un hemangiopericitoma, aquest últim reintervingut amb evolució tòrpida ja que va desenvolupar metàstasi pulmonars, essent èxitus a l'any de la reintervenció. En quant als cordomes, 1 cas fou reintervingut sense signes de recidiva fins el moment actual, i l'altre fou tractat només amb radioteràpia presentant un deteriorament progressiu, essent èxitus 8 mesos després. A cap de les recidives s'havia practicat resecció en bloc.

Conclusions

1. El tractament dels tumors sacres presenta una elevada incidència de complicacions intra i postoperatòries, principalment sèptics, neurològiques i vasculars.
2. El tractament que millor garanteix els resultats a llarg plaç és l'extirpació en bloc.
3. El tractament de tumors sacres donada la seva complexitat requereix una atenció multidisciplinària.

O-31

TUMORS DE CÈL·LULES GEGANTS DEL TERÇ DISTAL DEL RADI

Monsonet Villa, P.; Portabella Blavia F.; Pablos González O.; López Marne S.; Casañas Sintés J.; Pereferrer Sánchez C.; Romero Pijoan E.

Hospital Universitari de Bellvitge

Introducció i objectius

El tumor de cèl·lules gegants és un tumor benigne agressiu de localització epifisària que es localitza fonamentalment a nivell del genoll, espatlla i terç distal del radi. La localització en l'extremitat distal del radi mostra una gran agressivitat, recidives freqüents i malignitzacions en algunes ocasions. El tractament en aquest nivell és complex, ja que en moltes ocasions està afectada l'articulació radio carpiana. S'han proposat diversos tractaments com els habituals per les altres localitzacions, com poden ser el legrat seguit d'empelts ossis o ciment

acrílic, o actituds més agressives com les reseccions en bloc i la col·locació de pròtesi o la realització d'artroplasties amb homoempelt, artròdesis amb homoempelt i osteosíntesi amb peroné vascularitzat.

Material i mètode

Presentem 8 casos de tumors de cèl·lules gegants localitzats en el terç distal del radi tractats amb legrat i farciment amb ciment acrílic i les complicacions derivades que han obligat a realitzar artròdesi en dos dels casos.

Resultats

Es realitza com a primer acte quirúrgic legrat de la cavitat tumoral i ompliment d'aquesta amb ciment acrílic. La presència de complicacions obliga a realitzar l'artròdesi en dos dels casos presentats.

Conclusions

Es discuteix la necessitat o no d'efectuar un tractament agressiu com a primer acte quirúrgic o bé una actitud més conservadora, reservant la resecció tumoral pel moment en què es produeixin les complicacions.

O-32

RECANVIS PROTÈSICS TUMORALS: DIFICULTATS I COMPLICACIONS

Monsonet Villa, P.; Portabella Blavia F.; Cabo Cabo F.; Pablos González Ó.; Moranas Barrero J.; Pedrero Eluso S.; Rius Moreno X.

Hospital Universitari de Bellvitge

Introducció i objectius

Un dels objectius del tractament dels tumors ossis malignes és el salvament de l'extremitat. Això ha estat possible gràcies a les teràpies adjuvants i al disseny de pròtesis tumorals que es poden utilitzar de forma aïllada o combinades amb homoempelts estructurals. Cadascun d'aquests procediments té els seus avantatges i inconvenients i poden presentar complicacions tant de forma aguda com crònica. La supervivència dels pacients afectes de patologia tumoral òssia maligna es situa entre un 60-80% als cinc anys. Molts dels pacients que sobreviuen, que generalment són joves i molt actius, presenten complicacions com afluixaments protèsics, ruptures d'implants, etc.

Material i mètode

El motiu de la nostra comunicació és presentar set casos de recanvis de pròtesis tumorals (1 de maluc, 5 de genoll i una de maluc-fèmur-genoll)

Resultats

Entre les diferents etiologies dels pacients revisats trobem pseudoartrosi de la unió homoempelt-os pacient, afluixaments mecànics, afluixaments sèptics i ruptures de l'implant. Entre les opcions terapèutiques utilitzades destaquem les pròtesis tumorals que es poden utilitzar de forma aïllada o combinades amb homoempelts estructurals.

Conclusions

S'exposen les dificultats que impliquen els recanvis d'aquestes pròtesis de tiges llargues, que en els casos sèptics és necessari efectuar en dos temps, i les complicacions immediates o tardanes que s'han produït.

MISCEL·LÀNIA

Dijous 17

Sala d'actes: Sala 3 - 15:00-17:00 h.

Orals: O33-O35

Moderadors: Benjamí Pallarés

Miquel Àngel Froufe

O-33

OPEREM RADIOGRAFIES O PERSONES?

Bonjorn Martí, M.; Rosinés Cubells M.; Serra Fernández R.; Barceló Granero I.; Vidal Rodes A.; Cortés Cubero X.; Camí Biayna J. Althaia. Xarxa Assistència de Manresa

Introducció i objectius

En la nostra societat s'objectiva un increment de l'esperança de vida i conseqüentment del nombre de persones d'edat avançada. En la nostra pràctica clínica, tractem gran varietat de fractures. Un mateix patró de fractura es pot presentar en pacients d'edats similars però amb requeriments i qualitat de vida ben diferents. L'objectiu del treball es presentar la importància de l'estat funcional i de les condicions basals dels pacients en la proposta de tractaments i no cenyir-nos només amb dels resultats radiològics que ens trobem.

Material i mètode

Dues dones de 78 i 84 anys que presenten a terç proximal de fèmur un fracàs del tractament d'osteosíntesis. La primera pacient, amb pocs requeriments funcionals, va presentar una fractura periprotèsica proximal de fèmur Vancouver B1. Es va realitzar osteosíntesis de fractura. La segona, independent, va patir un fracàs del tractament endomedullar a conseqüència d'evolució a pseudartrosis de la fractura. Es va procedir a cruentació del focus de pseudartrosis i osteosíntesis de la fractura.

Resultats

La primera pacient es troba lliure de dolor, mínima deambulació amb ajuda i independent per les seves feines. Radiològicament malgrat la consolidació de la fractura, presenta un aflujament de la síntesis i un descens de l'implant protèsic. La segona, va evolucionar a un aflujament de l'osteosíntesis i impotència funcional. Es decideix per la independència de la pacient, pel remanent ossi i la situació actual de la fractura, la col·locació d'una pròtesis tumoral. La pacient està clínica i radiològicament correcta.

Conclusions

Amb aquesta comparativa volem transmetre que malgrat la radiologia i el protocols d'actuació, darrere ens queden els pacients amb una determinada qualitat de vida i independència. Després de diagnosticar, ens queda individualitzar el tractament per cada pacient segons les condicions de base dels pacients.

O-34

RELACIONS RADIOLÒGIQUES DURANT L'ALLARGAMENT DELS HÚMERS EN ACONDROPLÀSICS

Isart Torruella, A.; Monegal Avila A.; Tapiolas Badiella J.; Ginebreda Martí I.

Institut Universitari Dexeus. Barcelona

Introducció i objectius

Els pacients amb acondroplàsia presenten les extremitats superiors més curtes a expenses dels húmer, l'allargament els hi proporciona una millor proporcionalitat esquelètica global i els hi millora de forma notable l'accés a la seva regió perineal per efectuar la seva pròpia higiene personal. L'objectiu de l'estudi es observar si segons diferents paràmetres radiològics millorem la proporcionalitat i obtenim menys complicacions durant i després de l'allargament.

Material i mètode

Estudi retrospectiu de 34 pacients amb talla baixa per acondroplàsia, als que se'ls realitza l'allargament dels húmer bilateral, 19 homes i 15 dones. Amb una mitjana d'edat de 16 anys. Se'ls hi va realitzar l'allargament durant el període de 1989 al 2010. Se'ls hi feren radiografies pre i postoperatòries d'ambdós húmer, del raquis complet en projecció anteroposterior i de perfil. Se'ls hi van fer medicions radiogràfiques postoperatòries.

Resultats

En els 68 húmer estudiats es va observar un allargament mig de 9,4 cm en el dret i 8,5 cm en l'esquerra, amb una mitja de 229,8 dies de fixador extern. Hem detectat una complicació major i 9 menors. La relació mitja entre la longitud dels húmer i la columna és de 0,38. L'espai subacromial augmenta de 1,3 a 1,5 cm. La distància entre el segon pin proximal i l'osteotomia és d'1,5 cm. La callositat d'allargament sol ser normotròfica cap a hipertròfica i amb un índex de fixació externa de 24.

Conclusions

Podem afirmar que quant més proximal està l'osteotomia de l'húmer més call ossi es forma, per tant, menys complicacions en quant a fractures postoperatòries. L'elongació disminueix la relació húmer-columna apropant-se més a la normalitat i aconseguint una millor proporció en relació al tronc. En quant a l'augment del espai subacromial no hem trobat una relació estadísticament significativa.

0-35

FIXACIÓ ESCÀPULO-TORÀCICA PER DISTRÒFIA FASCIO-ESCÀPULO-HUMERAL (FEH). DESCRIPCIÓ D'UNA NOVA TÈCNICA UTILITZANT CERCLATGES DE TITANI I EMPELT OSSI CORTICOESPONJÓS

Moldovan, R.; Soria Villegas L.; Almenara Fernández M.; Alejaldre Montfort A.; González Lucena G.

Hospital de Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Introducció i objectius

Des de que va ser descrita per primera vegada, fa més de 100 anys, la distròfia FEH ha tingut una llarga sèrie de tractaments amb resultats variables. L'objectiu de l'estudi és presentar una nova tècnica quirúrgica de fixació escàpol-toràcica.

Material i mètode

El que distingeix la nostra tècnica de les prèvies és la utilització de cerclatges de titani i empelt ossi homòleg corticoesponjós. Una vegada s'obté una correcta posició de les espatlles (espina escapular dirigida cap a la quarta vèrtebra dorsal i una distància entre el marge medial escapular i processos espinosos de 5-8 cm), s'ha d'interposar un fragment ossi corticoesponjós tibial d'aproximadament 0.5x4x10 cm entre l'escàpula i caixa toràcica. És necessari realitzar una excisió parcial del múscul subescapular. Els cerclatges han de voltejar la superfície ventral de les costelles i passar a través dels forats de 2.8mm brocades a l'escàpula i a l'empelt ossi. Al tensionar els cerclatges, l'escàpula es fixa a la caixa toràcica i es moldeja l'empelt intercalat. Als espais lliures, s'introdueix ós morselitzat. Aquesta intervenció va utilitzar-se en 5 pacients (2 bilaterals), 3 dones i 2 homes, amb una edat mitjana de 27 anys. Tots els pacients eren afectes de distròfia FEH, confirmades clínicament i genèticament. El DASH score va utilitzar-se per valorar la funció de l'espatlla pre i postoperatòriament. La VAS va utilitzar-se per la valoració del dolor. Durant el postoperatori, va realitzar-se immobilització de l'extremitat amb una ortesi en abducció de 80° i rotació externa de 20° durant 6 setmanes.

Resultats

Els pacients van referir una milloria mitja de 76.6 en la qualitat global de la vida, amb una major milloria en l'àrea de la mobilitat. La VAS del dolor va millorar desde 6/10 (0-9) fins 1.7 (0-4). El DASH postoperatori mig ha sigut de 30.6 (9.1-41). L'abducció de l'espatlla va augmentar de 76.6 graus (70-80) a 141.66 (120-170). No va trobar-se cap fracàs de la fixació durant el seguiment de 3.6 anys (1-7). Les complicacions d'aquest procediment van ser 3 pneumotòrax (2 amb resolució espontània i 1 quirúrgicament) i una infecció de ferida superficial amb hemotòrax associat, que va requerir desbridament i col·locació de drenatge pleural. Un dels pacients va mantenir el mateix nivell de dolor (4/10) tot i amb el tractament quirúrgic.

Conclusions

Hem tingut bons resultats amb la nostra tècnica. Tots els pacients recomanarien la cirurgia i s'intervindrien novament. Hem observat que tensar els cerclatges des de distal fins a proximal evita la protrusió de l'angle inferior de l'escàpula. En addició, un fil de PDS a través de l'angle inferior ajuda molt a manipular l'escàpula durant la cirurgia. Com a qualsevol altre procediment, hi ha una corba d'aprenentatge, que va reflexar-se en les complicacions associades a les primeres cirurgies (pneumotòrax).

GENOLL I

Divendres 18

Sala d'actes: Sala 1 - 09:00-11:00 h.

Orals: O36-O41

*Moderadors: José Antonio Hernández Hermoso
Santiago Suso*

O-36

DOTZE ANYS D'EXPERIÈNCIA EN PRÒTESI UNICOMPARTIMENTAL DE GENOLL FEMORO-TIBIAL

Robert Calvet, I.; Cots Pons M.; Puértolas Gutiérrez C.; Escolà Benet A.; Esteban Navarro P.

Hospital General de Catalunya

Introducció i objectius

Les artroplasties unicompartmentals de genoll són una opció per aquells pacients que tan sols tenen afectació d'un dels compartiments del genoll. En aquest cas es tracta de pacients amb afectació limitada a una de les dues articulacions femoro-tibials. L'artroplàstia unicompartmental permet recuperar l'alçada perduda del compartiment en què s'ha produït el desgast. Això es pot aconseguir realitzant una mínima resectió d'os del pacient. L'objectiu del treball es explicar la nostra experiència utilitzant aquesta tècnica i intentar esbrinar si permet tenir un bon remanent ossi en el moment que cal realitzar una revisió.

Material i mètode

Es tracta d'un estudi retrospectiu que inclou als pacients registrats en la nostra base de dades que han estat intervinguts d'una artroplàstia unicompartmental femoro-tibial en el període Març 1999-Març 2010. A tots els pacients se'ls va implantar el mateix model de pròtesi (UNIALPINA RECOBERTA D'HIDROXIAPATITA).

Resultats

S'han realitzat un total de 64 intervencions primàries en un total de 56 pacients (8 casos bilaterals) en un període d'11 anys. La distribució per sexes ha estat un 37% d'homes enfront d'un 63% de dones. El seguiment mitjà dels pacients després de l'artroplàstia ha estat de 4 anys amb un màxim d'11 i un mínim d'1. S'han realitzat un total de 7 recanvis. El temps mitjà fins a la necessitat de recanvi ha estat de 8 anys (rang 6-11). Dels casos que van precisar revisió només un dels casos va requerir totalització de la pròtesi, mentre que en la resta dels casos es va poder procedir al recanvi simple dels components. El grau de satisfacció dels pacients va ser bo en 49 pa-

cient, regular en 5 pacients (3 casos per dolor femoropatelar, 2 milloria parcial dels símptomes) i dolent en 2 pacients (no milloria dels símptomes previs).

Conclusions

L'artroplàstia unicompartmental representa una opció amb resultats similars a l'artroplàstia total de genoll, en aquells casos en què es trobi indicada. Presenta una taxa de supervivència similar i permet un fàcil rescat atès que manté unes bones reserves òssies. En tractar-se d'un estudi retrospectiu els resultats del mateix es troben limitats.

O-37

PRÒTESIS UNICOMPARTIMENTAL DE GENOLL COMBINADA AMB RECONSTRUCCIÓ DEL LLIGAMENT ENCREUAT ANTERIOR. LA NOSTRA EXPERIÈNCIA

Lobato Trenado, S.; Payan Martín L.; Suau Mateu S.; Canales Naharro C.; Martínez Hornillos, F.; Aragón Martínez J.

Fundació Hospital l'Esperit Sant

Introducció

La cirurgia unicompartmental de genoll no és una cirurgia habitual a la majoria dels nostres hospitals. Està indicada en pacients amb estabilitat articular correcta i afectació degenerativa d'un compartiment del genoll. Presenta l'avantatge de conservació d'stock ossi i conservació de la propiocepció articular del genoll. Un dels requisits per a que el pacient pugui ser tributari per aquest tipus de cirurgia és la conservació del lligament encreuat anterior (LCA). Quan aquesta característica no es dona, però considerem que la artroplàstia unicompartmental és la indicació més adequada ens podem plantejar associar-la a una reparació del LCA.

Material i mètode

En el nostre hospital l'artroplàstia unicompartmental de genoll es una cirurgia habitual, però associant les 2 tècniques, en els últims 18 anys, hem recollit únicament 15 casos, dels quals la majoria corresponien a homes amb seqüeles de menisctomia interna prèvia i lesió de LCA crònica. L'últim cas recollit, sense que coneixem casos a la literatura publicada, es tracta d'un pacient jove amb seqüeles d'una fractura de planell tibial externa que associava lesió del LCA. Presentem la tècnica quirúrgica habitual utilitzada i els resultats obtinguts.

Resultats

Les artroplasties unicompartmentals de genoll amb reconstrucció del LCA presenten resultats funcionals i de supervivència similars a les pròtesis unicompartmentals de genoll aïllades.

Conclusions

Segons la nostra experiència la pròtesis unicompartmental de genoll juntament amb la reconstrucció del LCA és una tècnica quirúrgica vàlida per aquest tipus de pacients.

0-38

FUNCIONALITAT I QUALITAT DE VIDA EN PACIENTS MAJORS DE 80 ANYS AMB ATG PRIMÀRIES

Guiro Castellnou, P.; Leal Blanquet J.; Pelfort López X.; Valverde Vilamala D.; Hinarejos Gómez P.; Montserrat Ramon F.; Puig Verdú L.

Parc de Salut Mar. Barcelona

Introducció i objectius

L'augment de la qualitat i les expectatives de vida dels pacients majors de 80 anys ha provocat un augment de la demanda d'implantació d'artroplasties totals de genoll (ATG). L'objectiu és determinar la funció i la qualitat de vida d'aquests pacients comparant-los amb els menors de 80 anys.

Material i mètode

S'han estudiat 391 pacients intervinguts d'ATG al mateix any. Hem avaluat la qualitat de vida, la funció del genoll preoperatòriament i a l'any, utilitzant els tests SF-36, KSS, WOMAC, EVA i Pfeiffer. També es va tenir en compte l'eix femorotibial i el balanç articular. La significació estadística es va determinar en $p < 0.05$, i es van utilitzar els test Mann Whitney i Xi quadrat per l'anàlisi. Es van obtenir 63 pacients = 80 anys i 328 pacients < 80 anys, sent els grups comparables en totes les variables preoperatòries ($p > 0.05$).

Resultats

Els pacients = 80 anys i els menors van millorar la puntuació en els tests de funcionalitat i dolor postoperatoris, sense trobar diferències estadísticament significatives ($p > 0.05$) entre els dos grups. Només es van trobar diferències significatives en la categoria funció física del SF-36 ($p > 0.000$), amb una millora de 15.28 punts de mitjana al grup de = 80 anys comparat amb els 29.56 punts de milloria del grup de <80 anys i en la categoria rol emocional ($p = 0.035$), amb milloria de només 4 punts de mitjana al grup de = 80 anys, davant els 12.92 punts de milloria dels >80a.

Conclusions

Amb els resultats d'aquest estudi no podem afirmar que les ATG implantades en pacients de = 80 anys tinguin pitjors resultats funcionals que les col·locades en pacients <80^a. En el subgrup dels de = 80 anys es produeix una millora en la qualitat de vida important, encara que aquesta millora és més evi-

dent en el grup < 80a. Clínic-funcionalment podem dir que no és una avantatge tenir una edat menor per obtenir millors resultats, així les dades recollides i publicades van a favor de la implantació de ATG en pacient majors de 80 anys.

0-39

ANÀLISI DE 20 PTG AMB ÚS DE NAVEGACIÓ PREOPERATÒRIA: SIGNATURE AMB TCN

Romero Pijoan, E.; Oliver Far G.; Sánchez Martínez M.; Cabot Dalmau J.; García García J.; Portabella Blavia F.

Hospital Universitari de Bellvitge

Introducció i objectius

Des de fa 8 anys hem iniciat l'ús de la navegació preoperatòria en l'implant de pròtesi total de genoll. Ha estat i és una eina que dona dades molt precises a l'hora de fer els talls ossis.

Material i mètode

Els errors d'alineació han demostrat ser causa de pitjor resultat a mig i llarg termini. La navegació ens permet anar avaluant cada pas i reproduir en tots els casos la mateixa precisió. De totes formes no es un camí fàcil l'aprenentatge, havent de fer-ho tot de forma preoperatòria augmentant els temps quirúrgic, i necessitant material especial creant un escenari a vegades complex dins de quiròfan. La navegació preoperatòria neix amb la intenció de simplificar la tècnica sense perdre eficàcia, podent fer servir la TC i la RMN. En el nostre centre les mesures degut a la crisi econòmica ens ha fet triar la TC com alternativa vàlida per realitzar els estudis previs a la fabricació de les plantilles de tall a mida.

Resultats

En el nostre departament hem implantat 20 PTG amb navegació preoperatòria durant l'últim any, amb resultats postoperatoris bons, corba d'aprenentatge curta i valoració radiològica correcta. En un cas hem hagut de realitzar recuts per manca de resecció òssia, i en un altre hem avortat el tall tibial per mala alineació, segurament per mala planificació. Molt precís ha estat el tallatge dels implants.

Conclusions

Els resultats a curt termini són encoratjadors, amb una simplificació en els instrumentals que ens permeten implantar els components a mida per cada pacient.

O-40

ARTRODESIS DE GENOLL EN CIRURGIA DE RESCAT: REPORT DE 18 CASOS*Ramazzini Castro, R.; Pons Cabrafiga M.**Hospital ASEPEYO, Hospital San Rafael. Barcelona***Introducció i objectius**

Actualment la principal indicació de la artrodesis de genoll és la fallada sèptica d'una pròtesi total de genoll (PTR). Realitzem una valoració funcional i de l'estat general de salut en pacients que es van sotmetre a una artrodesis de genoll com a cirurgia de rescat.

Material i mètode

L'estudi incloïa 18 artrodesis de genoll en pacients en els quals no estava indicada una PTR o recanvi de PTR. En aquells casos en què hi havia un bon contacte de les superfícies òssies es va realitzar una artrodesis anatòmica, mentre que en els casos que no era possible aconseguir un contacte adequat de les superfícies òssies es va realitzar una artrodesis artificial. Al final del seguiment es va fer una valoració funcional amb IKDC score i de l'estat general de salut amb el qüestionari short form 36 (SF-36).

Resultats

Es va aconseguir la fusió primària en 69,2% de 13 pacients en els quals es va indicar la artrodesis anatòmica en un temps mitjà de 14,3 setmanes. Els 4 restants van desenvolupar pseudoartrosi sent necessari un procediment quirúrgic secundari per aconseguir la fusió. En cap dels 5 casos en els quals es va realitzar una artrodesis artificial va ser necessària una segona intervenció quirúrgica per aconseguir l'estabilitat i alleujament del dolor. Amb el IKDC score es va obtenir una puntuació de 54,04 i en el qüestionari SF-36 es va apreciar una major afectació de les funcions físiques i salut mental.

Conclusions

La artrodesis de genoll és una bona opció en cirurgia de rescat amb resultats funcionals i de qualitat de vida satisfactoris.

O-41

TRACTAMENT QUIRÚRGIC DE L'ARTROPLÀSTIA INFECTADA DE GENOLL MITJANÇANT ARTRODESI AMB CLAU ENDOMEDULAR*Aldirra Taha, S.; González Hernández R.; Fonseca Mallol F.; Froufe Siota M.; Sánchez Bustos E.; Arribas Agüera D.; Navarro Cano E.**Hospital Universitari Dr Josep Trueta. Girona***Introducció i objectius**

L'artrodesi en pacients amb fracàs d'artroplàstia total de genoll és un procediment que actualment no es realitza d'entrada, sinó en casos excepcionals. El més habitual és que l'utilitzem com a tècnica de rescat. En els afluixaments sèptics, l'artrodesi està indicada quan la infecció es prolonga en el temps, amb fracàs de l'antibioteràpia, quan el tractament necessari és molt tòxic, quan la infecció ha destruït l'aparell extensor del genoll o en cas de preferència del pacient després de múltiples intervencions.

Material i mètode

S'han estudiat els casos de 7 pacients (71-88 anys) amb comorbiditats mèdiques afegides, a qui se'ls ha practicat una artrodesi de genoll al nostre hospital durant els últims 5 anys. En 5 dels pacients es va realitzar l'artrodesi amb clau llarg fémoro-tibial, mentre que en els 2 restants va ser emprant un clau curt modular. En tots ells, el mecanisme de fracàs de l'artroplàstia total de genoll ha sigut sèptic. 3 dels pacients van precisar d'un o més recanvis en dos temps, amb persistència de la infecció tot i el tractament antibiòtic, 1 presentava secció del tendó rotulià, 1 amb plasmocitoma ossi al genoll, 1 amb infeccions urinàries repetides de difícil tractament i 1 pacient amb obesitat mòrbida i infecció protèsica per *Candida*. L'evolució de la infecció s'ha valorat mitjançant els valors de PCR en els posteriors controls i la consolidació de l'artrodesi s'ha determinat tant clínica com radiològicament. La funcionalitat de l'extremitat s'ha avaluat segons la capacitat de deambulació i l'autonomia, així com la impressió subjectiva del pacient.

Resultats

Tots els casos han presentat milloria clínica i en 6 s'han aconseguit valors de PCR menors a 1. La consolidació clínica de l'artrodesi s'ha donat en els 7 casos. Radiològicament, els 5 casos amb artrodesi amb clau fémoro-tibial han consolidat. Les 2 artrodesis amb clau curt modular tenen un mecanisme diferent i la seva funcionalitat no depèn de la formació de ponts ossis intercorticals. 6 pacients han pogut deambular amb més o menys autonomia, mentre que el pacient restant ha presentat complicacions degut a la seva patologia de base que li han impedit la deambulació.

Conclusions

L'artrodesi de genoll pot ser una bona opció en pacients grans, amb comorbilitats, que presenten afluixament sèptic d'una artroplàstia total de genoll i en què altres procediments hagin fracassat o bé que aquests comportin un risc elevat pel pacient.

GENOLL II

Divendres 18

Sala d'actes: Sala 1 - 09:00-10:30 h.

Orals: O42-O46

Moderadors: Lluís Puig

Manel Vancells

O-42

ANATOMIA PATOLÒGICA I RESULTATS DE L'EXÈRESIS DEL LCA EN 11 CASOS DE QUIST MUCOIDE DEL LCA

Duarri Lladó, G.; Reverté Vinaixa M.; Castellet Feliu E.; Minguell Monyart J.; Díaz Ferreiro E.

Hospital Universitari de la Vall d'Hebrón. Barcelona

Introducció i objectius

Els quists mucoides del LCA (l·ligament creuat anterior) representen una patologia poc freqüent en la pràctica clínica, amb una incidència del 1,4%. El nostre objectiu es presentar els casos de quists mucoides del LCA, exposant la seva història clínica, exploracions complementàries i resultats funcionals després de la cirurgia d'exèresis del LCA.

Material i mètode

En aquest estudi presentem una revisió retrospectiva d'11 pacients amb quist mucoide del LCA als que se'ls hi ha realitzat una exèresis artroscòpica del LCA, en una dels casos associada a l·ligamentoplastia posterior. Realitzem una descripció clínica i de la ressonància magnètica prequirúrgica, així com la tècnica quirúrgica, els resultats d'anatomia patològica i dels següents qüestionaris postquirúrgics: SF-36, EVA, satisfacció del pacient, Lysholm score i International Knee Documentation Committee (IKDC).

Resultats

La nostra població d'estudi són 11 pacients amb una edat mitja de 54 (37-67). En tots els casos es va realitzar RM prèvia a la cirurgia. En 8 dels casos es van enviar mostres a anatomia patològica. La mitja i el rang dels diferents tests són: SF-36 (67, 36-85), Lysholm (73, 33-100), IKDC (60,8, 20-94) i en l'escala visual analògica prequirúrgica (5, 4-7) i postquirúrgicament (1,36, 1-3).

Conclusions

Tot i sent una patologia poc comú la clínica dels quists mucoides està ben definida. El tractament dels quists amb exèresis del LCA aporta uns resultats acceptables, sent en la majoria dels casos innecessària la l·ligamentoplastia posterior.

O-43

CIRURGIA DE REVISIÓ DEL LCA AMB PLÀSTIES TENDINOSES DE BANC

Reverté Vinaixa, M.; Duarri Llado G.; Minguell Monyart J.; Joshi Jubert N.; Diaz Ferreiro E.; Castellet Feliu E.

Hospital Universitari de la Vall d'Hebrón. Barcelona

Introducció i objectius

La reconstrucció del lligament encreuat anterior (LCA) és una de les patologies més freqüents en la població adulta-jove. Lesions i fracàs en les lligamentoplasties primàries fan que cada vegada sigui més necessari la cirurgia de revisió. L'objectiu del treball es la valoració dels resultats ens les revisions de les lligamentoplasties de LCA amb plàsties tendinoses de banc al nostre centre i comparar-les amb els resultats publicats en la literatura amb aloinjert os-tendó rotulà-os i plàsties autòlogues d'isquiotibials.

Material i mètode

Presentem una revisió retrospectiva de 19 pacients que s'han intervingut d'una revisió de la plàstia del LCA. En tots ells utilitzant una plàstia tendinosa de banc i un sistema de suspensió en la fixació femoral i mitjançant claus interferencials en la fixació tibial. Es van registrar a una base de dades les característiques demogràfiques dels pacients, la presència de cirurgies prèvies i lesions concomitants, exploració física, proves complementàries i qüestionaris de salut (SF-36, EVA, Satisfacció del pacient, Lysholm score e International Knee Documentation Committee (IKDC)). També, comparem els resultats d'aquests qüestionaris en los presentats a la literatura en dos articles: un en el qual utilitzen plàsties de banc os-tendó-os i l'altre amb plàsties d'isquiotibials autòlegs.

Resultats

Dels 19 pacients, 7 dones i 12 homes amb una mitjana d'edat de 35,7 anys (rang 21-56). En el moment de la revisió el 36,8% dels pacients presentaven condropatia i/o meniscopatia en el 36,8%. El període de seguiment mitjà va ser de 28,6 mesos (SD=17,7). L'interval de temps entre la cirurgia primària i la de revisió té com a mitjana= 93 mesos (rang 6-73 mesos). Els resultats van ser satisfactoris en el 78,9% dels pacients. La mitja i rang dels diferents tests van ser: SF-36 (75, 17-93), Lysholm (74, 30-100), IKDC (62,7, 25-100) i en l'escala visual analògica del dolor (2,8, 1-9).

Conclusions

La revisió del LCA amb plàsties tendinoses de banc ofereix resultats acceptables. Però, menors que els publicats en la literatura amb la utilització de lligamentoplasties autòlogues d'isquiotibials primàries. No obstant, es requereix un segui-

ment major per a determinar la integritat estructural i funcional de l'injert amb el temps.

O-44

ESTUDI ANATÒMIC EN CADÀVER I MITJANÇANT TAC SOBRE COM REALITZAR DE FORMA SEGURA ELS TÚNELS DEL TENDÓ POPLITI I DEL LLIGAMENT COL-LATERAL LATERAL EN RECONSTRUCCIONS MULTILLIGAMENTÀRIES DE GENOLL

Abat González, F.; Gelber Ghertner P.; Erquicia Adreani J.; Colomina Morales J.; Carrera Fernández I.; Almenara Fernández M.; Monllau García J.

Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma De Barcelona

Introducció i objectius

Determinar el millor angle per a la realització dels túnels femorals del tendó popliti (TP) i del lligament col·lateral lateral (LCL) en cirurgies reconstructives combinades amb plàsties de lligament creuat anterior (LCA) i posterior (LCP) per a evitar coalició dels túnels o túnels curts.

Material i mètode

Vuit genolls de cadàver han estat estudiats en la realització dels túnels del LCA o LCP artroscòpicament. Els túnels del TP i del LCL es simularen amb fil metàl·lic des del mateix punt d'entrada a 0° i 30° de desviació tant axial com coronal. S'estudiaren per TAC les relacions del intercondil i lligaments creuats. Es considerà com a mínim acceptable aquells túnels de 25 mm o més.

Resultats

Hi ha un alt risc de coalició amb el túnel del LCA quant el túnel del TP es realitza a 0° de desviació axial ($p < 0.001$). Només s'evita interferència amb el túnel del LCP al realitzar el túnel del TP a 30° de desviació axial i coronal ($p < 0.001$), que ademés és requisit per aconseguir una longitud mínima acceptable ($p = 0.003$). El túnel del LCL és suficientment llarg a qualsevol angulació ($p = 0.036$). No obstant els túnels a 30° de desviació axial i a 0° coronal no contacten amb el del LCA ($p < 0.001$).

Conclusions

Al realitzar reconstruccions de l'angle posterolateral en combinacions amb plàsties de lligaments creuats, els túnels del TP s'han de realitzar amb una desviació de 30° en pla axial i coronal. Els túnels del LCL s'han de realitzar a 30° de desviació axial i 0° coronal. En altres angulacions poden conduir a túnels excessivament curts.

O-45

ESTUDI COMPARATIU DE DUES TÈCNiques DE FIXACIÓ DE L'INJERT EN EL TRASPLANT MENISCAL AL·LOGÈNIC

Abat González, F.; Gelber Ghertner P.; González Lucena G.; Erquicia Adreani J.; Colomina Morales J.; Carrera Fernández I.; Monllau García J.

Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma De Barcelona

Introducció i objectius

Mostrar els resultats funcionals i radiogràfics en el trasplant meniscal al·logènic tot i comparant dues tècniques de fixació de l'injert.

Material i mètode

La sèrie la formen 88 trasplantaments meniscals amb una mitjana de seguiment de 5 anys (2-10). Tots els casos foren operats de forma consecutiva pel mateix cirurgià (JCM). 32 foren dones i 54 homes, 54 drets i 34 esquerres. 40 meniscs medials i 48 laterals. L'edat mitja fou de 37,36 anys (15-51). Es dividí la sèrie en grup A (33 injerts) fixats amb sutures i grup B (55 injerts) amb fixació òssia. Ambdós grups foren comparables en edat, lateralitat, temps des de la meniscectomia, estat funcional (Lysholm, Tegner i VAS per dolor) i valoració radiogràfica preoperatòria ($p=0,072$). La valoració radiogràfica del espai articular durant el seguiment es es va realitzar amb projecció de Rosenberg. Es van reportar així mateix les complicacions presentades.

Resultats

Es va observar una milloria significativa en l'escala de Lysholm (A=65 a 89 i B=62 a 91), Tegner i VAS sense diferències estadísticament significatives entre ambdós grups. No s'aprecià disminució de la interlínia articular ($p=0,34$) ni diferències entre els trasplantaments medials i laterals. Es va observar una major taxa de complicacions 33% en el grup A (2 artrofibrosi, 2 infeccions i 7 injerts trencats), mentre que el grup B es va presentar un 11% de complicacions (3 artrofibrosi, 2 infeccions i un injert trencat).

Conclusions

El trasplantament meniscal al·logènic es va proporcionar bons resultats funcionals i radiogràfics a mig termini amb ambdós tècniques, sense diferències en les variables estudiades. Es reportà una taxa de complicacions major en els injerts fixats amb sutures.

O-46

LA TÈCNICA DE FIXACIÓ UTILITZADA EN EL TRASPLANTAMENT MENISCAL AL·LOGÈNIC DETERMINA EN EL GRAU D'EXTRUSIÓ DE L'INJERT

Abat González, F.; Gelber Ghertner P.; González Lucena G.; Erquicia Adreani J.; Carrera Fernández I.; Colomina Morales J.; Monllau García J.

Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma De Barcelona

Introducció i objectius

Comparar el grau d'extrusió en els aloinjerts fixats mitjançant dues tècniques quirúrgiques en el trasplantament meniscal.

Material i mètode

Sèrie prospectiva de 88 trasplantaments meniscals. En 33 casos es van fixar mitjançant sutures (Grup A) i els 55 restants es va associar fixació amb bloc ossi (Grup B). Es va estudiar els pacients mitjançant ressonància magnètica per a determinar el grau d'extrusió de l'injert. El temps entre el trasplantament i la ressonància magnètica fou de 40 mesos en ambdós grups. El percentatge de teixit meniscal extruït fou mesurat mitjançant talls coronals i aquesta mesura es va correlacionar amb el tipus de fixació utilitzada. Les ruptures del aloinjert que requeriren tractament quirúrgic foren documentades.

Resultats

El percentatge de teixit meniscal extruït en el grup A fou de $36,3\% \pm 13,7$ amb diferències estadísticament significatives entre el compartiment medial ($35,9\% \pm 18,1$) i el lateral ($38,3\% \pm 14,4\%$) ($p=0,84$). El grup B tingué una mitja de $28,13\% \pm 12,2$ de teixit extruït, sense diferències entre el compartiment medial ($25,8\% \pm 16,2$) i lateral ($30,14\% \pm 13,5$). S'objectivà un 21% de ruptura de l'injert en el grup A i del 1,8% en el grup B.

Conclusions

Els injerts meniscals fixats només amb sutures tingueren un major grau de cos meniscal extruït que aquells amb fixació òssia associada. Es va observar una considerable major proporció de ruptures de l'injert en aquells meniscs fixats amb sutures.

PEU-TURMELL I

Divendres 18

Sala d'actes: Sala 2 - 09:00-10:30 h.

Orals: O47-O52

Moderadors: Ramon Oller

Santiago de Zabala

O-47

TRACTAMENT DE RUPTURES CRÒNIQUES DEL TENDÓ D'AQUILES AMB PLÀSTIA DE CHRISTENSEN-SILVERSKJOLD

González-Ustés, X.; Conesa Muñoz X.; Parals Granero F.; Siles Fuentes E.; Pisa Abadías J.; Via-Dufresne Pereña O.; Novell Alsina J.

Hospital Municipal de Badalona

Introducció i objectius

Les ruptures cròniques del tendó d'Aquiles (TA) són les que porten més de 4 setmanes sense diagnòstic o tractament. Són el 30% del total de les ruptures. L'objectiu del treball és explicar la nostra experiència amb la plàstia de Christensen-Silverskjold per tractar aquest tipus de lesió.

Material i mètode

Presentem 6 casos de ruptura crònica TA entre juliol del 2002 i novembre del 2011. L'edat mitja és de 56 anys. Respecte al sexe i costat no hi havia diferències (3 i 3). El temps fins al tractament anava de 30 a 120 dies. El seguiment mig va ser de 30 mesos. En tots els casos es va fer un penjoll d'Aquiles i bessons girant-lo 180°, sense resecció de fibrosis i es sutura al cabo distal de la ruptura. La càrrega va començar amb Walker a les 4 setmanes.

Resultats

Tots els pacients van passar de no poder deambular a deambular sense coixera als 4 mesos. L'AOFAS va passar de 22 a 95 als 5 mesos. La maniobra de Thompson es va negativitzar en el postoperatori en tots els casos. Els pacients tenen un engruïment funcional del nou tendó d'Aquiles que arriba a 1 cm de mitja superior al contralateral. El 100% poden posar-se de puntetes i caminar sense problema. Les ruptures tenien eren entre 2 i 6 cm de la inserció al calcani i tenien un gap de 4 cm de mitja (2-5 cm). La ruptura estava entre 2 i 6 cm de la inserció distal al calcani, com la majoria dels autors. Aquesta tècnica la va descriure Christensen al 1931 tenint molt bons resultats. Silverskjold la va modificar donant-li la volta al penjoll per tenir la cara llisa al darrere.

Hi ha altres autors com Platt que fa servir el tibial posterior, Mann utilitza el flexor comú dels dits i Wapner el Flexor propi del dit gros. Altres autors com Ozaki fan servir teixits sintètics. No hem tingut problemes de deshiscència de la ferida, ni infecció ni necrosi cutània.

Conclusions

Creiem que la plàstia de Christensen-Silverskjold és una molt bona opció pel tractament de les ruptures cròniques. No resequem la part fibrosa del penjoll com originalment va descriure Christensen. La càrrega a les 4 setmanes ajuda a tenir una cicatriu/tendó més fort i resistent. No deixem el peu en equí, directament flexió de 90°.

O-48

TRANSPOSICÓ DEL TENDÓ TIBIAL POSTERIOR EN MALALTS AMB DISTRÒFIA FASCIOESCAPULOHUMERAL

Arriaga Lahuerta, N.; Besalduch Balaguer M.; De La Dehesa Cueto-Felgueroso P.; Millan Bili A.; Barreiter S.; Soria Villegas L.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Introducció i objectius

La distròfia fascioescapulohumeral es una malaltia genètica autosòmica dominant, que afecta principalment musculatura facial i de extremitats superiors. Però altres zones poden veure's afectades amb relativa freqüència, com la musculatura del compartiment anterior de la cama que provoca caiguda del peu i dificultat per la marxa. Per corregir aquest problema és sol fer una IQ de transposició del tendó del tibial posterior. Hem volgut fer un estudi descriptiu que mostri la capacitat funcional posterior a la cirurgia de transposició de tibial posterior en aquest tipus de pacients.

Material i mètode

Hem recollit dades de 12 peus corresponents a 9 pacients amb DFSH. Són 3 dones i 6 homes amb edats compreses entre 21 i 53 anys. Hem utilitzat una escala de valoració de funció motora global (Motor Function Measure-MFM) per malalties neuromusculars per determinar el nivell de funcionalitat.

Resultats

Tots els pacients deambulen sense ortesis. 10 dels peus intervinguts han seguit bona evolució i funcionalitat. Els pacients intervinguts estan dintre d'un interval de funcionalitat respecte l'escala MFM.

Conclusions

La transposició del tendó tibial posterior és una bona tècnica, sense necessitat d'associar altres procediments (trans-

posició flexor profund) per corregir el peu equí en la DFSH, amb bona funcionalitat i satisfacció posterior dels pacients.

0-49

ARTRÒDESI TIBIO-TALO-CALCÀNIA UTILITZANT CLAU ENDOMEDULLAR RETRÒGRAD A COMPRESSIÓ

González-Ustes, X.; Conesa Muñoz X.; Pisa Abadías J.; Parals Granero F.; Riera Argemi J.; Via-Dufresne Pereña O.; Novell Alsina J.

Hospital Municipal de Badalona

Introducció i objectius

L'objectiu d'aquest treball és presentar la nostra experiència i resultats a l'artrodèsi tibio-talo-calcània mitjançant el clau endomedul·lar retrògrad. Creiem que és la tècnica gold estàndard en casos de greus desviaments de l'articulació del turmell i en pèrdues de substància importants.

Material i mètode

Presentem una sèrie de 7 pacients intervinguts entre gener del 2003 i setembre del 2011. L'edat mitjana va ser de 67 anys (6 dones i 1 home). Les causes van ser una pròtesi de turmell afluixada, 3 necrosi d'astràgal, 2 seqüeles de fractura bimalear i una fractura aguda complexa de piló tibial que va requerir l'artrodèsi. Es va fer servir una via lateral en un cas i una via anterior a la resta. No va ser necessari cruentar la superfície subastragalina. Al postoperatori immediat va ser 4 setmanes en descàrrega i després carregant amb un walker. El seguiment ha estat de 3 anys de mitja (6 mesos a 9 anys).

Resultats

L'escala AOFAS ha passat de 24 a 65 punts als 6 mesos postoperatoris. Tots els pacients deambulant sense dolor i sense ajuda. La dismetria ha estat de 1,5 cm de mitja (1 a 3 cm). Com a complicacions: hem tingut un cas d'infecció profunda, el cas de la fractura complexa oberta que va requerir una artrodèsi inicial, una fractura de tibia al posar el cargol més proximal que va requerir d'una dinamització per consolidar l'artrodèsi. En el cas de la pròtesi afluixada vam utilitzar un empelt de cap de fèmur perquè el gap quirúrgic era de 6 cm. Els casos de seqüeles de fractures bimalear tenien unes desviacions severes de l'articulació del turmell. Tots els casos van consolidar l'artrodèsi.

Conclusions

Nosaltres també creiem que és la tècnica gold Standard a les artrodèsi de turmell quan hi ha manca d'estoc ossi o grans desviacions del turmell. El poder fer compressió en el mateix acte quirúrgic fa que el tant per cent de consolidacions sigui alt.

0-50

CIRURGIA DE RESCAT MITJANÇANT ARTRÒDESI TIBIOTALOCALCÀNIA AMB CLAU RECTE, RESULTATS I COMPLI-CACIONS

Míguez, P.; Gines Cespedosa A.; Lozano Álvarez C.; Guirro Castellnou P.; Pidemunt Moli G.; Puig Verdié L.; De Zabala Ferrer S.

Parc de Salut Mar. Barcelona

Introducció i objectius

L'artrodèsi tibiototalcalcània mitjançant enclavat és una tècnica descrita com a tractament en diferents situacions d'artropatia combinada tibioastragalina i subastragalina. El nostre objectiu és avaluar els resultats i complicacions de les artrodèsi tibiototalcalcània mitjançant clau endomedul·lar retrògrad recte com a cirurgia de rescat.

Material i mètode

Sèrie retrospectiva 14 casos consecutius, entre 2006 i 2010, edat mitjana 65,8 anys, 9 dones i 5 homes. 3 pèrdues de seguiment. Factors epidemiològics: edat, sexe, índex de massa corporal (IMC) i escala ASA. Es van revisar les indicacions d'artrodèsi, el tipus d'enclavat, consolidació, alineació clínica del retropeu i les complicacions. Avaluació de resultats: Avaluació de qüestionari SF-36v2, escala AOFAS, escala visual analògica (EVA) de dolor i el grau de satisfacció.

Resultats

El seguiment mitjà va ser de 31,54 mesos (5-62 mesos). La principal indicació va ser l'artropatia posttraumàtica en 6 pacients (64'2%), seguida de la pseudoartrosi, afluixament asèptic de PTT i un sol cas d'artrosi primària amb tal·lus var. Tractats amb clau endomedul·lar recte, osteotomia del peroné que es va utilitzar com a empelt. Hi va haver consolidació radiològica en 10/14 casos (71'42%) amb un temps mitjà de 17,82 setmanes i una alineació clínica del retropeu en var de 6/11 (54'5%). Complicacions: 2 retards de consolidació, 2 pseudoartrosi, 2 infeccions, 1 AMO, 3 talàlgies i 1 fallida de enforrallat intraoperatori. La salut percebuda pels pacients és inferior a la població general espanyola, excepte pel domini Salut General. En canvi el 71'4% es mostrava bastant o molt satisfet amb els resultats de la intervenció i el 64% s'operaria de nou. L'escala AOFAS mitjana en la nostra sèrie va ser de 56'27 + /-14'55.

Conclusions

L'artrodèsi tibiototalcalcània és una tècnica complexa i amb una elevada taxa de complicacions, sobretot si s'utilitza en casos de rescat. Els nostres resultats funcionals, satisfacció i qualitat de vida són similars als publicats a la literatura. Creiem que és una bona indicació per a casos complexos de rescat, encara que els claus de nova generació amb angulació en valg i sistemes de compressió més eficaços poden millorar els nostres resultats.

0-51

EL PEU DE CHARCOT. EXPERIÈNCIA AL NOSTRE SERVEI*Canalias Bages, A.; Ramírez Zanotti D.; Puñet Blanco E.; Gasch Blasi J.**Consorti Sanitari de Terrassa***Introducció i objectius**

Els pacients amb peu de Charcot són de maneig complex. El diagnòstic pot passar desapercebut i l'evolució és poc previsible. Sovint es planteja la necessitat de realitzar cirurgies tot i que no sempre queda clara quan s'han de realitzar. Presentem la nostra casuística de pacients seguits de peu de Charcot, alguns dels quals han estat intervinguts.

Material i mètode

En els darrers 3 anys hem seguit 9 peus de Charcot a la consulta (7 afectant sobretot al migpeu i 2 al retropeu). L'edat mitjana dels pacients era de 72 anys. Dos han estat intervinguts. Les complicacions han sovintejat i han destacat les de parts toves i la mort d'un pacient per complicacions generals.

Resultats

Els pacients amb peu de Charcot presenten més complicacions de les habituals degut al col·lapse i deformitats inherents a l'evolució de la malaltia. La cicatrització i el risc de complicacions com infeccions o problemes de parts toves condicionen el maneig d'aquests pacients. Han de tenir un seguiment i tractament individualitzat ja que els problemes en que ens trobem a cada cas són diferents. L'objectiu en cas de que es realitzi la cirurgia consisteix en aconseguir un peu plantígrad i evitar en mesura del possible les prominències òssies que poden lesionar la pell.

Conclusions

Els pacients amb peu de Charcot tenen un maneig complex però necessiten un maneig multidisciplinari i un seguiment molt estricte.

0-52

TANCAMENT DE LA VIA D'ABORDATGE DE LA CIRURGIA DE L'AVANTPEU. ÉS NECESSARI BAIXAR LA PRESSIÓ DEL MANEGOT D'ISQUÈMIA I REALITZAR HEMOSTÀSIA ACTIVA ABANS DEL TANCAMENT?*Gardella Gardella, E.; Santamaria Fumas A.; Muriano Royo J.; Rivero Sosa R.; Vega Ocaña V.; López Capdevila L.; Girós Torres J.**Hospital General de l'Hospitalet***Introducció i objectius**

El manegot d'isquèmia té com a finalitat proporcionar un abordatge quirúrgic net, facilitant la tasca al cirurgià, amb mínim sagnat de les parts toves. En el moment del tancament de la ferida, no hi ha consens si s'ha de baixar la pressió del manegot i realitzar hemostàsia activa dels punts de sagnat, o tancar la ferida mantenint la pressió del manegot, escurçant el temps quirúrgic, no hi ha estudis a la cirurgia de l'avantpeu que comparin ambdues opcions. Comparem el postoperatori immediat, a les 72 hores i a la setmana de la intervenció de l'hallux valgus, en pacients de característiques similars, realitzant el tancament de la ferida amb i sense la pressió del manegot.

Material i mètode

Estudi prospectiu randomitzat doble cec, tipus cas i control format per 30 pacients operats des d'octubre 2011 fins juny 2012, dividits en 2 grups homogenis que es van sotmetre a cirurgia d'hallux valgus aïllat, amb tècniques quirúrgiques estàndards. Grup A baixant primer la pressió del manegot i realitzant hemostàsia activa abans del tancament de la ferida i el grup B tancant mantenint la pressió del manegot. Avaluem dolor amb escala EVA i estat de la ferida i parts toves en el postoperatori a les 24, 72 hores i en consulta a la setmana. Dades analitzades per un bioestadista amb el programa SPSS Statistics.

Resultats

De 30 pacients, en 16 és va realitzar tancament de l'abordatge amb manegot i 14 sense. Per a la variable dolor no es van trobar diferències estadísticament significatives, com tampoc pel nombre d'infeccions, dehiscències ni edema de parts toves. El temps quirúrgic mig va ser 8 minuts més llarg en el grup amb hemostàsia activa.

Conclusions

No trobant diferències estadísticament significatives en les variables de l'estudi, i atès que el manegot d'isquèmia escurça el temps quirúrgic i facilita la tasca al cirurgià, proposem fer sempre el tancament de la via d'abordatge mantenint la pressió del manegot i realitzar hemostàsia activa només en cas de sospita de lesió vascular.

PEU-TURMELL II

Divendres 18

Sala d'actes: Sala 2 - 09:00-11:00 h.

Orals: O53-O58

Moderadors: Jordi Asunción

Ángeles Sanjuan

0-53

COMPLICACIONS EN LA OSTEOTOMIA DE CHEVRON PER L'HALLUX VALGUS

Vega Ocaña, V.; Santamaría Fumas A.; Muriano Royo J.; López Capdevila M.; Rivero Sosa R.; Gardella Gardella E.; Girós Torres J.
Hospital General de l'Hospitalet de Llobregat

Introducció i objectius

Descriure les complicacions en el tractament quirúrgic del hallux valgus mitjançant osteotomia distal tipus Chevron.

Material i mètode

Estudi descriptiu retrospectiu des de 2005 fins a 2010, analitzant aquells pacients tractats amb osteotomia distal de primer radi tipus Chevron com a tècnica principal. Es van analitzar 406 pacients, d'entre els què es van observar 68 complicacions en 58 pacients. 50 dones i 8 homes, amb una edat mitja de 62 anys. Seguiment mig de 22 mesos (6-53m). La valoració dels resultats es van realitzar mitjançant estudi radiològic i escala d'AOFAS al moment de la complicació i un cop resolta o estabilitzada.

Resultats

Vem obtenir un 14.3% de complicacions que es van dividir en 41.1% de recidiva, 30.8% metatarsàlgia de transferència, 10.3% d'ascens del cap del primer radi, 13.2% hallux rigidus, 1.5% dolor persistent, 1.5% distròfia simpàtic-reflexa i 1.5% necrosi. Les complicacions es van dividir en error de planificació, mala tècnica o no previsible.

Conclusions

Un diagnòstic precís, una bona planificació preoperatòria i una tècnica quirúrgica adequada són fonamentals per evitar complicacions. Tot i això, els resultats obtinguts són similars a la bibliografia revisada, al voltant del 14%. Creiem que l'estudi i l'anàlisi de les complicacions de les postres cirurgies és de gran ajuda per millorar els postres resultats.

0-54

WEIL DEL PRIMER METATARSÀ: UNA OSTETOMIA VERSÀTIL

Rivero Sosa, R.; Santamaría Fumas A.; Muriano Royo J.; López Capdevila L.; Gardella Gardella E.; Vega Ocaña V.; Girós Torres J.
Hospital General de l'Hospitalet

Introducció i objectius

Diverses són les tècniques quirúrgiques per al tractament del hallux valgus, hallux rigidus, metatarsàlgies i les seqüeles de tractaments previs. Entre aquestes ens detindrem en l'estudi de la osteotomia de Weil del primer metatarsià que ens permetrà múltiples possibilitats de translació en els tres plans de l'espai.

Material i mètode

A partir de seixanta-tres casos clínics diferents descriurem com podem solucionar patologies primàries i seqüeles a tractaments previs mitjançant la osteotomia distal de M1 tipus Weil.

Resultats

Amb aquesta Osteotomia aconseguim solucionar els casos següents:

- HV a costa d'alteració de l'PASA amb angle IM normal
- Tractament de l'H rigidus graus II-III associant a Weil M1 tècniques sobre F1 com osteotomia de Moberg, Regnaud i Akin.
- Correcció d'HV moderat amb alteració de l'angle IM > 9° amb translació lateral del cap de M1.
- Correcció de greus seqüeles de tractaments previs d'HV (Chevron / Scarf) que es van complicar amb ascens de cap de M1.
- Tractament seqüeles greus per fractura-enfonsament diàfisi de M1 amb augment de la longitud d'M1 i ascens secundari del cap.
- Metatarsàlgia de 3r rocker en pacient amb fórmula metatarsal index plus.
- Hallux limitus funcional amb limitació per flexió dorsal MTF.
- Metatarsàlgia de 2° rocker en peu buit secundari a insuficiència de 1r ràdio per elevació de M1.

Conclusions

Amb els casos clínics descrits hem volgut demostrar que la osteotomia de Weil del primer metatarsià no només és vàlida per al tractament de l'H rigidus evolucionat sinó que, després d'un estudi i planificació minuciosa preoperatòria ens pot servir per resoldre altres problemes, a causa de la infinitat de translacions que aquesta Osteotomia ens ofereix.

O-55

L'ANGLE INTERMETATARSITÀ ÉS UNA EINA EFICAÇ PER DETERMINAR QUIN TIPUS D'OSTEOTOMIA S'HA DE REALITZAR PEL TRACTAMENT DE L'HALLUX VALGUS?

Guirro Castellnou, P.; Ginés Cespedosa A.; Pidemunt Molí G.; Lozano Álvarez C.; Zabala Ferrer S.; Puig Verdí L.

Parc de Salut Mar. Barcelona

Introducció i objectius

A la literatura s'han publicat molts paràmetres radiològics per determinar el punt de tall en els algorismes de tractament de l'hallux valgus. OBJECTIU: Determinar si l'angle intermetatarsià (AIM) és una mesura radiològica eficaç per discriminar el tipus d'osteotomia en el tractament de l'hallux valgus.

Material i mètode

Estudi transversal de 55 pacients operats consecutivament, amb un total de 77 peus. Intervinguts entre 2007 a 2008, a tots se'ls hi va practicar una osteotomia de tipus Chevron al primer metatarsià. Procediments associats: osteotomia Akin en 33/77 (42,8%) o tenotomia de l'adductor en 20/77 (25,9%). Es van mesurar l'AIM i l'angle metatarsofalàngic (AHV) pre i postoperatoris per 2 observadors, valorant la concordància interobservador. Es van establir dos grups: pacients amb AIM preoperatori major o igual a 14° (grup A, n=37) i menor de 14° (grup B, n=38). S'analitzen els resultats mitjançant el test funcional AOFAS, qualitat de vida SF-36, satisfacció, dolor amb EVA i recidives. Es realitza estudi estadístic bivariat per determinar la diferència de resultats entre els 2 grups.

Resultats

Temps de seguiment mig de 43.08 (27-50) mesos. Edat mitjana de 59.7 (35-76) anys. L'AIM preoperatori mig 13.5°, AIM postoperatori de 8.38°. L'AOFAS mig postoperatori va ser de 86.23. El coeficient de correlació interclasse interobservador va ser de 0.845 per l'AIM. Amb l'estudi estadístic no trobem diferències estadísticament significatives per les variables de satisfacció, qualitat de vida (excepte pel rol físic $p=0.020$) ni recidives. Diferències marginals $p=0.047$ a l'AOFAS (mitjana grup A=83 i grup B=88) i només es troben diferències estadísticament significatives per la variable EVA $p=0.018$, en canvi no es troben en l'AOFAS subescala dolor $p=0.240$.

Conclusions

El algorismes de tractament, normalment utilitzen el punt de tall AIM en 14 o 15° per decidir osteotomia distal versus diafisària o proximal. Els nostres resultats mostren que no hi ha diferències significatives importants entre els 2 grups utilitzant la mateixa osteotomia. CONCLUSIÓ: l'AIM preoperatori no és una eina eficaç de forma aïllada per decidir el tipus d'osteotomia a realitzar en l'algorisme de tractament de l'hallux valgus.

O-56

ESTUDI DE LA QUALITAT DE VIDA RELACIONAT AMB LA CIRURGIA DEL HALLUX VALGUS

Sánchez Soler, J.; Guirro Castellnou P.; Piñol Jurado I.; Rigol Ramón P.; Puig Verdier L.; De Zabala Ferrer S.; Ginés Cespedosa A.

Parc de Salut Mar. Barcelona

Introducció i objectius

Els resultats de cirurgia per hallux valgus s'expressen a la literatura en funció de paràmetres radiològics i test funcional, tot i que alguns no presenten un treball de validació previ. El nostre objectiu és correlacionar els resultats de la cirurgia d'hallux valgus en termes de qualitat de vida amb paràmetres radiològics i funcionals clàssics.

Material i mètode

Partim d'un estudi preliminar sobre qualitat de vida en pacients que es trobaven en llista d'espera per cirurgia d'hallux valgus, obtenint 79 pacients amb les següents dades: AOFAS, SF-36 i estudi radiològic preoperatori. D'aquests finalment no s'intervenien 12 i tinguérem 7 pèrdues de seguiment. Amb una mostra de 60 pacients intervinguts, recollim variables de qualitat de vida (SF-36), satisfacció, AOFAS i estudi radiogràfic. Es realitza anàlisi estadística de correlació entre el SF-36 i variables radiològiques (correcció de la deformitat, deformitat residual) i test funcional (AOFAS) segons test estadístic Rho-Spearman i test de Pearson.

Resultats

L'edat mitjana dels 60 pacients va ésser de 61.40 anys (33-84), amb un seguiment mínim d'un any. Globalment van obtenir una millora estadísticament significativa ($p<0.05$) de AOFAS (de 46.53 a 86.47), angle IM (de 13.94° a 12.2°), angle MTF (de 35.5° a 21.2°). Trobem millora de la qualitat de vida amb diferències significatives per a tots els dominis del SF-36 excepte per salut general, rol emocional i score mental sumatori, amb impacte clínic rellevant en funció física, dolor corporal i component sumatori físic. Pel que fa a satisfacció, el 93% dels pacients estan bastant o molt satisfets amb la intervenció i el 91% es tornaria a intervenir. Trobem una correlació positiva entre la millora del AOFAS i funció física ($p=0.016$), rol físic ($p=0.002$), dolor corporal ($p<0.001$) i sumatori físic ($p<0.001$). No existeix correlació estadísticament significativa entre la correcció radiològica del angle IM ni MTF amb cap domini del SF-36. La deformitat residual (MTF postoperatori) només mostra correlació significativa amb el domini de funció física ($p=0.005$).

Conclusions

La cirurgia del hallux valgus millora la qualitat de vida dels nostres pacients. Quan expressem els nostres resultats hem de donar més rellevància al domini de dolor corporal i component sumatori físic, els quals tenen un impacte clínic més important i correlacionen bé amb el test AOFAS i satisfacció del pacient. La deformitat residual i la correcció radiològica no és correlaciona amb la millora en qualitat de vida.

0-57

RESULTATS DE CIRURGIA D'HALLUX VALGUS EN FUNCIO DE LA TÈCNICA QUIRÚRGICA I SEVERITAT RADIOLÒGICA

Sánchez Soler, J.; Cruz Sánchez M.; Pérez Prieto D.; Rigol Ramón P.; Puig Verdier L.; De Zabala Ferrer S.; Ginés Cespedosa A.

Parc de Salut Mar. Barcelona

Introducció i objectius

El nostre objectiu és determinar s'influeix la severitat radiològica preoperatòria i la tècnica quirúrgica utilitzada en el resultat de la cirurgia del hallux valgus en termes radiològics, funció, satisfacció i qualitat de vida.

Material i mètode

Partim d'un estudi preliminar sobre qualitat de vida en pacients que es trobaven en llista d'espera per cirurgia d'hallux valgus, obtenint 79 pacients amb les següents dades: AOFAS, SF-36 i estudi radiològic preoperatori. D'aquests finalment no s'intervenien 12 i tinguérem 7 pèrdues de seguiment. Tenim per tant una mostra de 60 pacients intervinguts mitjançant 3 tècniques quirúrgiques: cirurgia oberta (Chevron/Scarf)? A1, cirurgia oberta amb BKL? A2 i cirurgia percutània? P. Vam recollir postoperatòriament variables de qualitat de vida (SF-36), satisfacció, AOFAS i estudi radiogràfic. Es realitza anàlisi estadística de comparatiu de les variables recollides a partir de subgrups i severitat radiològica (més o menys de 40° MTF).

Resultats

L'edat mitjana dels 60 pacients va ésser de 61.40 anys (33-84), amb un seguiment mínim d'un any. Globalment van obtenir una millora estadísticament significativa ($p < 0.05$) de AOFAS (de 46.53 a 86.47), angle IM (de 13.94° a 12.2°), angle MTF (de 35.5° a 21.2°). Trobem millora de la qualitat de vida amb diferències significatives per a tots els dominis del SF-36 excepte per salut general, rol emocional i score mental sumatori, amb impacte clínic rellevant en funció física, dolor corporal i component sumatori físic. Pel que fa a satisfacció, el 93% dels pacients estan bastant o molt satisfets amb la intervenció i el 91% es tornaria a intervindre. En relació al tipus de cirurgia, existeixen diferències significatives pel que fa a la

correcció del angle MTF ($p < 0.001$) i també per el test AOFAS ($p < 0.001$) i satisfacció ($p < 0.001$). No obstant, no trobem diferències entre els subgrups per cap dels dominis del SF-36. Quan parlem de severitat radiològica preoperatòria, no trobem cap correlació significativa amb AOFAS, satisfacció ni els dominis del SF-36.

Conclusions

La cirurgia d'hallux valgus millora la funció i qualitat de vida dels nostres pacients. El tipus de cirurgia influeix als resultats dels pacients intervinguts d'hallux valgus, sobre tot en la correcció radiològica de la deformitat, AOFAS i satisfacció, sense repercussió en la qualitat de vida final. La gravetat de la deformitat radiològica inicial no influeix globalment al resultat final de la cirurgia d'hallux valgus.

0-58

HALLUX VARUS POST-QUIRÚRGIC. DIAGNÒSTIC I TRACTAMENT

Ramírez Zanotti, D.; Puñet Blanco E.; Gasch Blasi J.

Consorti Sanitari de Terrassa

Introducció i objectius

L'hallux varus post-quirúrgic és una de les possibles complicacions que poden esdevenir de la cirurgia de l'hallux valgus. Dintre de l'etiologia de dita complicació podem esmentar hipercorreccions com capsuloplasties excessives, exostectomies excessives, osteotomies hipercorrectores, etc. Dita complicació pot ser tolerable però habitualment demana d'una solució quirúrgica donat que ocasiona freqüentment molèsties tant de caire funcional com estètic. Les opcions de tractament són diverses i passen des de plàsties tendinoses, noves osteotomies i incloent-hi l'artròdesi de l'articulació metatarso-falàngica. L'objectiu del nostre treball és aprofitar la revisió dels nostres casos, realitzar una revisió bibliogràfica i contrastar l'algoritme terapèutic en ús en la nostra població.

Material i mètode

Recull dels nostres casos ocorreguts en els darrers 5 anys. Presentem un total de 9 casos identificats d'una sèrie de 250 pacients amb els diferents tractaments realitzats i els nostres resultats finals.

Resultats

Els resultats obtinguts van íntimament lligats a la indicació del tractament sent l'artròdesi el tractament més realitzat a la nostra sèrie. Ha hagut una millora significativa de la valoració AOFAS i satisfacció del pacient i del metge.

Conclusions

En el hallux varus post-quirúrgic existeix habitualment un excés de tensió a la vora medial de l'hallux.

- Habitualment demanda una solució quirúrgica.
- La tècnica més utilitzada per a la seva correcció a la literatura és la plàstia amb el tendó extensor llarg en pacients joves. En la nostra població, més envellida, el resultat més previsible i satisfactori ha estat l'artròdesi.

MALUC I

Divendres 18

Sala d'actes: Sala 3 - 09:00-11:00 h.

Orals: O59-O64

Moderadors: Lluís Carreras

Josep Roig

0-59

CIRURGIA ARTROSCÒPICA DE MALUC EN UN HOSPITAL COMARCAL

Rodríguez Fernández, A.; Cañete Carril E.; Olivè Vilàs R.; Fernández Prat J.; Mora Guix J.

Consorci Sanitari de Terrassa

Introducció i objectius

Avaluació dels resultats de l'artroscòpia de maluc i les indicacions de les mateixes. Presentem l'experiència de la nostra unitat, on estem realitzant cirurgia artroscòpica del maluc des de l'any 2009.

Material i mètode

Revisió de vint pacients intervinguts, tots ells per el mateix cirurgià, entre els anys 2009 i 2012, amb un seguiment màxim de 36 i mínim de 3 mesos. Tots els pacients inclosos s'han diagnosticat d'atrapament fémoro-acetabular tipus CAM. S'avalua l'edat, sexe, lateralitat, duració de la simptomatologia i l'inici de la mateixa, mida de la giba, temps quirúrgic, lesions objectivades durant l'artroscòpia, temps d'estada hospitalària, temps per negativitzar el test d'atrapament, comparativa radiològica abans i després de la cirurgia.

Resultats

Hem observat una evolució satisfactòria dels nostres pacients, amb un temps per reincorporar-se a les seves tasques habituals, semblant al de diverses publicacions. El temps mig d'estada hospitalària és d'unes 36 hores, càrrega parcial immediata i completa a les 3-4 setmanes en funció del gest quirúrgic associat; mobilització precoç del maluc. Com a complicació de rellevància destaquem la neuroapràxia transitoria al territori del pudend. Una pacient està pendent d'implantar PTM per evolució no satisfactòria. Es fa valoració de resultats segons el Harris Hip Score i l'escala de salut SF-36 validada al castellà.

Conclusions

En els últims anys s'ha incrementat el diagnòstic d'atrapament fémoro-acetabular com a causa de coxàlgia. Creiem que

l'artroscòpia es una bona eina terapèutica per aquests pacients. Potser, una limitació d'aquest estudi, és el reduït nombre de casos i el temps de seguiment, però, volíem fer una revisió dels nostres primers pacients que tractem de manera artroscòpica.

O-60

FASE INICIAL DE LA CORBA D'APRENTATGE EN ARTROSCÒPIA DE MALUC, PRIMERS 30 CASOS

Correa Vázquez, E.; Cárdenas Nylander C.; Ribas Fernández M.; Bellotti V.; Isart Torruella A.; Càceres Palou E.

Institut Universitari Dexeus. Barcelona

Introducció i objectius

El tractament del xoc femoro-acetabular, tant artroscòpic com mini-open, constitueix un dels procediments quirúrgics de maluc amb major creixement en l'última dècada. El seu diagnòstic precoç pot justificar-ho. No obstant, l'artroscòpia de maluc és considerada com un procediment complex, amb una corba d'aprenentatge llarga.

Material i mètode

Es revisen retrospectivament els primers 30 casos d'artroscòpia de maluc realitzats per un sol cirurgià. Es recullen variables demogràfiques, diagnòstic, cirurgies prèvies, procediment realitzat, durada de la cirurgia, troballes intraoperatòries, complicacions detectades, resultat clínic-funcional segons les escales de valoració WOMAC, NAHS.

Resultats

Durant l'any 2010 es recullen 30 casos d'artroscòpia de maluc: 18 de xoc femoro-acetabular, 4 d'alliberament de fàscia lata, 4 revisions de cirurgia de xoc femoro-acetabular prèvia, 2 casos de segon temps de la osteotomia periacetabular mini-invasiva, 1 revisió de pròtesis dolorosa i 1 antecedent de fractura d'acetàbul. L'edat mitja és de 41 anys. Es van detectar 3 parèsies transitòries de pudendo i una de ciàtic, 1 lesió de femorocutani lateral, 1 entrada translabral, 1 labrectomia parcial i 1 fractura per estrès del peroné en el postoperatori tardà. Un cas de maluc no distraïble va requerir reconversió a procediment mini-open. L'ingrés hospitalari mig va ser de 3 dies. El temps quirúrgic mig es va reduir de 213 minuts (15 primers pacients) a 160 minuts (actual).

Conclusions

L'entrenament amb experts, la revisió de la literatura fins a la data, l'adequació de la tècnica a l'entorn de treball i el coneixement de l'anatomia tridimensional del maluc en abordatge miniopen, podrien facilitar una ràpida corba d'aprenentatge. Les complicacions inherents al procediment en la nostra experiència no són greus i la majoria temporals.

Els interessats a iniciar-se en la pràctica d'aquesta cirurgia han de reunir una sèrie de condicions (personals, formatives, institucionals) per minimitzar el nombre d'esdeveniments desfavorables en els pacients.

O-61

ESTUDI CLÍNIC I RADIOLÒGIC DE LA SUBSTITUCIÓ ARTROPLÀSTICA DEL MALUC ADULT JOVE AMB TIJA FEMORAL CURTA

Arribas Agüera, D.; Froufe Siota M.; Fonseca Mallol F.; Aldirra Taha S.; Martínez Ruiz M.; Navarro Cano E.

Hospital Universitari Dr Josep Trueta de Girona

Introducció i objectius

El tractament de la coxartrosis en el pacient adult jove presenta controvèrsies. La substitució protèsica és una de les opcions, donant-se diferents possibilitats en quant al disseny protèsic i els parells de fricció. Recentment s'han introduït, les tiges femorals curtes; amb un nou concepte d'ancoratge metafisari, i amb la finalitat de major preservació òssia. Amb la finalitat de preservar teixit ossi i disminuir el dany de les parts toves s'han dissenyat implants amb tiges curtes. En aquest cas revisem els resultats clínics i radiològics de l'implant MINI-HIP MBA® de maluc.

Material i mètode

Es revisen 18 pacients amb una mitjana d'edat de 60.3 anys (rang 44-75) en els qual s'implanta la tija MINI-HIP (7 esquerres i 9 dretes) per coxartrosis evolucionada (14 artrosis primària, 2 NAV, 1 posttraumàtica, 1 protrusió acetabular i 1 displàsia de maluc). Per a l'estudi de l'evolució clínica utilitzem l'escala Harris Hip Score (HHS) que es realitza pre-operatòriament i en els diferents controls a consultes externes, amb un seguiment mig de 7,5 mesos (rang 6-15). Per a la implantació de la pròtesis total de maluc s'utilitza l'abordatge anterolateral de Hardinge, realitzat sempre pel mateix equip quirúrgic. A l'estudi radiològic post-quirúrgic es determina: (A) distància des del trocànter menor fins vora medial tall cervical femoral; (B) distància des de la base lateral del coll fins vora lateral del tall cervical femoral; offset acetabular i femoral; i signes radiològics d'afluixament.

Resultats

El promig pre-operatori de l'escala HHS és de 47.3 (rang de 32-70). Es produeixen 2 fissures intra-operatòries (en les quals es van col·locar cerclatges circulars a nivell metafisari). El promig de la distància A és de 19.3 mm i de B és 11.7 mm. Post-operatòriament s'observa 1 cas d'enfonsament de la tija de 2 mm. El promig de l'escala HHS post-operatòriament és de 85.3 (rang 65-98).

Conclusions

Les pròtesis femoral conservadores amb tija curta són una opció terapèutica a considerar en el pacient adult jove. La tija MINI-HIP no presenta cap estudi de supervivència publicat. En aquest treball, els resultats a curt termini són esperançadors, però és necessari una mostra més ampla i un període de seguiment més perllongat per poder treure conclusions sobre la supervivència de la mateixa.

O-62

EVOLUCIÓ A LLARG TERMINI DE LES PRÒTESIS DCP EN EL MANEIG DE LA COXARTROSI EN PACIENTS JOVES

Prats Bota, A.; Ferrer González R.; Froufe Siota M.; González Hernández R.; Arribas Aguera D.

Hospital Universitari Dr Josep Trueta de Girona

Introducció i objectius

La coxartrosi en pacients joves i de mitjana edat representa una problemàtica en quant al maneig quirúrgic i l'evolució dels implants. Es tracta de pacients amb alta demanda funcional, pel que es pressuposa que necessitaran una revisió en el futur. Volem analitzar l'evolució i els resultats a llarg termini dels pacients amb coxartrosi menys de 50 anys intervinguts de pròtesi de maluc disc a compressió.

Material i mètode

Partim d'una mostra de 12 malucs en 10 pacients (2 bilaterals), on es va utilitzar la DCP a l'Hospital Dr. Josep Trueta entre el 1995 i 2001. Es tracta de pacients joves amb vida activa, menors de 50 anys (rang de 23-49a). 7 d'ells van ser diagnosticats de NICF i els 5 restants de coxartrosi posttraumàtica. Es va fer un seguiment mig de 13,7 anys (rang de 10-17a).

Resultats

No s'han registrat infeccions ni complicacions en el postoperatori immediat. La càrrega completa de l'extremitat intervinguda s'ha autoritzat a partir dels 2,5 m. En els controls postoperatoris s'ha observat en 9 dels malucs, mobilitat completa, retorn a les activitats prèvies del pacient (laborals i esportives) i milloria del dolor. 3 dels malucs van requerir revisió del component femoral per aflluixament asèptic primerenc (dins els primers 15 m), optant per una PTC convencional i amb bona evolució posterior. Es tracta de pacients amb antecedents d'enolisme moderat-alt i tabaquisme.

Conclusions

Es tracta d'una sèrie curta. El 25% dels malucs tractats amb DCP han presentat un fracàs precoç de l'implant per aflluixament asèptic, mentre que el 75% dels malucs han tingut una

evolució satisfactòria a curt i llarg termini permetent als pacients realitzar les activitats laborals i esportives prèvies i amb milloria significativa del dolor. Això ens indica que la DCP és una opció en el tractament de la coxartrosi en pacients joves, tot i que cal fer una selecció acurada dels casos. Creiem indicada la realització d'una RMN que permeti valorar l'afectació del coll femoral, cosa que contraindicaria l'utilització de la DCP.

O-63

PROTOCOL-LITZACIÓ DEL SEGUIMENT DE L'ARTROPLÀSTIA PRIMÀRIA DE MALUC

Álvarez Piñol, G.; Toro Aguilera A.; Collado Saenz F.; Mitjans Cubells M.; Cruz Olive E.

Hospital General de Granollers

Introducció i objectius

L'ús de trajectòries, protocols i guies clíniques en el seguiment de patologies hospitalàries està demostrat que millora els resultats dels mateixos. El nostre objectiu és implantar un protocol de seguiment ambulatori de les artroplasties de maluc primàries.

Material i mètode

La unitat d'artroplàstia de maluc visita un promig de 34.8 visites / setmana de les quals un 15.8% són controls d'artroplasties primàries. Es tracta d'un estudi retrospectiu amb 115 artroplasties no cimentades entre 2009 i 2011 al nostre centre. Tots són adults de 55 a 75 anys amb una coxartrosi primària i sense cirurgies prèvies ipsilaterals. Dos membres de la unitat revisen si compleixen el protocol vigent i si existeixen canvis d'actitud terapèutica i/o diagnòstica a cada visita. Posteriorment, s'analitza quines de les visites són potencialment suprimibles degut a la sensibilitat de detectar canvis.

Resultats

Dels centres consultats a tot l'estat pràcticament tots realitzem visites de seguiment amb radiografia al mes, 3, 6, 12 i 24 mesos. Complim aquest protocol en un 95.3% dels nostres malalts. D'un total de 115 pacient, el 34.2% són dones. Un 57.1% són artroplasties dretes i un 1.4% bilaterals.

Conclusions

Amb els resultats obtinguts, les exploracions radiogràfiques als 3 i 6 mesos no aporten cap modificació en el seguiment evolutiu de les artroplasties sense incidències. Tanmateix s'objectiva que la visita als 6 mesos tampoc aporta un benefici especial.

O-64

REGISTRE D'ARTROPLÀSTIES DE CATALUNYA (RACAT). PRIMERS RESULTATS DE LA SUPERVIVÈNCIA DE LES PRÒTESIS DE GENOLL I MALUC

Serra Sutton, V.; Tebé Cordoní C.; Martínez Cruz O.; García Altés A.; Espallargues Carrera M.

Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut

Introducció i objectius

L'objectiu d'aquest segon informe anual és presentar els resultats de la informació enviada al Registre d'Artroplasties de Catalunya (RACat) durant el període 2005-2010, en termes de la qualitat de les dades, les característiques dels pacients intervinguts, els tipus d'artroplasties i la seva supervivència a curt i mig termini.

Material i mètode

En el període descrit han participat un total de 52 centres assistencials de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP). Les dades es recullen de forma prospectiva mitjançant una aplicació informàtica del Servei Català de la Salut (CatSalut), que també integra informació del Registre Central d'Assegurats (RCA). Aquestes dades s'han vinculat amb les dades d'artroplasties de genoll i maluc del conjunt mínim bàsic de dades a l'alta hospitalària (CMBDH), i del catàleg de pròtesis de l'AIAQS. Per a cada articulació (genoll i maluc) s'ha descrit el volum de dades enviades en conjunt, per regió sanitària i per centre en funció de tres períodes (2005-2006, 2007-2008 i 2009-2010). S'ha comparat l'exhaustivitat de les dades enviades al RACat amb les disponibles al CMBDH, el percentatge d'artroplasties classificades i la lateralitat informada en cada període. S'han descrit les característiques dels pacients intervinguts (sexe, edat, motiu d'intervenció, comorbiditats, estada mitjana i derivació a un centre soci-sanitari a l'alta), les característiques de les artroplasties (tipus d'artroplàstia, tècnica de fixació) i els models més freqüents. Altrament, s'han analitzat les taxes de recanvi i mort després d'una artroplàstia primària, i s'ha explorat el paper de la mortalitat com a risc competitiu de recanvi. En els models multivariants s'ha analitzat la incidència acumulada de recanvi segons tipus de fixació ajustat per edat, sexe i probabilitat de mort.

Resultats

Artroplasties de genoll. Durant 2005-2010 el RACat inclou un total de 36.951 artroplasties de genoll, sent la càrrega de recanvi del 9,0%. L'exhaustivitat va augmentar del 52,1% al 86,6% entre 2005-2006 i 2009-2010 i també el percentatge de les artroplasties que es van poder classificar (del 58,8% al 89,9%), així com els registres que disposen de lateralitat informada (del 58,7% al 97,2%). Al 2009-2010, al voltant d'un 98% dels pacients van ser intervinguts d'una artroplàstia pri-

mària va ser per artrosi; mentre que en les de recanvi el 90% va ser per complicacions derivades de la cirurgia primària; d'altra banda, un 67,3% dels pacients intervinguts d'una artroplàstia primària va presentar una o més comorbiditats i un 7% aproximadament va ser derivat a un centre soci-sanitari a l'alta hospitalària. En relació amb el tipus d'artroplàstia totals de genoll, les més freqüents van ser les que conserven el creuat posterior i les estabilitzades posterior (46,8% i 48,4%, respectivament). D'altra banda, un 74,0% de les artroplasties primàries de genoll van ser cimentades, amb una distribució similar per períodes, sexe i grups d'edat. La incidència de recanvi als 4 anys ajustada per edat, sexe i probabilitat d'èxitus va ser del 3,4%. En els models multivariants de Cox ajustats per edat i sexe, la taxa de recanvi va ser superior en les artroplasties primàries de genoll amb fixació cimentada comparat amb les híbrides (HR: hazard ratio 0,7; IC95%:0,5-0,8), però no es van detectar diferències significatives entre les cimentades i les no cimentades. Finalment, es va observar dispersió en el nombre de models diferents de pròtesi durant el darrer període, sent la mitjana de 10,6 models per centre (rang: 1-22 models). Artroplasties de maluc. Durant 2005-2010 el RACat inclou un total de 26.477 artroplasties de maluc, sent la càrrega de recanvi del 10,2%. L'exhaustivitat augmenta del 45,0% al 73,2% entre 2005-2006 i 2009-2010 i també les artroplasties que es van poder classificar (del 56,6% al 83,4%), així com els registres que disposen de lateralitat informada (del 55,6% al 93,1%).

MALUC II

Divendres 18

Sala d'actes: Sala 3 - 09:00-11:00 h.

Orals: O65-O70

Moderadors: Francesc Peris Prat

Alfred Rodríguez

O-65

ARTROPLÀSTIA TOTAL DE MALUC AMB RECOBRIMENT D'HIDROXIAPATITA EN PACIENTS MENORS DE 55 ANYS: SEGUIMENT MÍNIM A 15 ANYS

Ibáñez Aparicio, N.; Valera Pertegas M.; Crusi Sererols X.; Vergara Valladolid P.; Trullols Tarragó L.; Almenara Fernández M.; Sancho Navarro R.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Introducció i objectius

L'artroplàstia total de maluc (ATM) és un dels procediments quirúrgics amb més èxit quant a la disminució del dolor, l'augment de la capacitat funcional i el rang de moviment, a totes les edats. En pacients amb edats inferiors a 55 anys, que requereixen una pròtesi, els resultats que podríem esperar són pitjors degut als majors requeriments bio mecànics i funcionals, així com per la seva expectativa de vida, el que condicionaria una taxa de recanvis major. Al nostre servei, des de els anys '90, es va iniciar la col·locació de les pròtesis amb recobriment d'hidroxiapatita en pacients de totes les edats. L'objectiu d'aquesta comunicació es presentar els resultats en pacients menors de 55 anys amb un seguiment mínim de 15 anys.

Material i mètode

Des de 1992 a 1996 es van realitzar 154 procediments amb col·locació d'ATM primàries amb recobriment d'hidroxiapatita (Furlong, JRI London), de les quals 50 van ser implantades en pacients amb edats inferiors o iguals a 55 anys. 5 casos es van perdre en el seguiment, i no van ser inclosos en els anàlisis posteriors. Dels 45 restants, hi havien 28 homes i 17 dones, amb diferents diagnòstics, els més freqüents van ser la Necrosi isquèmica del cap femoral (35.6%) i la Coxartrosi primària (24.4%). Van haver-hi 9 casos de fractura intraoperatòria de fèmur, totes tipus A i cap detectada al còtil. El parell de fricció triat majoritàriament va ser Polietilè-Ceràmica. L'edat mitja al temps de col·locació de la pròtesi és de 44.94 anys. El temps mig de seguiment va ser de 16.3 anys. Per la valoració preoperatòria i postoperatòria es va utilitzar l'escala de Harris i valoració radiogràfica.

Resultats

Dels 45 pacients inclosos a l'estudi, 7 han sigut èxits. 2 còtils van ser revisats i cap tija femoral. No s'ha detectat cap fractura periprotèsica postoperatòria, només un cas d'infecció i un altre de luxació. En l'avaluació radiogràfica s'han detectat osteolisi acetabular en 7 casos, amb més freqüència a la zona 3 de Lee Charnley i lucències no progressives en 12 casos, al fèmur s'ha detectat osteolisi en 7 casos, amb més freqüència a les zones 1 i 7 de De Gruen i no s'han trobat lucències. Només un còtil va complir criteris de fracàs mecànic. La millora mitja del Harris ha estat de 50.7 punts.

Conclusions

La comparació estadística amb el grup de pacients amb el mateix implant i seguiment de més de 55 anys no ha demostrat uns pitjors resultats pel que fa a taxes de supervivència, resultats clínics i radiològics. Tot i la utilització freqüent de parells de fricció amb polietilè de primera generació, la pròtesi total de maluc Furlong implantada en pacients joves, ha demostrat una taxa de supervivència i uns resultats clínics i radiològics molt satisfactoris. Aquest resultat són equiparables a la mateixa pròtesi en grups de gent més gran i a d'altres sèries publicades a la literatura. Això fa de l'ATM Furlong, un implant adequat per a ser implantada en aquest tipus de pacients.

O-66

SEGUIMENT CLÍNIC-RADIOLÒGIC DE LA CLS SPOTORNO EN MAJORS DE 75 ANYS

Arribas Agüera, D.; Froufe Siota M.; González Hernández R.; Sanchez Bustos E.; Rodrigo López M.; Vilabré Ipagès N.

Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona

Introducció i objectius

La creixent demanda funcional dels pacients i els, cada cop més, millors resultats de les tiges no cimentades; han suposat una ampliació de les indicacions i utilització de les mateixes. L'objectiu d'aquest estudi es determinar els resultats clínics i radiològics de la tija CLS Spotorno en pacients majors de 75 anys d'edat.

Material i mètode

En aquesta revisió s'ha agafat com a objecte d'estudi les pròtesis implantades en majors de 75 anys en el període 2006-2007, amb una mitja d'edat de 79.7 anys (rang 75-90); s'han seleccionat els pacients amb diagnòstic de coxartrosi, excloent-se aquells amb tiges implantades com a tractament de fractures de fèmur proximal. La sèrie consta de 70 pròtesis de maluc implantades als anys 2006 i 2007, amb component acetabular de recobriment porós de tantali i la tija objecte d'estudi.

D'aquestes, s'ha valorat l'estat funcional previ a la cirurgia, així com la funcionalitat post-operatòria mitjançant l'escala Harris Hip Score. També es fa una avaluació de radiològica amb període de seguiment mig de 60 mesos (rang 51-75).

Resultats

Tots els pacients han seguit el mateix protocol post-operatori, amb inici de la deambulació assistida a les 48 hores de la intervenció quirúrgica. L'estada hospitalària mitja és de 7.5 dies (rang 3-42 dies). En quant a l'evolució clínica la mitja de l'escala Harris Hip Score pre-operatòria és de 40 (rang 34-58) i la post-operatòria és de 75 (rang 40-94). A l'avaluació radiològica s'observen signes d'afluixament en 3 casos com a traducció d'una falta d'osteointegració de la tija. Trobem un 16% dels pacients amb un enfonsament de la tija, amb una mitja de 7.25mm (rang de 4-17mm). Com a complicacions, hem tingut una luxació protèsica que va requerir reducció tancada i va seguir tractament conservador, amb bon resultat. No s'observen fractures peri-protèsiques ni infeccions.

Conclusions

Tot i produir-se un 16% d'enfonsaments de la tija CLS Sportorno, les repercussions clíniques i funcionals són mínimes; la qual cosa es podria interpretar com un mecanisme d'acomodació de la tija per un defecte de la tècnica quirúrgica (implantació d'una mida petita). Molts dels pacients presenten disminució de la seva escala funcional post-operatòria degut a l'aparició de patologies concomitants.

0-67

ESTUDI RETROSPECTIU DE LA UTILITZACIÓ DE COMPONENT ANTI LUXACIÓ EN CIRURGIA DE REVISIÓ D'ARTROPLÀSTIA TOTAL DE MALUC EN EL NOSTRE CENTRE

Piñol Jurado, I.; Lozano Álvarez C.; Pérez Prieto D.; León García A.; Marqués López F.; Mestre Cortadellas C.; Puig Verdier L. Parc de Salut Mar. Hospital del Mar i l'Esperança. Barcelona

Introducció i objectius

La inestabilitat recurrent de maluc és una de les principals causes de revisió protèsica, amb una prevalència del 1-8%. S'han descrit factors predisponents d'inestabilitat com la mala orientació dels components protèsics, cirurgies de repetició al maluc, els trastorns neuromusculars o la falta de col·laboració dels pacients. Moltes vegades es desconeix la causa de la inestabilitat recurrent. Les alternatives de tractament de la inestabilitat recurrent són la reorientació dels components protèsics, l'avançament del trocànter major, la utilització de caps de gran diàmetre o la utilització de còtils constrenyits antiluxació. En aquest estudi, hem revisat aquells casos en els que es va implantar un mòdul antiluxació en el nostre centre

com a mesura de rescat per evitar aquesta inestabilitat i recuperar la funció de l'articulació.

Material i mètode

Revisem retrospectivament 29 còtils antiluxació en 28 pacients intervinguts entre 2005 i 2011, amb una edat mitjana de 75,8 anys (rang, 59 a 88 anys) amb un seguiment mig de 17 mesos (rang, 3 a 64 mesos). La població estudiada presentava un 27.6% de trastorns neurològics (ictus, poliomièlitis, mielopaties, demència, miastènia gravis,...) i un 10,4 d'enolisme. Les principals causes de revisió són la inestabilitat recurrent aïllada (55.2%), la infecció (10.4%), l'afluixament asèptic (10.4%), la inestabilitat associada a defecte de parts toves i pseudoartrosis de trocànter major (13.8%) i la inestabilitat associada a fractures periprotèsiques (7%). En tots els pacients es va implantar un anell antiluxació tipus Trilogy, amb implementació de 3 o 4 cargols en el 75.5% dels casos i utilitzant l'abordatge anterolateral de Hardinge en el 97% dels casos (un cas d'abordatge posterior). En el 51.7% de pacients s'havia realitzat entre 2 i 3 cirurgies prèviament, el 37.9%, una cirurgia prèvia i un 10.5% més de 3. Durant el seguiment vam avaluar l'evolució clínica i radiològica dels pacients, així com el grau de funcionalitat dels mateixos i les complicacions aparegudes posteriorment.

Resultats

En 27 dels casos el mòdul antiluxació va restaurar i mantenir l'estabilitat del maluc, evitant noves luxacions. En 2 casos (7%) es va produir una nova luxació aïllada pel que es va canviar el mòdul antiluxació. El 69% de pacients presenten una deambulació lliure, el 24,1% una deambulació limitada parcialment i un 13,8% una deambulació mínima. 7 pacients van presentar complicacions (24,1%), amb 3 casos d'infecció (10.5%), 2 luxacions (7%), 2 paràlisis de nervi ciàtic popliti extern (7%) i 2 marxos en tredelemburg per dismetria (7%); un dels pacients va patir 3 complicacions: infecció, luxació i paràlisis del nervi ciàtic popliti extern. Dels 3 casos d'infecció posterior, un va requerir la retirada del material protèsic i el canvi en 2 temps. Un va requerir la retirada de la pròtesis i es va substituir per un espaiador preconformat i un va requerir un rentat quirúrgic únicament. Dels dos casos de luxació, un es va presentar en el context d'una infecció als 30 dies de la seva implantació i l'altre es va presentar al cap de 5 anys en el context d'una parèsia d'extremitat inferior a causa d'un accident vascular cerebral. Es va realitzar la revisió quirúrgica en els dos casos canviant el component antiluxació; no es va trobar ruptura de l'anell antiluxació ni alteració dels components acetabular i femoral. En els controls radiològics, en un cas s'aprecia un mínim desplaçament del còtil, i en 4 s'observen línies de radiolucència del còtil. Funcionalment, segons l'escala de Postel-Merle d'Aubigné els pacients presenten una puntuació mitja de 4.07-4.69-4.07.

Conclusions

El mòdul antiluxació, en cirurgia de revisió protèsica de maluc, es pot considerar una tècnica de rescat, en casos seleccionats on hi hagi una gran inestabilitat recurrent i amb important afectació de les parts toves i pobra qualitat òssia.

0-68

REVISIÓ ACETABULAR UTILITZANT UN CÒTIL OBLONG NO CIMENTAT

Navarro Cano, E.; González Hernández R.; Froufe Siota M.; Vilabru Pagès N.

Hospital Universitari Dr Josep Trueta de Girona

Introducció i objectius

L'afluixament asèptic del component acetabular en una pròtesi total de maluc és sovint associat a la destrucció de la forma esfèrica original de l'acetàbul, causant defectes elongats en l'ós adjacent. En aquests casos, la reconstrucció i la fixació estable de l'implant de revisió poden ser dificultoses. Els acetabuls de revisió oblongs (Longitudinal Oval Revision cup o LOR) van estar desenvolupats per a defectes acetabulars grans. El principi és que adaptant l'implant al defecte ossi es pot assolir una millor estabilitat, i que es disminueixen les necessitats d'injert ossi.

Material i mètode

S'avaluen 54 acetabuls de revisió oblongs (52 pacients), col·locats entre 1996 i 2001. Preoperatòriament s'avalua el grau d'incapacitat del pacient i les alteracions radiològiques de l'acetàbul. El defecte acetabular es quantifica intraoperatòriament segons l'escala AAOS. Postoperatòriament s'avalua la col·locació dels implants, i es fa un seguiment clínic-radiològic de tots els pacients.

Resultats

33 implants van requerir col·locació d'injert ossi, dels quals només 3 van mostrar reabsorció parcial de l'injert. Es van seguir 38 implants una mitja 7.68 anys (2-14 anys). 60% d'ells (23 pacients) van tenir una evolució satisfactòria i sense alteracions radiològiques suggestives d'afluixament. 21% (8 pacients) presentaven afluixament radiològic, tot i que només un es va revisar. Per tant 97% (37 implants) romanien in situ.

Conclusions

Els acetabuls oblongs no cimentats són una bona eina per a la revisió protèsica en pacients amb grans defectes acetabulars. Faciliten la reconstrucció sense la necessitat de col·locar grans injerts ossis i tenen un baix índex de revisió a llarg termini. Els resultats observats en la nostra sèrie són semblants als trobats en la bibliografia.

0-69

UTILITZACIÓ D'AL-LOEMPELTS JUXTACORTICALS A CIRURGIA DE REVISIÓ D'ARTROPLÀSTIA TOTAL DE MALUC

Rius, X.; Coscujuela Mañà A.; Agulló Ferrer J.; Tramunt Monsonet C.; Portabella Blavia F.

Hospital Universitari de Bellvitge

Introducció i objectius

Avaluar resultats radiològics d'osteointegració dels empelts juxtacorticals fent-los servir a cirurgia de revisió de maluc.

Material i mètode

S'han revisat de manera retrospectiva 22 casos (19 pacients) amb edats compreses entre 39 i 89 anys intevinguts entre febrer de 2003 i juny de 2011 a l'hospital Universitari de Bellvitge, i s'ha fet un seguiment dels malalts que oscil·la entre 7 i 109 mesos. Els motius de la revisió quirúrgica varen ser 7 fractures periprotèsiques i 12 afluixaments. En tots els malalts, es va fer servir empelt congelat excepte a un malalt a qui se li va col·locar empelt liofil·litzat. L'origen dels empelts va ser 6 plaques hemicorticals de tibia i 16 de fèmur. Tècnicament es va establir el muntatge amb cerclatges a tots els pacients. La longitud mitja de l'empelt va ser 13,8 cm, 14 dels malalts duien l'empelt medial i els altres a nivell lateral.

Resultats

S'han observat complicacions en 8 malalts, entre elles: luxació, infecció i necessitat de cirurgia de recanvi de components. S'observen imatges d'osteointegració en 12 pacients (63,1%) i en 7 malalts s'observen imatges de pont ossi, tots consolidats.

Conclusions

Probablement l'evolució radiològica dels malalts no osteointegrats es podria atribuir a que aquests són els que tenen un període de seguiment més curt. L'empelt juxtacortical és una tècnica útil com a tractament de complicacions d'artroplasties en context de dèficit greu de reserva òssia.

0-70

TRACTAMENT DE GRANS DEFECTES ACETABULARS MITJANÇANT SISTEMES DE METALL TRABECULAR EN LA CIRURGIA DE RECANVI PROTÈSIC DE MALUC

Míguez, P.; Leon García A.; Lozano Álvarez C.; Guirro Castellnou P.; Marqués López F.; Mestre Cortadellas C.; Puig Verdí L.
Parc de Salut Mar. Barcelona

Introducció i objectius

Els mòduls i estructures de tantali trabecular s'han posicionat com un recurs eficaç en el tractament de grans defectes acetabulars en els recanvis de pròtesi de maluc. Hem revisat els casos de recanvi protèsic realitzats al nostre centre en què es va requerir l'ús de Cup Cage de metall trabecular (T-MARS®, Zimmer®), així com els resultats postoperatoris i les complicacions.

Material i mètode

Sèrie retrospectiva de 12 casos, amb una mitjana d'edat de 76,5 anys, sent 8 (66,7%) dones. Els factors epidemiològics avaluats van ser el sexe, l'edat, el pes i IMC, el grau de comorbiditat segons l'escala ASA i la lateralitat. També es va estudiar la causa de revisió quirúrgica, el tipus de defecte acetabular segons la classificació de Paprosky, i el model de Cup Cage utilitzat (T-MARS®, així com, les complicacions per i postoperatories i la funcionalitat dels pacients mitjançant l'escala de Postel-Merle d'Aubigné (PMA).

Resultats

11 dels pacients havien estat intervinguts prèviament, i l'afluïxament acetabular (58,3% dels casos) ha estat la principal causa de revisió. 10 casos (83,3%) presentaven un defecte acetabular tipus III de Paprosky. En tots els casos es va implantar un Cup Cage tipus T-MARS® amb una talla mitjana de 61 mm, necessitant empelt en 7 (58%) dels pacients. Dos pacients van presentar complicacions postoperatories, sent una infecció profunda i una luxació recidivant de la pròtesi. El PMA tenia una mitja preoperatoria de 3,25-2,58-3,17 i postoperatoria de 5,17-3,67-4,75, existint una millora estadísticament significativa ($p < 0,05$) en els 3 elements.

Conclusions

L'ús d'estructures de metall trabecular és un bon recurs per resoldre les grans defectes acetabulars, permetent la reconstrucció del acetàbul i una adequada estabilitat mecànica pel suport del component acetabular de revisió. No hem d'oblidar la gran dificultat tècnica d'aquest tipus de cirurgia, que requerirà una correcta planificació i la participació d'un cirurgià experimentat.

INFECCIONS

Divendres 18

Sala d'actes: Sala 1 - 17:00-18:00 h.

Orals: O71-O75

Moderadors: Xavier Cabo

Xavier Flores

0-71

UTILITZACIÓ DE SUBSTITUTIU OSSI AMB ANTIBIÒTIC PER AL TRACTAMENT DE L'OSTEOMIELITIS. SÈRIE DE 13 CASOS

Romero Pijoan, E.; Cabo Cabo X.; Moranas Barrero J.; Pedrero Eluso S.; Portabella Blavia F.; Arroyo Dorado A.

Hospital Universitari de Bellvitge

Introducció i objectius

Per tot cirurgia al tractament de la osteomielitis crònica és un repte. Al mercat disposem de substitutius ossis als que podem associar antibiòtics, cosa que ens permet omplir el defecte ossi i actuar de manera local contra la infecció. Perossal®, compost per hidroxiapatita nanocristalina i sulfat càlcic, a més de permetre'ns associar l'antibiòtic més adequat per a cada pacient, presenta una ràpida absorció, permetent el regenerat del defecte ossi, no essent necessària una nova intervenció per retirar el material estrany.

Material i mètode

Presentem una sèrie de 13 pacients diagnosticats d'osteomielitis i tractats al nostre centre utilitzant substitutiu ossi impregnat amb antibiòtic. Es tracta de 3 dones i 10 homes, amb una edat mitjana de 47.3 anys. Presenten osteomielitis d'origen hematògen en 7 casos, posttraumàtica en 5 i 1 després de resecció tumoral. Quant a la localització tenim 6 casos en fèmur, 5 a tibia i 2 a avantbraç. El patogen aïllat amb major freqüència és *S.aureus* (9 casos) seguit amb menor freqüència per *Pseudomona aeruginosa* (2 casos). Hi va haver dos casos amb cultius negatius. El tractament realitzat va ser desbridament, trinxera òssia i farciment amb pastilles d'hidroxiapatita nanocristalina, en 9 casos impregnades amb gentamicina, 3 casos vancomicina i gentamicina i 1 cas vancomicina i rifampicina. En dos dels casos es va realitzar en un mateix temps quirúrgic cobertura amb penjall. Es va realitzar un seguiment mitjà de 30.41 mesos.

Resultats

En dos dels casos hi va haver complicacions postquirúrgiques: un pacient va presentar un hematoma a tensió que va requerir evacuació quirúrgica, amb posterior evolució a dehis-

cència de ferida que es va resoldre amb cures tòpiques. L'altre pacient va presentar un hematoma desbridat a la unitat d'hospitalització, amb bona evolució posterior. En cap cas hi ha hagut reactivació del focus d'osteomielitis.

Conclusions

L'oclusió de la cavitat produïda després del desbridament de la osteomielitis amb hidroxiapatita nanocristalina associada a l'antibiòtic més adequat per al microorganisme implicat ens ha donat molt bons resultats, aconseguint la curació de tots els pacients tractats fins al moment, per això considerem que és una tècnica a tenir en compte per al tractament d'aquesta patologia.

O-73

REVISIÓ DE INFECCIONS DE PROTESIS DE MALUC

Fraga Lavía, K.; Cabo Cabo J.; Pedrero Eluso S.; Moranas Barro J.; Lora Tamayo J.; Portabella Blavia F.; Ezagüi Bentolila J. Hospital Universitari de Bellvitge

Introducció i objectius

L'objectiu del nostre estudi és determinar l'eficàcia dels diferents mètodes de tractament de les pròtesis totals de maluc amb infecció aguda.

Material i mètode

Es un estudi retrospectiu, en el qual es van revisar 57 pròtesis de maluc amb infecció aguda entre 2003 i 2010. Dels 57 casos trobem 17 homes i 40 dones, amb una edat mitja de 69.5 anys. El seguiment mig va ser de 4.4 anys (1-8a). Seguint la classificació de Tsukayama trobem 51 infeccions postoperatòries precoces i 6 casos d'infeccions hematògenes. En tots els casos es va realitzar cirurgia de desbridament amb conservació de l'artroplàstia. Valorem el tipus de tractament (tipus de cirurgia, temps fins a la cirurgia, recanvi de components mòbils, diferències entre tija cimentada i no cimentada), tipus de microorganisme i la comorbiditat del pacient.

Resultats

L'evolució clínica postdesbridament de 52 casos amb seguiment posterior una mitjana de 4'4 anys va tenir els següents resultats:

Es van curar 27 casos (51'9%), van requerir artroplàstia de Girdlestone com a tractament final 10 casos (19,2%), es realitzar recanvi protètic en 12 casos (23%), va aparèixer fístula crònica en 1 cas (1'9%), i van ser èxits 2 casos (3'8%). En les pròtesis en què es va realitzar desbridament amb recanvi de components mòbils es van obtenir 15 curacions (68'2%) i en les que es va realitzar desbridament sense re-

canvi de components mòbils es van obtenir 12 curacions (40%). El desbridament amb recanvi de components mòbils té millor resultat que sense recanvi, sent estadísticament significatiu. Si el desbridament es realitza en menys de 2 setmanes tenen millor evolució, i no és estadísticament significatiu. Quant a si el vàsteg està cimentat o no cimentat trobem millor resultat en els cimentats, sense diferències estadísticament significatives. No trobem relació estadística significativa entre el tipus de microorganisme i la probabilitat de curar.

Conclusions

Al plantejar-se el tractament d'una pròtesi de maluc amb infecció aguda és important tenir en compte que hem de realitzar una cirurgia reglada quan sigui possible en la què haurem de canviar els components mòbils i desbridat la cavitat articular acuradament. Igual d'important que la cirurgia és obtenir correctament les mostres per microbiologia per poder oferir al pacient una correcta cobertura antibiòtica.

O-74

TAXES D'INFECCIÓ POSTARTROPLÀSTIA. NO CAL DEPRIMIR-NOS

Lucar López, G.; Tibau Olivan R.; Coll Rivas M. Hospital de Mataró

Introducció i objectius

Els treballs publicats durant molts anys per diversos autors ha donat taxes d'infecció significativament més baixes a les que trobàvem a la nostra pràctica clínica, donant-nos una idea equivocada de la nostra qualitat assistencial.

Material i mètode

S'han comparat les dades de les taxes de infecció agudes postartroplàstia obtingudes de 1) Revisió Bibliogràfica de treballs de dades retrospectives de un sol centre 2) de registres d'artroplàsties o treballs multicèntrics 3) del programa de vigilància VINCat 4) les del nostre propi centre seguint i sense seguir els criteris VINCat.

Resultats

Les dades d'infecció provinents d'un sol centre han estat per maluc de entre 0,9% i 3%, amb la majoria de treballs amb valors inferiors al 1,5% ; i per genoll de entre 0,39 i 3,3% amb la majoria de treballs amb valors inferiors al 2%. Les dades dels registres i treballs multicèntrics han estat per maluc de entre 1,1% i 4,86% i per genoll de entre 1,96% i 5,15%. Les dades del programa de vigilància VINCat han variat per maluc del 2,60% (2007) al 3,60% (2008) i per genoll del 3,1% (2008) al 3,6% (2007). Al nos-

tre centre als mateixos anys i amb els mateixos criteris que el programa VINCat hem tingut unes taxes per maluc de entre 0,94% (2008) i 3,37% (2009) i per genoll de entre 0,86% (2007) al 2,59% (2009). Si no es fan servir els criteris d'exclusió del programa, les taxes d'infecció poden arribar a ser molt més altes (al nostre cas, fins el 7,8% per maluc a l'any 2009).

Conclusions

Els programes de vigilància d'incidència d'infecció postartroplàstia donen valors més alts que els valors de < 1,5% per maluc i de < 2% per genoll que creiem estàndards. Han de tenir-se em compte aquests nous valors per tal de valorar la nostra qualitat assistencial.

0-75

TUBERCULOSI EN ANCA PROTÈSSICA SENSE HISTÒRIA PRÈVIA

*Serra Porta, T.; Isidro Llorenç A.
Hospital Universitari Sagrat Cor*

Introducció i objectius

La tuberculosi en una articulació protèssica sense història de tuberculosi pulmonar prèvia és extremadament rara. Les publicacions mundials recullen menys d'una trentena de casos.

Material i mètode

Presentem el cas clínic d'un pacient portador de pròtesi d'anca, sense antecedents de patologia pulmonar que debuta amb un quadre d'artritis sèptica aguda 4 anys després de la protètzació del maluc. El pacient havia estat sotmés a un tractament radioteràpic pèlvic per patologia prostàtica, com a únic antecedent diferencial. Exposem el procés diagnòstic i de tractament mèdic i quirúrgic emprat.

Resultats

Presentem el seguiment del nostre pacient als 2 anys i analitzem la literatura publicada. Valorem la possible influència del tractament radioteràpic en el desenvolupament del quadre infecciós.

Conclusions

Per a afectar el diagnòstic de tuberculosi articular, s'ha de tenir un elevat índex de sospita clínica, ja que les proves complementàries sovint són poc conclouents. L'agressivitat quirúrgica local s'ha d'adaptar a la resposta clínica del pacient a la infecció.

ESPATLLA

Divendres 18

Sala d'actes: Sala 2 - 17:00-18:00 h.

Orals: 076-081

Moderadors: Joan Armengol

Josep M.ª Mora

0-76

LESIONS EN CONTINUÏTAT DEL NERVI ESPINAL

Garreta Català, I.; Casañas Sintés J.; López Osornio P.; Llusá Pérez M.; López Marne S.

Hospital Universitari de Bellvitge

Introducció i objectius

Es presenten 6 lesions del nervi espinal tractades durant el període 2004-2008. Es tracta de 5 homes i 1 dona. De rang d'edat entre 24 i 41 anys. L'origen de la lesió era en 5 casos iatrogènic i en un cas traumàtic. Per al diagnòstic del grau de lesió va ser imprescindible l'avaluació mitjançant EMG per valorar si existia lesió en continuïtat.

Material i mètode

Foren intervinguts entre els 6 i els 20 mesos de la lesió basant-se en el criteri de lesió EMG en continuïtat.

Resultats

Es va practicar registre intraoperatori de la lesió evidenciant-se conducció distal en tots els casos i conservació de l'anatomia fascicular sense conducció en un cas pel que es va procedir a la neuròlisi acotada a la zona de disgregació.

Conclusions

Es va obtenir reinnervació EMG als 3,5 mesos i recuperació clínica als 8 mesos de mitjana. Només un cas no va reinnervar.

0-77

CORRELACIÓ ENTRE LA SATISFACCIÓ POSTOPERATÒRIA EN LA CIRURGIA D'ESPATLLA AMB EL COMPLIMENT DE LES EXPECTATIVES PREOPERATÒRIES

Gil González, S.; Martínez Martos S.; Santana Pérez F.; Puig Verdú L.; Torrens Canovas C.

Parc de Salut Mar. Barcelona

Introducció i objectius

Els resultats de la cirurgia d'espatlla estan expressats normalment amb escales funcionals objectives, però les expectatives dels pacients poden influir en la percepció dels resultats. L'objectiu d'aquest estudi es analitzar la correlació entre les expectatives dels pacients abans i després de la cirurgia d'espatlla, amb la satisfacció, SF-36, Simple shoulder Test (SST) i el Constant Score.

Material i mètode

Vam realitzar un estudi retrospectiu amb 71 pacients consecutius intervinguts de cirurgia d'espatlla (20 reparacions de manegot, 19 pròtesis per seqüela de fractura, 23 pròtesis per osteoartritis, 9 reparacions d'instabilitat). Tots els pacients van complimentar preoperatòriament el qüestionari d'expectatives New York Special Surgery, SST, SF-36 i el Constant Score (CS). A l'any de seguiment, tots els pacients van ser reinterrogats per avaluar el compliment de les expectatives preoperatòries. Sf-36, SST i CS van ser novament recollits al final del seguiment. ESTADÍSTICA: correlació no-paramètrica amb rho Spearman. Significació estadística amb una $p < 0.05$.

Resultats

La satisfacció es correlaciona millor amb el compliment de les expectatives preoperatòries respecte la milloria de dolor, funció i força (0.484, 0.483, 0.310) que la milloria del SF-36 (PF 0.176 and MH 0.161). A més, la satisfacció es correlaciona fortament amb la milloria del SST i el Constant Score (0.516, 0.448). En general, els homes tenen majors expectatives en quant a la milloria de funció i força que les dones, i els pacients actius majors expectatives respecte els parats. No vam trobar diferències en funció de l'etiologia.

Conclusions

El compliment de les expectatives preoperatòries es correlaciona fortament amb la satisfacció del pacient amb el procediment. El SST i el Constant Score mostren millor la satisfacció del pacient que el SF-36. Expectatives preoperatòries més realistes poden millorar la satisfacció del pacient després de la cirurgia d'espatlla.

0-78

LA FORÇA ÉS EL FACTOR PREDICTOR MÉS RELLEVANT D'ESCALA DE CONSTANT

Miquel Noguera, J.; Torrens Cánovas C.; Santana Pérez F. Icatme E-USP I.U.Dexeus. Barcelona

Introducció i objectius

A Europa, l'escala de Constant-Murley (CMS) és àmpliament usada. L'objectiu d'aquest treball és determinar quin factor de CMS influència més en la percepció de qualitat de vida.

Material i mètode

Un total de 415 malalts foren inclosos: 221 dones i 194 homes. La mitjana d'edat fou de 50.75 (18-85). Del total de malalts, 265 consultaren per patologia de la còfia rotadora, 72 per artrosi glenohumeral, 43 per seqüela de fractura i 35 per instabilitat. Tots els malalts inclosos foren estudiats mitjançant l'escala SF-36 i l'escala CMS. ANÀLISI ESTADÍSTIC: correlació de Pearson i regressions lineals múltiples.

Resultats

A la correlació multivariant, tots els ítems del CMS estan significativament relacionats amb l'escala SF-36 ($p < 0,05$) excepte l'elevació anterior i les rotacions. La força és l'ítem amb correlació més forta amb SF-36 (correlació 0.44 i coef Beta: 0.30). Si s'elimina la força de la correlació, aleshores l'elevació anterior i les rotacions adopten correlació significativa envers SF-36 ($p < 0,05$). La força es correlaciona amb tots els ítems de l'escala CMS ($p < 0,05$).

Conclusions

La força és el factor predictor més rellevant de l'escala CMS. Només aquells pacients que no tenen dolor i amb bona mobilitat puntuen al registre de força.

0-79

REVISIONS DE PRÒTESIS CIMENTADES D'ESPATLLA AMB INVERTIDES DE TIJA AMB RECOBRIMENT D'HIDROXIAPATITA. A PROPÒSIT D'11 CASOS

Armengol Barallat, J.; Cabo Cabo X.; Luisa Catasús M.; García Resa X.; Portabella Blavia F.

Hospital Universitari de Bellvitge

Introducció i objectius

L'artroplàstia inversa d'espatlla ha experimentat en els últims anys una espectacular expansió principalment a expenses dels casos de revisió. A les dificultats pròpies de la

revisió s'hi ha d'afegir les condicions subòptimes dels hùmers prèviament protetitzats.

Material i mètode

Des de 2007 a 2010 han estat practicades 14 revisions de pròtesis cimentades d'espatlla de les quals 11 formen part de la sèrie. L'edat mitjana era 73.3 anys (66 -77). Set eren dones i 4 homes. La pròtesi primària implantada fou en 3 casos total (27.3%), en 3 parcial (27.3%) i en 5 inversa (45.4%). La revisió fou indicada per aflluixament sèptic en 5 pacients, 45.4% (4 d'evolució lenta i 1 al postoperatori immediat), 4 asèptic, 36.4% i 2 per deteriorament de la còfia (18.2%). En tots els casos es practicà retirada del ciment, mitjançant finestra distal en 9 casos (81.8%) i osteotomia longitudinal en 2 (18.2%) El procediment fou practicat en dos temps en els casos sèptics. En tots els casos s'utilitzaren tiges Aequalis amb recobriment d'hidroxiapatita de 150 mm en 4 casos i de 180 en 7. En 6 casos (54.5%) fou necessària la reconstrucció glenoidea amb empelts de cresta.

Resultats

El Constant mig preoperatori fou de 35.4 (31.5-45) i l'elevació de 75.2° (30°-100°). El seguiment mig ha estat de 1.5 anys. Tres pacients patiren fractura peroperatoria. La mitjana del Constant últim registrat ha estat de 61.1 (50.5-69) i una elevació mitjana de 122.8 (90-160). No s'han detectat signes clínics ni radiogràfics d'aflluixament. El 60% d'operats es mostraren molt satisfets, el 30% satisfets i el 10% remanent no satisfets.

Conclusions

L'utilització de tiges no cimentades en casos de revisió de pròtesis cimentades ens ha ofert uns bons resultats en obviar els problemes causats pel ciment en hùmers en precàries condicions. Un factor d'aquesta millora pot ser degut a l'utilització de pròtesi inversa. La cura en el procediment vers parts toves, hùmer i la glenoides continua éssent important. L'efectivitat del procediment requereix seguiment a més llarg plaç i llur comparació amb sèries en que la revisió s'efectuà amb tiges cimentades.

O-80

ANÀLISI DE LA RECIDIVA DE LA LUXACIÓ D'ESPATLLA DESPRÉS DEL TRACTAMENT QUIRÚRGIC. CAPSULORRÀFIA MÉS REINSERCIÓ DEL LGHI OBERTA

Poy Gual, C.; Mora Guix J.; Gámez Baños F.

Consorti Sanitari de Terrassa

Introducció i objectius

L'objectiu d'aquest estudi retrospectiu és analitzar els factors de risc que poden influir en les recidives dels pacients intervinguts amb la tècnica quirúrgica de la capsulorràfia en T associada a reinserció del labrum i LGHI sobre la glena en pacients amb inestabilitat gleno-humeral (G-H) anterior i antero-inferior.

Material i mètode

Entre els anys 1994 i 2007, 86 pacients amb inestabilitat G-H són operats sense exclusió pel mateix cirurgià segons la tècnica de capsulorràfia oberta en T associada a reinserció del labrum i LGHI sobre la glena. S'analitza la incidència de recidives post operatòries i es comparen entre els pacients amb recidives i la població global de l'estudi els següents factors: edat del pacient en el primer episodi, etiologia, número de recidives preoperatories, número de luxacions reduïdes per personal sanitari, hiperlaxitud, activitats esportives i laborals, lesió de Hill-Sachs i lesió de la glena.

Resultats

Dels 86 pacients operats s'han revisat 74 amb una pèrdua de 12 (13.9%). El primer episodi de luxació es produeix en la majoria de pacients quan són joves (21.4 anys), molts d'ells són hiperlaxes (71.6 %), i en el 50% dels casos d'etiologia traumàtica. En els pacients que presenten recidiva després de la intervenció quirúrgica, l'edat de presentació del primer episodi és de 18.2 anys, presenten hiperlaxitud el 50% dels casos i l'etiologia és traumàtica en el 25 % d'aquests. Practiquen activitat esportiva un 46.6%, del grup que presenten recidiva un 75% i un 50 % són treballadors manuals d'ambdós grups. Un 67.5 % presenten lesió de Hill-Sachs, i en pacients recidivats un 50%. Presenten lesió de la glena un 40%, i dels pacients luxats un 100 %. La incidència de recidives post-operatòries és de 5.4 % (4 pacients de 74).

Conclusions

Dels factors analitzats, el més determinat per una recidiva és la lesió de la glena, que apareix en tots els pacients, seguit de l'activitat esportiva. Tenim que destacar que l'edat és inferior a la global. Pacients de 18 anys esportistes amb lesió de la glena serien els pacients amb més risc de recidiva.

O-81

REVISIÓ DEL TRACTAMENT DE LA INESTABILITAT D'ESPATLLA MITJANÇANT CAPSULORRÀFIA OBERTA. SEGUIMENT MÍNIM DE 5 ANYS

Poy Gual, C.; Mora Guix J.; Gámez Baños F.

Consorti Sanitari de Terrassa

Introducció i objectius

L'objectiu d'aquest estudi retrospectiu és avaluar els resultats funcionals d'estabilitat i qualitat de vida de la capsulorràfia oberta en T associada a reinserció del labrum i LGHI sobre la glena en pacients amb inestabilitat anterior i antero-inferior, així com les recidives d'aquesta tècnica en relació al temps d'evolució des de la intervenció amb un seguiment mínim de 5 anys.

Material i mètode

Entre els anys 1994 i 2007, 86 pacients són operats sense exclusió pel mateix cirurgià segons la tècnica capsulorràfia oberta en T associada a reinserció del labrum i LGHI sobre la glena. S'analitza la incidència de recidives postoperatòries global i en relació al temps de seguiment i s'avalua la funció, qualitat de vida i satisfacció del pacient amb els següents tests Walch-Duplay, Rowe, ASES, Dash i Sane.

Resultats

Dels 86 pacients operats s'han revisat 74 amb una pèrdua de 12 (13.9%). La incidència de recidives postoperatòries és de 5.4 % (4 pacients de 74). La mitja dels tests d'avaluació de la funció i estabilitat de Walch-Duplay és 82.57, Rowe de 90 i ASES 90.3. La mitja pel test de qualitat de vida Dash és de 48.92. El test de satisfacció pel procediment i resultat Sane és de 85.36.

Conclusions

Considerem que la tècnica capsulorràfia oberta en T associada a reinserció del labrum i LGHI sobre la glena, és una intervenció que proporciona una baixa incidència de recidives i una correcta funció i estabilitat.

MÀ - COLZE

Divendres 20

Sala 1: Sala 3 - 17:00-18:00 h.

Orals: O82-O86B

Moderadors: Xavier Mir

Carles Puente

O-82

ESTUDI DE 21 PRÓTESIS DE CAP DE RADI MODULAR

Pérez Abad, M.; Sánchez González J.; Vives ISelva M.; Jimenez Obach A.; Malagelada Romans F.; Lucar López G.; Bucci Bucci G.

Hospital de Mataró

Introducció i objectius

Actualment i degut a nombrosos factors demogràfics, s'ha observat un augment exponencial en el nombre de fractures de cap de radi. Existeix certa controvèrsia pel que fa el millor tractament a seguir, i la literatura actual manté obert el debat. Els estudis publicats són de sèries curtes i temps d'evolució igualment curts, el què limita considerablement la capacitat d'emetre recomanacions. L'objectiu del nostre estudi és valorar la nostra sèrie de casos en que hem realitzat una artroplàsia de substitució de cap de radi. Intentarem definir el patró inicial de fractura, la presència de lesions associades que comportin a inestabilitat de colze. Paral·lelament, s'estudiarà l'evolució d'aquestes fractures pel que fa a balanç articular, satisfacció a mitjà i curt plaç, retorn a l'activitat, i evolució radiològica de cada cas.

Material i mètode

Hem realitzat un estudi descriptiu retrospectiu de las fractures de cap de radi classificades mitjançant l'escala de Mason (modificada per Moberg/Morrey), i tractades quirúrgicament entre el 2007-2011 mitjançant l'implantació d'una pròtesi modular (Ascension®). La mitjana de seguiment ha seguit de 15 mesos. Per a l'avaluació de resultats s'ha usat l'escala de Mayo (MEPS) combinada amb paràmetres radiològics i subjectius del pacient. De la mateixa manera, hem evaluat les complicacions aparegudes a curt i mitjà plaç.

Resultats

S'han estudiat 21 pacients (8 homes/13 dones) amb una mitjana d'edat de 53.4 años. Vàrem obtenir el següent patró pel què fa a la classificació de les fractures: 3 fractures Mason II, 8 fractures Mason III, 10 Fractures Mason IV. D'aquestes, 5 lesions associaven fractures de la metàfisi proximal del cúbit (Equivalent de Monteggia). S'observaren, concomitantment, 11 fractures de coronoides (8 tipus I, 2 tipus II, 1 tipus III). En

un cas es tractà d'una luxació oberta de colze posterolateral. En dos casos es valorà inestabilitat per MCL (que va requerir reconstrucció). Radiològicament s'ha observat afluixament de 5 implants. S'ha valorat afectació condral en 7 casos (capitellum). Subluxació posterior postoperatòria en 3 casos i ossificació heterotòpica en 4 casos. La mitjana de balanç articular: flexió 130°, Extensió -5°, Pronació 90°, Supinació -5°. 18 d'aquests 21 pacients estan satisfets o molt satisfets amb el resultat. 1 pacient totalment insatisfet. 2 pacients insatisfets. El MEPS presenta uns resultats de 50% de pacients amb resultat Excel·lent, 25% amb bon resultat, 16% regular, 8% dolent. Les complicacions van incloure afluixament en 5 casos, desmuntatge d'osteosíntesi cubital en un cas, neuroapràxia del nervi cubital recuperada en 1 cas, Subluxació postoperatòria en 2 casos.

Conclusions

Els resultats a mitjà plaç semblen indicar que la realització d'artroplàstia de substitució és una intervenció relativament senzilla que aporta bons resultats en fractures conminutes de cap de radio aïllades o associades a inestabilitat/luxació. Això permet una recuperació ràpida, així com una reconstrucció anatòmica de l'articulació. No obstant, el seguiment es curt per tal de valorar la supervivència i complicacions que pugui generar l'implant.

O-83

REVISIÓ D'11 CASOS DE FRACTURA-LUXACIÓ DE LA BASE DEL CINQUÈ METACARPIÀ

Fernández Muñoz, S.; Olivera García D.; Wilches Restrepo C.; Gimeno Blasco F.; Cañamares Sió L.; Marimón Nieves P.; Cortes Susana J.

Hospital d'Igualada (CSA)

Introducció i objectius

La fractura-luxació de la base del cinquè metacarpíà representa una patologia relativament freqüent a urgències de la nostra especialitat, que per la seva inestabilitat requereix d'un acurat diagnòstic i tractament. L'objectiu d'aquest treball es fer una revisió dels casos tractats al nostre centre.

Material i mètode

Realitzem un estudi retrospectiu de 11 pacients tractats al nostre hospital entre els anys 2005 i 2012. Tots els pacients son homes, amb edats compreses entre els 18 i els 67 anys, que van presentar fractura-luxació dorsal de la base del cinquè metacarpíà, amb antecedent traumàtic, associada o no a altres lesions de la mà. Tots van ser diagnosticats amb radiologia simple i tractats amb reducció tancada sota control d'escòpia, fixació interna amb agulles de Kirschner i immobilització durant 4 a 6 setmanes.

Resultats

L'evolució dels pacients va ser correcta, amb bons resultats en quant a balanç articular i dolor.

Conclusions

Les fractures luxacions de la base del cinquè metacarpíà son fractures inestables, degut a la tracció que l'extensor i el flexor cubital exerceixen sobre el fragment diafisari, provocant el desplaçament proximal d'aquest. La identificació d'aquestes lesions es important per tal de poder tractar-les adequadament i disminuir les seves seqüeles. En la nostra experiència, la fixació amb agulles de Kirschner ofereix bons resultats en aquesta patologia.

O-84

FRACTURES DELS CAPS DELS METACARPIANS. ANÀLISI DE 7 CASOS

Canosa Aresté, J.; López Navarro C.; Morales De Cano J.; Illobre Yebra J.; Gordo Coll C.; De La Torre Rodríguez M.; Salgado Varela O.

Hospital del Vendrell

Introducció i objectius

Les fractures del cap dels metacarpians són poc freqüents i, de vegades, de diagnòstic difícil. El propòsit de la present revisió es l'anàlisi dels casos tractats en el nostre Servei en els darrers 5 anys.

Material i mètode

Es tracta d'un estudi retrospectiu de 7 pacients diagnosticats de fractura del cap del metacarpíà. Es detalla el mecanisme traumàtic, l'existència o no de lesions locals associades, el procediment diagnòstic i el tractament portat a terme.

Resultats

Tots els pacients són varons entre els 14 i els 45 anys d'edat. El diagnòstic és radiològic complementat per TC en 1 cas. En 6 las fractures van ser parcelars i osteocondrals, desplaçades i amb esglaó articular. El lesionat restant va patir una fractura conminuta (diagnòstic per TC). En tots ells els ossos fracturats fóren el 2 i el 3er. El tractament va consistir en una reducció oberta i síntesi amb cargols i/o placa de minifragments en 4 casos. En els restants se va assolir la reducció per manipulació tancada i fixació amb Kirschner. Es va aconseguir la restitució de l'anatomia en tots i la recuperació completa de la mobilitat i la funcionalitat de la mà.

Conclusions

1. La fractura del cap dels metacarpians és una lesió rara que, en alguns casos, no es diagnòstica.
2. La Tc és una exploració útil per l'estudi dels desplaçaments i la possible conminució del cap.
3. La reducció exacta i la mobilització precoç són essencials per a arribar a una bon resultat clínic i funcional.

O-85

ARTROPLÀSTIA DE L'ARTICULACIÓ INTERFALÀNGICA PROXIMAL: COMPARACIÓ ENTRE L'ABORDATGE PALMAR I DORSAL

Natera Cisneros, L.; Lamas Gómez C.; Álvarez Gómez C.; Gómez Masdeu M.; Moldovan Ovidio R.; Proubasta Renart I. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Material i mètode

Entre 2005 i 2010, es van realitzar un total de 22 reemplaçaments d'AIP en 17 pacients. La mitjana de seguiment va ser de 29 mesos. Les indicacions de cirurgia han inclòs el dolor amb destrucció articular, disminució de l'amplitud de moviment, inestabilitat i deformitat. La edat mitjana va ser de 56 anys. Hi havia 10 dones i 7 homes. El diagnòstic preoperatori va ser de la osteoartritis en 8, artritis reumatoide en 4, artritis posttraumàtica en 3, i artritis psoriàsica en 2. Els dits reemplaçats van ser: el medi (11), l'índex (6), i l'anell (5). L'implant que es va utilitzar en tots els pacients va ser el "PIP Soft-esquelètic Implant" (Avanta Ortopedia, San Diego, CA). Es va realitzar un abordatge dorsal en 14 articulacions, i un abordatge volar en 8. L'avaluació clínica preoperatoria inclou el dolor i l'amplitud de moviment. L'avaluació del dolor es va basar en l'escala visual analògica (EVA) de 0 (cap dolor) a 10 (dolor intens). Les puntuacions mitjanes de dolor preoperatori promediaban un 6 (4-8). L'arc de moviment preoperatori mitjà era de 35 ° (-15 ° / 60 °) en ambdós grups. En la darrera visita del seguiment, l'EVA i el rang de moviment es va registrar i es va comparar amb els valors preoperatoris. "The Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand" qüestionari (DASH) dadas es van obtenir. La valoració mitjançant imatges inclou un examen radiogràfic de l'articulació en projeccions posteroanterior (PA), laterals i oblics.

Resultats

Al final del seguiment la satisfacció general de pacients era gairebé del 80%. No es van trobar diferències en la EVA postoperatori (mitjana 1), ni en el DASH (mitjana 14) entre ambdós grups. El arc mitjà de flexió-extensió post-operatòri del grup de l'abordatge dorsal era de 10 ° / 94, i el de l'abordatge volar de 0 ° / 92 °. Es va realitzar una artroplàstia de revisió en

una articulació del grup d'abordatge dorsal. No es van presentar complicacions com la infecció, o fractura de l'implant. Es va presentar un cas de luxació en un pacient del grup d'abordatge dorsal.

Conclusions

En la nostra sèrie hem trobat que l'abordatge palmar ofereix els avantatges de mantenir la integritat del mecanisme extensor, resultant en una restauració completa de l'extensió en l'arc de moviment. A més, hem observat que importants malformacions del coll de cigne secundàries a l'artritis traumàtica poden ser corregides mitjançant la reparació o reconstrucció.

O-86

TRACTAMENT QUISTS SINOVIALS DORSALS I VOLARS DE CANELL PER VIA ARTROSCÒPICA

Rius, X.; Casañas Sintet J.; Martínez M C.; López Marne S.; Portabella Blavia F. Hospital Universitari de Bellvitge

Introducció i objectius

La patologia sinovial de canell és un procés degeneratiu habitualment de l'articulació escafolunar i entre lligament radioescafogran i radiosemilunar curt. Es presenta el tractament de 48 ganglions de canell tractats per artroscòpia, 5 volars i 43 dorsals.

Material i mètode

Es tracta d'una sèrie de 48 quists tractats per artroscòpia entre 2010 i 2011, 21 homes i 27 dones amb edats entre 19 i 41 anys. El temps mig de intervenció fou de 20 min i es van realitzar actuacions al mateix acte quirúrgic sobre l'articulació migcarpiana al 40% dels casos. Tots els pacients van ser donats d'alta el mateix dia sense immobilització rígida.

Resultats

Només hi ha hagut 1 cas de recidiva a un quist dorsal. La reincorporació laboral mig fou de 2 a 5 setmanes, amb un balanç articular mig de 60-0-50. El dolor va desaparèixer com a promig a les 3 setmanes. No hi ha hagut cap infecció.

Conclusions

Habitualment és patologia tractada per cirurgia oberta, però amb la tècnica artroscòpica es permet tractar patologia associada de canell al mateix acte quirúrgic, com la inestabilitat mig carpiana. Considerem que, malgrat cal corba d'aprenentatge, és una tècnica poc invasiva i molt versàtil per valorar el canell en el seu conjunt.

O-86B

**ARTROSIS TRAPEZI METACARPIANA TÈCNICA ASCENSIÓ
PYRODISK COMPLICACIONS**

*Tubella, J., Vancells, M., Cruz, A., Franco, J., Fuste, J., Gaitán,
D., Pérez, A.*

Hospital d'Olot

Presentem la nostra experiència recollida dels anys 2007-2011. Hem operat 24 casos amb el diagnòstic d'artrosi trapezi metacarpiana pura. En 2 casos s'ha afegit una alliberació del retinacle flexor per síndrome del túnel carpià associat. La tècnica utilitzada ha estat amb un penjoll del tendó abductor pol·licis longus. Un 25 % dels casos han necessitat una segona cirurgia de rescat per dolor. Plantegem la possible etiologia del fracàs i la indicació d'aquest tipus de cirurgia davant el percentatge de revisió.

MILLORS COMUNICACIONS ORALS

Moderadors: E. Càceres, M.A. Foufre, F. Portabella

MCO-1

LESIONS DEL MANEGOT ABDUCTOR-ROTADOR DEL MALUC. CONCEPTE, TÈCNICA QUIRÚRGICA MINI-INVASIVA DESENVOLUPADA I ANÀLISI DELS RESULTATS EN ELS PRIMERS 45 PACIENTS

Marlet Jordana, M.; Cárdenas Nylander C.; Ribas Fernández M.; Miquel Noguera J.; Bellotti B V.; Càceres Palou E.

ICATME - I.U.DEXEUS. Barcelona

Introducció i objectius

El dolor a la cara lateral del fémur sol atribuir-se a "bursitis trocantèrica" i es tractada conservadorament. El quadre clínic freqüentment es relaciona amb dolor local i un maluc amb abducció debilitada, de mesos a anys de duració. El tractament quirúrgic fins fa pocs anys, incloïa la lliberació de la fascia lata i bursectomia. No obstant, en molts casos rau una desinserció parcial o total del gluti mig i menor. El major risc del tractament incorrecte és la degeneració grasa del múscul, amb la corresponent pèrdua de funció.

Material i mètode

Des de l'any 2007 fins el 2010 s'han intervingut 45 casos, 41 amb lesions parcials (Thomas II) i 4 amb avulsions totals (Thomas III); corresponents a 34 dones i 11 homes, amb una edat mitja de 53 (26-77). En 29 casos existia un test del resalt provocat positiu. Es realitza una incisió d'entre 4 i 12 cm, segons el pacient, seguint "les lleis de la finestra mòbil" per a cirurgia mini-invasiva. Es realitza una osteotomia regularitzadora del plafó femoral segons planificació sobre la zona d'avulsió trocantèrica i es re-ancla el manegot amb anclatges biorreabsorbibles, i sutura ampliada de retensat segons tècnica pròpia. Es valora el resultat funcional (Test d'actiu d'abducció en dècubit lateral - TAAB, Trendelemburg pre i post, escales WOMAC-NAHS, preop i últim seguiment) i possibles complicacions. Les dades s'analitzen estadísticament (SPSS 13, Chicago-IL).

Resultats

Tots els pacients excepte 5 casos milloraren en el TAAB (88,8%, $p < 0,05$) a l'últim seguiment. En 24 casos, tot i que TAAB era negatiu, el Trendelemburg no va negativitzar-se fins als controls efectuats entre els 4 i 6 mesos. Els casos de no

milloria presentaven un trendelemburg de mínim a moderat. En aquests casos, la no milloria es relaciona amb pacients Thomas III i una franca degeneració muscular grassa. Un d'ells precisa d'un bastó anglès. El WOMAC mig millora de 57,2 (36-68) a 88,8 (46-98) ($p < 0,05$) i el NAHS de 47,8 (31-57) a 77,3 (37-94). No es produïren complicacions neurovasculars. 8 casos (17.7 %) presentaren seroma que va requerir punció-aspiració i 1 d'ells amb una infecció superficial, requerint una posta a pla quirúrgica.

Conclusions

El tractament quirúrgic de les lesions del manegot abductor-rotador és eficaç en termes de milloria clínic-funcional. El dolor lateral de maluc no hauria de subestimar-se, ja que en molts casos rauen ruptures parcials (Thomas II) o totals (Thomas III). Recomanem un diagnòstic precoç clínic i complementari (radiològic i RMN d'alta resolució) l'abans possible, així com el correcte tractament. En molts casos l'osteotomia regularitzadora del plafó femoral té un doble efecte de permet el re-anclatge a òs sà i disminuir l'excessiva lateralitat que molts d'aquests malucs presenten.

MCO-2

INFLUÈNCIA DE LA DEPRESSIÓ ALS RESULTATS DE PTG

Pérez Prieto, D.; Gil González S.; Pelfort López X.; Leal Blanquet J.; Montserrat Ramón F.; Puig Verdí L.; Hinarejos Gómez P.

Parc de Salut Mar. Barcelona

Introducció i objectius

S'han descrit factors que es relacionen amb els resultats de les protesis totals de genoll (PTG) com ara la edat, la obesitat, EPOC i també s'ha relacionat l'estat anímic amb els resultats, tot i que la literatura al respecte no sembla aclarir si la depressió influeix negativament al resultat final de la pròtesi o és la conseqüència de la gonàlgia i incapacitat funcional.

Material i mètode

Estudi prospectiu de 716 malalts consecutius intervinguts de PTG al Hospital de l'Esperança. Les eines empleades per a mesurar qualitat de vida i funció van ésser el SF-36, WOMAC

i KSS, la EVA per a valorar el dolor i dues qüestions categòriques sobre satisfacció. Els tests es varen completar preoperatoriament i a l'any de la intervenció. Varem dividir als pacients en dos grups en funció de la presència o no de antecedents de depressió.

Resultats

Dels nostres pacients, 200 havien estat diagnosticats de síndrome depressiva prèviament, dels quals 158 rebien tractament al moment de la cirurgia. Els 516 malalts restants no havien estat mai diagnosticats de depressió. Abans de la intervenció, els malalts amb depressió mostraven pitjor funció i qualitat de vida a tots els tests, mostrant diferències significatives al WOMAC, SF-36 i EVA ($p < 0,05$). Els pacients deprimits també tenen pitjors resultats estadísticament significatius postoperatoris a tots els qüestionaris ($p < 0,05$). Pel que fa a les diferències respecte al preoperatori, els pacients amb síndrome depressiva milloraven 8.83 punts menys que els no deprimits al KSS total ($p = 0,049$). El score físic del SF-36 millora 2.91 punts menys als pacients deprimits ($p = 0,003$), però l'esfera mental millora 3.00 punts més als pacients deprimits ($p = 0,024$). Quan els pacients eren interrogats pel grau de satisfacció i si es tornarien a operar, les diferències entre un i altre grup no van ésser significatives ($p > 0,05$).

Conclusions

La influència de l'estat anímic al resultat de les intervencions ortopèdiques ha despertat un interès creixent als últims anys. Tot i així, aquesta relació als pacients intervinguts de pròtesi de genoll no ha quedat ben establerta, trobant autors que suggereixen no intervenir a aquests malalts pels pitjors resultats i d'altres que proposen tot el contrari, ja que l'estat d'ànim millora tras la intervenció pel decrement del dolor. El fet de que tant el component físic del SF-36 com el KSS milloren més als pacients no deprimits demostraria la teoria de que el estat anímic influència el resultat final de funcionalitat dels pacients operats de PTG. Al nostre estudi trobem que els malalts deprimits parteixen de puntuacions de qualitat de vida i funció preoperatories més baixes (i dolor més alta) que els no deprimits i, els resultats postoperatoris també son més baixos. No obstant, la millora respecte al preoperatori de les esferes mentals del SF-36 és més important als malalts deprimits, la qual cosa podria assenyalar que les ganàncies en funció i dolor milloren l'aspecte mental de la qualitat de vida. Per tant, amb els nostres resultats, pensem que els malalts amb depressió també es beneficien d'una intervenció per PTG degut als resultats clínicament molt superiors al postoperatori respecte al basal i que inclús podrien obtenir millores superiors a certes esferes en relació als malalts no deprimits i amb un grau de satisfacció sense diferències.

MCO-3

LA UTILITZACIÓ SISTEMÀTICA DE CIMENT AMB ANTI-BIÒTIC EN PTG PRIMÀRIA NO AUGMENTA LA TAXA DE RESISTÈNCIES BACTERIANES

Guirro Castellnou, P.; Hinarejos Gómez P.; Pelfort López X.; Leal Blanquet J.; Montserrat Ramón F.; Càceres Palou E.; Puig Verdí L.

Parc de Salut Mar. Barcelona

Introducció i objectius

La utilització de ciment amb antibiòtic s'ha fet servir per disminuir la incidència d'infecció en artroplasties de maluc i genoll, basant-se en estudis retrospectius a partir dels registres nacionals d'artroplasties. No existeixen estudis prospectius randomitzats sobre la utilització de ciment amb antibiòtic en la prevenció d'infecció protètica de genoll.

Material i mètode

Es van randomitzar 2948 pacients operats de PTG al mateix quiròfan des de 2005 fins 2010. Es va utilitzar ciment Simplex® (sense antibiòtic) en 1459 (49,5%) pacients i ciment Simplex® amb colistina i eritromicina en 1489 pacients (50,5%). El seguiment mínim ha estat de 12 mesos. Es van comptabilitzar totes les infeccions profundes i superficials, estudiant la incidència d'infecció (criteris CDC), les bacteries causants i les seves resistències.

Resultats

Es va detectar infecció en 85 pacients (2.9%), 40 amb infecció profunda (1,4%) i 45 (1,5%) superficial. La incidència d'infecció profunda va ser de 1,3% (20 pacients) en el grup de ciment amb antibiòtic i de 1,4% (20 pacients) en el grup de ciment sense antibiòtic, essent aquesta diferència no significativa ($p > 0,05$). Al grup de ciment amb antibiòtic es van objectivar 10 infeccions monomicrobianes, 9 polimicrobianes i 1 amb cultius negatius, mentre que al grup de ciment sense antibiòtic se'n van objectivar 16 de monomicrobianes i 4 de polimicrobianes, essent aquestes diferències no estadísticament significatives ($p > 0,05$). Tampoc hem trobat diferències en el número de bacteries resistents a eritromicina, ja que 7 de 19 eren resistents a eritromicina en el grup de ciment sense antibiòtic i 9 de 18 en el grup de ciment amb antibiòtic.

Conclusions

En el nostre estudi, la utilització de ciment amb antibiòtic en pròtesi primàries de genoll no disminueix la incidència d'infecció protètica ni modifica les característiques de les bacteries responsables. No podem aconsellar la utilització de ciment amb eritromicina i colistina per disminuir la incidència d'infecció en pròtesi primàries de genoll, però la seva utilització tampoc sem-

bla incrementar el percentatge de bacteries resistents a aquest antibiòtic en els pacients que acaben desenvolupant una infecció.

MCO-4

INFILTRACIÓ DE COLAGENASA DE CLOSTRIDIUM HISTOLYTICUM PER AL TRACTAMENT DE LA MALALTIA DE DUPUYTREN: RESULTATS PRELIMINARS

Alentorn Geli, E.; Piñol Jurado I.; Valverde Vilamala D.; Pidemunt Molí G.; Puig Verdí L.; Cebamanos Celma J.

Parc de Salut Mar. Barcelona

Introducció i objectius

La malaltia de Dupuytren consisteix en una retracció de la aponeurosis palmar ocasionant una deformitat dels dits en flexió irreductible. Tot i que s'han proposat nombroses opcions no quirúrgiques, aquests malalts precisen de cirurgia que seccioni o extirpi la aponeurosis palmar per tal de resoldre la seva alteració funcional. Recentment, estudis amb nivell d'evidència I han demostrat que la infiltració de colagenasa produïda per la bacteria *Clostridium histolyticum* és superior que el placebo en la millora de la retracció metacarpofalàngica i interfalàngica en pacients afectats per la malaltia de Dupuytren. L'objectiu d'aquesta sèrie de casos és avaluar la eficàcia i seguretat de la infiltració de colagenasa en la retracció digital de pacients afectats per la malaltia de Dupuytren.

Material i mètode

Deu pacients amb malaltia de Dupuytren amb afectació d'una sola corda (excepte el polze) i deformitat metacarpofalàngica entre 20° i 100° i interfalàngica entre 20° i 80°, amb edat superior a 18 anys, van ésser inclosos en aquest estudi pilot. Una vegada informats dels riscos i beneficis i firmat el corresponent consentiment informat, els pacients es van sotmetre a 1 infiltració de colagenasa, un enzim provinent de la bacteria *Clostridium histolyticum*. L'endemà de la infiltració, els pacients es van citar a quiròfan per a realitzar una manipulació de la corda aponeuròtica sota anestèsia regional. Una vegada trencada la corda, es va mantenir una fèrula en extensió durant la primera setmana a temps complert i després només nocturna durant 2 mesos. Els angles de mobilitat metacarpofalàngica abans i després de la infiltració així com les complicacions van ésser enregistrades.

Resultats

La retracció afectava en 8 pacients el 5è dit, 1 el 4rt, i un el 3er i 4rt per una única corda en "Y" (6 pacients a la mà dreta i 4 a l'esquerra). Totes les infiltracions es van produir a nivell de l'articulació metacarpofalàngica. La mitjana (desviació estàndard) d'edat era de 64.7 (8.7) anys. La mitjana (desviació

estàndard) de la contracció era: 41'8° (20.2) abans de la infiltració i -1.3° (10.9) després de la infiltració, amb una diferència pre-post de 42.7° (21.2). La flexió fou complerta en tots els casos excepte un pacient que va presentar una distància dit palmell de 1 cm. Les complicacions van ésser hematoma a lloc d'infiltració (50%) i laceració cutània (40%). Tots els pacients van presentar dolor al lloc d'infiltració, que va resoldre per complert en les primeres 2 setmanes. El seguiment d'aquests pacients va ser de 2 mesos.

Conclusions

En aquesta primera sèrie de casos s'ha pogut comprovar la gran milloria de mobilitat durant els 2 primers mesos després de la infiltració, arribant a una mitjana de lleugera hiperextensió metacarpofalàngica amb poca morbiditat (hematoma i laceració autoresolta) i sense complicacions majors com reacció al·lèrgica o lesions neurovasculars o tendinoses. La infiltració de colagenasa pot ésser una opció terapèutica de futur en pacients seleccionats.

MCO-5

GESTIÓ DE L' ASSISTÈNCIA ALS PACIENTS INGRESSATS EN UN SERVEI DE COT: UN ESCENARI NOVEDÓS.

Bachiller Cano, R.; Arias Rivero M.; Díaz Escriu F.; Casellas Basagaña M.; Amblas Novellas J.; Rodríguez Miralles J.

Hospital General De Vic

Introducció i objectius

Presentem un model d'atenció integral, desenvolupat de manera conjunta entre els Serveis de COT, Medicina Interna i el Servei de atenció geriàtrica de aguts (UGA). El basem en l'adscripció d'un metge adjunt del servei de Medicina Interna desenvolupant la tasca assistencial pròpia de la seva especialitat a la planta de COT i el recolzament extern puntual de la UGA (o pediatres) en funció de l'edat i situació funcional prèvia dels pacients, i antecedents patològics que puguin presentar. L'objectiu és millorar la oferta assistencial. L'augment de l'esperança de vida comporta una alta prevalença de malalties degeneratives i traumatismes secundaris a caigudes en la població geriàtrica. El 80% de les fractures a la regió del maluc tenen lloc en pacients per sobre dels 75 anys con una taxa d'hospitalització de 100/100.000 habitants/any. Paral·lelament, la millora de les tècniques i els dissenys dels dispositius quirúrgics i els procediments anestèsics, condiciona que l'edat mitjana dels pacients ingressats en un servei de COT i sotmesos a procediments quirúrgics s'hagi anat incrementat progressivament en els darrers anys. Aquest perfil de pacient s'associa a fragilitat orgànica, estàncies prolongades i pre-

sència de complicacions sistèmiques de manera gairebé constant i que són de difícil control únicament per traumatòlegs. Al mateix temps, ja és conegut que el pacient politraumatitzat precisa la intervenció de diversos equips assistencials.

Material i mètode

Clàssicament, la patologia no estrictament associada a l'aparell locomotor rebia diverses opcions d'atenció; la interconsulta aïllada, que proporciona assistència puntual i discontinua, a vegades exercida per diferents professionals, però que resta homogeneïtat al programa terapèutic i a la metodologia de treball i suposa una carga extra de treball per el servei consultat. Altres mètodes consistirien en el consultor fixa pels serveis quirúrgics, o equips mèdics adscrits a serveis quirúrgics, però físicament allunyats de la planta de COT. En el model que presentem, existeix un especialista de Medicina Interna que desenvolupa la seva activitat de forma fixa i constant en la planta de COT i una atenció compartida mèdico-quirúrgica. Tots els pacients ingressats amb edats compreses entre els 18 i 85 anys reben un seguiment diari i compartit per l'especialista de COT l'especialista de Medicina Interna, entre 0 i 14 per COT i pediatria i per sobre de 85 anys (o pacients amb gran fragilitat associada) per COT i UGA. Tots els processos assistencials es beneficien d'aquest mètode de treball. Tanmateix existeixen diferents patologies en les que l'especialista en Medicina Interna agafa una representació més preeminent (traumatismes toracoabdominals, traumatismes craneoencefàlics). El procés s'inicia amb una història clínica detallada, centrada no solament en la patologia del aparell locomotor, sinó indagant en patologies intercurrents cròniques. Les intervencions durant l'ingrés són múltiples (antibioteràpia, analgèsia, adequació de tractaments crònics, valoració i preparació pre-quirúrgica, prevenció i tractament de les complicacions durant el postoperatori, orientació de la recuperació funcional, estudi d'osteoporosis, prevenció i protocols de tractament de la malaltia, coordinació amb la resta de professionals, etc.). S'ha establert un protocol institucional pel tractament del dolor amb la finalitat de disminuir-ne l'intensitat, valorat mitjançant una escala visual analògica. Respecta a anys anteriors cal destacar que el 100% dels pacients ingressats tenen prescrita una pauta analgèsica fixa (es tracta de pacients operats o no). El destí final a l'alta (domicili, hospitalització domiciliària o hospital de convalescència) es més concret i adequat gràcies a conèixer millor de les necessitats del pacient comptant a més amb l'ajut de diversos programes d'assistència a domicili.

MCO-6

DIFERENCIACIÓ ENTRE INFECCIÓ PROTÈTICA ARTICULAR I RECANVI ASÈPTIC MITJANÇANT RCP MULTIPLEX DEL LÍQUID DE SONICACIÓ

Sánchez Soler, J.; Portillo Bordonabe M.; Sorlí Redó M.; Alier Fabregó A.; Martínez Díaz S.; Horcajada Gallego J.; Puig Verdier L.

Parc de Salut Mar . Barcelona

Introducció i objectius

Els cultius de teixits peri-protètics tenen una sensibilitat limitada en el diagnòstic de la infecció de pròtesi articular (IPA), especialment en infeccions de baix grau i en pacients que reben antibiòtics abans de la cirurgia. Avaluem el valor de la RCP múltiplex per diferenciar entre IPA i el recanvi asèptic (RA), comparant-la amb el cultiu de teixit peri-protètic i el cultiu del líquid de sonicació.

Material i mètode

Es van incloure totes les pròtesi articulars retirades consecutivament en el nostre centre entre juliol de 2010 i juliol de 2011. Les causes de la seva retirada van ser RA i IPA. Es va definir IPA quan almenys un dels següents criteris estava present: (i) presència d'àrees amb drenatge purulent, (ii) presència de trajecte fistulós, (iii) inflamació aguda en teixit histopatològic, (iv) recompte elevat de leucòcits i/o neutròfils en aspirat articular pre-operatori, o (v) creixement microbià en almenys dos teixits peri-protètics. Es va definir RA en absència dels criteris prèviament mencionats i a més a més es va classificar com afluixament mecànic, fractura o luxació. Les pròtesi retirades van ser sonicades (com es descriu al NEJM 2007:357;654) i el líquid resultant va ser cultivat aeròbicament i processat mitjançant la RCP múltiplex SeptiFast® (Roche Diagnostics)

Resultats

Es van obtenir 86 pròtesis incloent 56 pròtesi de genoll, 25 de maluc, 3 de colze i 2 espatlla. Es va diagnosticar IPA en 24 casos (28%) i RA en 62 casos (72%). L'edat mitjana dels pacients va ser de 73 anys (rang 27-89). La RCP múltiplex va detectar més IPA (96%) que el cultiu de teixit peri-protètic (71% $p=0.031$) o el cultiu de sonicació (67% $p=0.016$). La RCP Múltiplex va detectar més infeccions polimicrobianes (29%) que el cultiu de teixits peri-protètics (13%) o el cultiu de sonicació (17%). Dels 12 pacients amb IPA que van rebre antibiòtics previs a la cirurgia, els cultius de teixit peri-protètic van ser positius en 8 casos (67%), 6 casos en cultiu de líquid de sonicació (50%) i 11 casos en RCP múltiplex (92%). Els cultius de RA van ser negatius, tot i que en l'11% dels casos van créixer microorganismes en un sol teixit i en el 10% dels casos van créixer en cultius de soni-

cació microorganismes amb un recompte de $<50\text{ufc/ml}$. La RCP múltiplex no va detectar cap microorganisme.

Conclusions

Aquesta RCP múltiplex del líquid de sonicació presenta una alta sensibilitat (96%) i especificitat (100%) pel diagnòstic de

IPA. Les avantatges que aporta la detecció d'IPA són: (i) diferència entre IPA i RA, (ii) detecta més IPA, especialment en pacients que han rebut antibiòtics previament a la cirurgia, i (iii) detecta més infeccions polimicrobianes que el cultiu.

MILLORS CARTELLS CIENTÍFICS

Moderadors: J.J. Fernández, J. Nardi, S. Suso

P-4

ESPONDILOLISTESIS CERVICAL COM A CAUSA DE SÍNDROME DE L'ARCADA DE HUNTER: DESCRIPCIÓ D'UN CAS

Piñol Jurado, I.; Ramírez Valencia M.; Saló Bru G.; Molina Ros A.; Lladó Blanch A.; Puig Verdier L.

Parc de Salut Mar. Barcelona

Introducció i objectius

El diagnòstic i les proves complementàries de la insuficiència vertebro-basilar (IVB) són controvertits. La IVB associada a moviments voluntaris del cap es coneix com síndrome de l'arcada de Hunter (SAH). Aquest síndrome és rar i difícil de diagnosticar. Els autors descriuen un cas de IVB causada per la compressió de l'artèria vertebral (AV) degut a una espondilolistesis de C6.

Material i mètode

Descripció del cas: Home de 27 anys d'edat que es va presentar amb una història de 12 mesos d'evolució de vertigen i marejos quan mobilitzava el cap. Descartades altres causes d'origen neurològic i cardíac, va ser remès per una valoració ortopèdica. Les proves radiològiques van mostrar espondilolistesis entre les facetes C6-C7, amb desplaçament anterior de C6 i espina bifida de C6. Les radiografies d'estrès van mostrar inestabilitat entre C6-C7. La sospita clínica era de SAH secundari a inestabilitat cervical C6-C7 per ESPONDILOLISTESIS. La RM-Standar i l'angio-RM van mostrar un curs anòmal de la AV dreta a nivell de C6, abans d'entrar en els forats transversals, sense punts d'estenosis. L'angiografia dinàmica es va realitzar per a diagnosticar una estenosis posicional, però el resultat no va ser conclouent.

Resultats

Donada l'alta sospita clínica, descartant altres diagnòstics i donada la gran discapacitat del pacient, aquest va ser tractat mitjançant una artrodesis cervical anterior C6-C7. El pacient està lliure de símptomes als 15 mesos de seguiment, restituint les seves activitats laborals.

Conclusions

La compressió de la AV pot estar causada per lesions medul-lars, osteòfits, tumors o hèrnies discals; altres factors musculoesquelètics també han estat descrits. L'espondilolistesis cervical/espondilolistesis és infreqüent, amb més de 100 casos descrits en el món. Sol diagnosticar-se en pacients després d'un traumatisme menor o com una troballa incidental en una radiografia rutinària. L'espondilolistesis cervical pot causar el SAH. L'arteriografia d'estrès sota sedació no sempre és diagnòstica, ja que no reproduceix exactament les condicions que causen l'estenosis de l'AV. Descartant altres causes dels símptomes, la cirurgia de l'espondilolistesis pot resoldre la clínica. Aquest és el primer cas descrit, des del nostre coneixement, de SAH secundari a Espondilolistesis.

P-14

RESCAT DE PRÒTESIS TRAPEZI-METACARPIANES CONVERTINT-LES A BARTON-PELLEGRINI

Valverde Vilamala, D.; Cebamanos Celma, J.; Piñol Jurado, I.; Pidemunt Molí, G.; Espiga Tugas, X.; Torrens Cánovas, C.

Parc de Salut Mar. Barcelona

Introducció i objectius

El tractament de l'artrosi trapezi-metacarpiana pot fer-se de moltes maneres, des de la ressecció del trapezi (deixant o no interposat algun element entre escafoides i metacarpia) a la col·locació d'una pròtesi trapezi-MTC. La pròtesi aconsegueix una rehabilitació més ràpida i una major força prènsil, però presenta l'inconvenient que, en ocasions, pot fallar. Molts són els mètodes que estan descrits en la literatura per solventar el fracàs d'aquests tipus d'artroplasties, destacant les trapeziectomies soles o amb espaiadors tendinosos o de silicona (Swanson).

Material i mètode

Presentem la nostra experiència en rescat d'aquest tipus de pròtesis reconvertint-les a Barton-Pellegrini. Es tracta de dues dones (44 i 63 anys) que presenten una artroplàstia trapezi-MTC de la mà esquerra que ha fallat. Una d'elles per aflluixament i luxació i l'altra per osteòlisi important peri-implant. En els dos casos es realitza una retirada de la pròtesi i una re-

conversió a trapeziectomia amb interposició d'espaiador tendinós (Barton-Pellegrini).

Resultats

Els dos casos han presentat una milloria franca del dolor, mobilitat completa (Kapanji 10 i tancament complet del puny) amb una disminució de la força prènsil notòria però poc rellevant. El seguiment ha sigut de 4 anys en una i 6 mesos en l'altra.

Conclusions

La conversió a Barton-Pellegrini és un mètode útil, fàcil de realitzar i que pot donar bons resultats en aquests tipus de casos.

P-24

RESSECCIÓ EXTRAARTICULAR DE GENOLL AMB PRESERVACIÓ D'APARELL EXTENSOR EN OSTEOSARCOMA DE FÈMUR DISTAL

Barastegui Fernández, D.; Barrera Ochoa S.; Vélez Villa R.; Martínez Grau P.; Masvidal Sanz D.; Aguirre Canyadell M. Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona

Introducció i objectius

La presència o invasió del genoll per un sarcoma ossi és extremadament rara, no obstant, representa un repte per l'equip quirúrgic. La resecció completa de l'articulació es necessària si s'objectiva una invasió articular essent imprescindible la resecció extraarticular si l'objectiu és treure el sarcoma en bloc amb l'intenció de preservar l'extremitat afectada.

Material i mètode

Presentem el cas d'una pacient de 14a que presentava un osteosarcoma a nivell de metàfisi femoral distal. En l'estudi per ressonància es va detectar que la massa tumoral travessava la fisi distal del fèmur i a través de la inserció del LCA infiltrava l'articulació. Degut a la resposta al tractament i a la intenció de realitzar una cirurgia curativa amb salvament de l'extremitat es va realitzar una resecció en bloc de la massa tumoral i de la capsula articular del genoll amb osteotomia patel·lar i tibial per tal de mantenir els marges quirúrgics de seguretat, realitzant posteriorment la reconstrucció de l'extremitat amb una megapròtesi tumoral OSS Biomet®.

Resultats

Es va realitzar una exèresi en bloc de la massa amb la desinserció de la pota anserina a nivell medial amb preservació del lligament colateral, realitzant una osteotomia de tibia per sobre de la TTA preservant la inserció del bíceps femoral i desinsertant els gastrocnemis posteriorment. A cara anterior es

va realitzar una osteotomia de patel·la amb preservació de l'aparell extensor. Postoperatòriament, la pacient va seguir un curs correcte tot i que durant l'evolució de la ferida es va limitar una zona de patiment cutani a nivell de la cara medial (conus de biòpsia) que va produir una dehiscència de la ferida quirúrgica de 8 cm que ha requerit cures amb VAC i posterior reconstrucció amb penjoll cutani per part de cirurgia plàstica.

Conclusions

La ressecció extrarticular es una tècnica quirúrgica vàlida en propostes de salvament de l'extremitat per l'exèresi de sarcomes que tenim sospita o confirmació de que envaeixen l'articulació del genoll. Degut a la seva agressivitat, la tècnica quirúrgica no està exempta de complicacions.

P-26

TRASPLANT MENISCAL EN ADOLESCENT AMB ANTECEDENT DE MENISCECTOMIA PER MENISC DISCOIDE

Abat González, F.; Gelber Ghertner P.; Erquicia Adreani J.; Carrera Fernández I.; Colomina Morales J.; Ovidiu Moldovan R.; Monllau García J.

Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona

Introducció i objectius

Mostrar alternativa terapèutica per al síndrome postmeniscectomia per menisc discoide en pacient adolescent.

Material i mètode

Pacient amb antecedent de meniscectomia lateral subtotal als 8 anys d'edat. Als 11 anys acudeix al nostre centre per a valoració evolutiva sense presentar clínica. Als 15 anys inicia molèsties limitants en el compartiment lateral del genoll. Radiogràficament es va constatar una extremitat normo-alineada i normo-axada, amb col·lapse del compartiment femoro-tibial lateral. La ressonància magnètica confirmà l'absència del cos i banya posterior del menisc lateral. Degut a l'evolució clínico-radiològica i l'edat del pacient es decidí realitzar un trasplantament meniscal homòleg artroscòpic. Es va utilitzar el mètode descrit per Pollard per a calcular la mesura del aloinjert i es va fixar amb sutures.

Resultats

Rere un any de seguiment les imatges radiogràfiques mostren un normo-eix i una recuperació del espai articular. En la ressonància magnètica es pot apreciar el injert incorporat. El Lysholm millorà de 61 a 91, el grau de satisfacció fora de 3 sobre 4.

Conclusions

La detecció precoç del síndrome postmeniscectomia es essencial inclús en aquells casos de curta edat. El trasplantament meniscal pot proporcionar una milloria funcional i radiogràfica en aquests casos.

P-34

PTG ASSOCIADA A OSTEOTOMIA EN CÚPULA DE TIBIA PROXIMAL EN UN TEMPS COM A CIRURGIA DE RESCAT DESPRÉS DE FRACÀS D'OSTEOTOMIA PRÈVIA. EXPERIÈNCIA AMB 2 CASOS

Gil González, S.; Montserrat Ramon, F.; Sánchez Soler, J.; Lozano Álvarez, C.; Leal Blanquet, J.; Hinarejos Gómez, P.; Puig Verdí, L.

Parc de Salut Mar. Barcelona

Introducció i objectius

La osteotomia tipus "dome" (en cúpula), descrita per Maquet, és una tècnica quirúrgica vàlida per la correcció de grans deformitats en varo-valgo de la tibia proximal per la seva alta capacitat de correcció. No hem trobat referències d'aquest tipus d'osteotomies associada a artroplastia de genoll realitzada en un mateix temps. Presentem 2 casos d'aquest procediment conjunt.

Material i mètode

Cas 1. Dona de 71a amb artropatia medial degenerativa per genu varo genoll D a la que se li realitza una osteotomia valguitzant de sostracció de tibia. Per un retràs de consolidació es reintervé realitzant-se cruentació del focus i osteosíntesis, infecció aguda, desbridament i retirada del material. Als 2 anys ens trobem amb un genoll dolorós amb limitació funcional. sense signes d'infecció, i amb una deformitat en valgo per call viciós de 10°. A la intervenció quirúrgica es realitza una osteotomia varitzant tipus "dome" de tibia proximal associada a la implantació duna PTG en un temps.

Cas 2. Home de 60 anys, amb genu varo bilateral, al qual se li realitza una osteotomia valguitzant de sostracció tibial. Als 4 mesos presenta un col·lapse amb deformitat en varo i un eix mecànic de 163°, dolor i limitació funcional. S'intervé quirúrgicament associant una osteotomia en cúpula correctora valguitzant més PTG amb tija tibial.

Resultats

Cas 1. Evolució satisfactòria després de 16 anys de seguiment, amb una funció correcta (KSS 100/100), sense dolor, eix mecànic 179° i sense signes d'afluixament protètic.

Cas 2. Als 2 mesos presenta una evolució adequada, sense dolor, correcte estat de cicatrització, balanç articular 0-0-95°, genoll estable, signes de consolidació de l'osteotomia i inicia la càrrega sense incidències.

Conclusions

L'osteotomia de tibia proximal tipus "dome" de Maquet associada a pròtesis de genoll en un temps és un recurs quirúrgic que, tot i que presenta una elevada complexitat tècnica, pot utilitzar-se amb èxit en la correcció de grans deformitats varo-valgo de tibia proximal, evitant talls tibials excessius i controlant el balanç lligamentós en aquests casos complexos.

P-48

ÚS DE LA RADIOTERÀPIA PREOPERATÒRIA EN ELS SARCOMES DE PARTS TOVES

Gómez Masdeu, M.; Peiró Ibáñez, A.; Trullols Tarrago, L.; Natera Cisneros, L.; Ovidiu Moldovan, R.; Besalduch Balaguer, M.; Gracia Alegría, I.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Introducció i objectius

L'ús de la radioteràpia prèvia la cirurgia de resecció de sarcomes ofereix múltiples avantatges: l'augment del percentatge de reseccions R0, disminució de la probabilitat de disseminació sistèmica durant l'acte quirúrgic i disminució de la necessitat d'amputacions. Existeixen complicacions previsibles com l'augment del percentatge d'infecció i de la ferida quirúrgica, el que podria endarrerir l'inici de la quimioteràpia adjuvant, motiu pel qual molts cirurgians ortopèdics oncològics rebutgen la irradiació preoperatòria. L'objectiu d'aquest estudi és analitzar les complicacions secundàries a l'ús de la radioteràpia preoperatòria en el tractament dels sarcomes de parts toves d'extremitats.

Material i mètode

En aquesta primera fase del nostre estudi hem revisat de forma retrospectiva 33 pacients afectes de sarcomes de parts toves tractats en el nostre hospital segons el protocol GEIS 8 (ifosfamida + epirrubicina + radioteràpia preoperatòria) i GEIS 15 (ifosfamida a dosis altes + radioteràpia preoperatòria). S'han analitzat el percentatge d'infeccions, necrosi cutània, recidiva local i percentatge de necrosi tumoral.

Resultats

Dels 33 pacients inclosos, 23 eren homes, i 10 dones; la mitjana d'edat era de 54 anys (34a-79a). En quant a la localització, 18 es trobaven en l'extremitat inferior, 14 en la superior i un paravertebral. El tipus histològic més freqüent va ser el sarcoma fusocel·lular d'alt grau. Es van realitzar 26 cirurgies de salvament de l'extremitat, 5 amputacions i 3 desarticulacions. En quant a les complicacions, es van observar 29% de radiodermatitis, 26% d'infeccions, 12% dehiscència de sutura, 5% necrosi cutànies, 12% recidives locals i 29% fibrosi. El promig de necrosi intratumoral va ser del 83%.

Conclusions

La radioteràpia preoperatòria proporciona un control local efectiu en els sarcomes de parts toves, sent un avenç en oncologia que ha permès augmentar l'índex de cirurgia de salvament tot i haver un percentatge no despreciable de complicacions locals. Els resultats obtinguts mostren una taxa de complicacions locals similar a la bibliografia revisada (20-35%). El nostre proper objectiu és realitzar una segona fase en la que comparar la taxa de complicacions locals, de recidiva i de supervivència amb pacients que no hagin rebut la radioteràpia preoperatòria.

P-54

OSTEOMIELITIS DE LA TUBEROSITAT TIBIAL ANTERIOR ENCOBERTA COM A MALALTIA D'OSGOOD-SCHLATTER

Méndez Ojeda, M.; Aguilar García, M.; Roman Verdasco, J.; García Fontecha, C.; Soldado Carrera, F.; Aguirre Canyadell, M.
Hospital Universitari Vall d' Hebron. Barcelona

Introducció i objectius

La Malaltia d'Osgood Schlatte (EOS) és força prevalent en pacients joves i pel fet que el seu diagnòstic és bàsicament clínic i inespecífic pot fer-nos passar desapercebuts altres diagnòstics de menor freqüència però més gravetat com una Osteomielitis Aguda (OMA) a nivell de l'apòfisi tibial anterior que requereix tractament precoç i específic.

Material i mètode

Home d'11 anys amb febrícula de 6 dies i gonàlgia dreta després de pràctica esportiva de 48 hores, sense altres concomitants. Com a antecedent: E. Osgood-Schlatter en genoll contralateral 2 mesos enrere Dolor a la palpació de la TTA amb una lleu tumefacció sense trobar focalitzades sistèmiques. S'orienta com una E. d'Osgood - Schlatter, amb empitjorament clínic a les 48 hores, amb febre > 38'5 ° C, signes inflamatoris,

dolor intens i limitació funcional. Es realitzen múltiples estudis d'imatge com Rx, Gammagrafia òssia / SPECT, TAC i RMN, així com Aspiració abscess intratendinoso guiada per ecografia: S. Aureus resistent únicament a penicil·lina. Es diagnostica de osteomielitis aguda metàfisi tibial bilateral per S. Aureus resistent a penicil·lina.

Resultats

Es va realitzar tractament antibiòtic específic segons antibiograma. Actualment no s'han tornat a detectar signes flogòtics a nivell tibial anterior i en l'última visita es va autoritzar la pràctica esportiva de forma progressiva.

Conclusions

Usualment les osteomielitis hematògenes en pacients joves acostumen a presentar-se amb dolor i inflamació de la zona afectada. L'afectació acostuma a concentrar-se en zones metafisàries per rebre major aportació sanguínia. El fet de trobar una malaltia prevalent com és la EOS, el diagnòstic és clínic no ens ha de fer baixar la guàrdia enfront d'altres possibles diagnòstics. El diagnòstic diferencial amb la malaltia de Osgood Schlatter en fases inicials és essencial per la disparitat en el maneig i el pronòstic de les dues malalties. D'una banda ens trobem en afectació amb sol remetre amb tractament conservador com és la EOS, enfront de la OMA que requereix tractament antibiòtic sistèmic.

P-73

PSEUDOARTROSI SÈPTICA BIFOCAL DE TÍBIA TRACTADA MITJANÇANT EMPELT INTERTIBIOPERONEAL I TRANSPORT OSSI

Celi Díaz, S.; Cabo Cabo J.; Moranas Barrero J.; Ezagui Bentolila J.; Pedrero Eluso S.; Portabella Blavia F.
Hospital Universitari de Bellvitge

Introducció i objectius

Es presenta un cas de pseudoartrosi sèptica bifocal de tibia dreta en un pacient afecte d'atròfia òssia i de parts toves de l'extremitat seqüela de poliomièlitis. La pseudoartrosi va ser resolta mitjançant empelt intertibioperoneal del focus distal i transportació òssia a nivell del focus proximal.

Material i mètode

Pacient de 41 anys d'edat que va patir accident de moto al febrer de 2006 produint-se fractura bifocal de tibia i peroné dreta oberta grau IIIA, amb fragment ossi tibial intermig de 19 cm de longitud. Va ser tractat en un altre centre hospitalari

de forma seqüencial mitjançant osteotaxis tibial i posterior osteosíntesis amb placa massiva tibial associada a autoempelts ossis. Va evolucionar a la osteosíntesis infectada amb formació de pseudoartrosis sèptica dels dos focus de fractura tibial. Al març de 2007 va ser derivat a la nostra consulta. Li vam realitzar empelt ossi intertibioperoneal del focus distal i intrafocal del focus proximal. L'evolució va ser a la consolidació distal i a la persistència de la pseudoartrosis del focus proximal a causa de l'existència d'una zona avascular de tibia d'uns 7 cm. Per això es va practicar una resecció segmentària de l'os necròtic de tibia proximal i es va efectuar un procés de osteogènesis a distracció per transport ossi.

Resultats

A nivell de la zona d'atrancament del segment transportat es va establir una pseudoartrosis la consolidació de la qual es va aconseguir al desembre de 2010 després de l'aport d'autoempelt ossi, aplicació de proteïna morfogenètica òssia (BMP2, Inductos?) i osteotaxis a compressió.

Conclusions

La pseudoartrosi bifocal de tibia és una complicació de les fractures de difícil tractament especialment si s'acompanya d'un procés sèptic. En el nostre cas l'associació de dues tècniques de reconstrucció tibial, l'empelt intertibioperoneal i el transport ossi, van permetre la resolució del cas.

P-81

TERÀPIA CEL·LULAR PER A LA REGENERACIÓ D'ARC POSTERIOR OSSI EN UN MODEL DE MIELOMENINGOCELE EN FETUS D'OVELLA. RESULTATS INICIALS

Méndez Ojeda, M.; García Fontecha C.; Codinach Creus M.; Rodríguez Gómez L.; Romagosa Pérez-Portabella C.; Peiró Ibáñez J.; Soldado Carrera F.

Hospital Universitari Vall d' Hebron. Barcelona

Introducció i objectius

Regenerar l'arc posterior ossi en un model de mielomeningocele en fetus d'ovella utilitzant cèl·lules progenitores mesenquimals d'origen amniòtic.

Material i mètode

Creació d'un mielomeningocele quirúrgic en fetus d'ovella mitjançant la resecció de tres arcs vertebrals lumbar i obertura de la duramàter del fetus el dia 75 de gestació (total 150). El mateix dia s'extreuen 10 ml de líquid amniòtic d'on s'aïllen i es cultiven cèl·lules progenitores mesenquimals. Tres setma-

nes més tard s'implanta en el defecte creat un constructe embegut en cèl·lules mesenquimals mitjançant una nova cirurgia fetal. La gestació progressa fins a la cesària programada uns dies abans del final de la gestació. Després del naixement es realitza un estudi histològic de la zona de mielomeningocele reparat fetalment.

Resultats

L'aplicació d'un constructe amb cèl·lules mesenquimals embegudes en un constructe de fibrina no sembla estimular la formació òssia. Si al constructe s'afegeix os desmineralitzat, s'estimula la formació de teixit ossi localment. Si es col·loca os desmineralitzat sense cèl·lules mesenquimals, es produeix una reabsorció del mateix.

Conclusions

La teràpia cel·lular pot afavorir un millor tancament de l'mielomeningocele en promoure la formació d'arc vertebral ossi. Això pot afavorir una millor protecció medul·lar i evitar el desenvolupament de deformitats vertebrals.

CARTELLS CIENTÍFICS

RAQUIS

P-1

DISPOSITIU INTERSOMÀTIC INUSUAL

Alavedra Massana, A.; Romero Gómez, M.; Ruiz Macarrilla, L.; Español Bonache, J.

CST - Hospital de Terrassa

Introducció i objectius:

El tractament quirúrgic més àmpliament acceptat i avaluat durant les dues últimes dècades per a la malaltia discal degenerativa (MDD) es la fusió vertebral. La fusió vertebral pot ser intersomàtica, posterolateral o combinada (circumferencial). La utilització de caixes intersomàtiques per aconseguir aquest propòsit permet recuperar l'alçada discal i proporcionar un suport estructural immediat a l'empelt.

Material i mètode

Dona de 50 anys que consulta per lumbociatàlgia incoercible dreta crònica. Com antecedents refereix hipotiroidisme i cirurgia lumbar fa 10 anys. A l'exploració s'aprecia dolor lumbar amb radiculàlgia L5-S1 dreta, sense dèficits neurològics ni signes de mielopatia lumbar. A l'estudi radiològic i TAC s'observa la migració d'un dispositiu intersomàtic cap al canal medullar. Es decideix intervenció quirúrgica, realitzant-se instrumentació transpedicular L4-L5, laminectomia, evidenciant-se l'existència del dispositiu dins del sac dural. Es practica obertura longitudinal del sac dural, dissecció de les arrels nervioses i retirada del dispositiu, que va resultar ser un cargol interferencial metàl·lic. Posteriorment, es practica tancament del sac dural i aport d'empelt córtico-esponjós L4-L5.

Resultats

En el postoperatori immediat apareix paraparèsia i hiposensibilitat a EII, que es recupera progressivament, normalitzant-se a la primera setmana postquirúrgica. Actualment, la pacient presenta desaparició del dolor lumbar i radicular existent al preoperatori, sense dèficits neurològics associats.

Conclusions

La identificació de l'origen del dolor, imprescindible per l'èxit de qualsevol cirurgia, resulta ser més una conjectura que un fet a l'àrea lumbar. En el nostre cas el responsable de la simptomatologia de la pacient va resultar ser un dispositiu intersomàtic inusual no dissenyat per aquesta finalitat, un cargol interferencial metàl·lic. Les sèries publicades amb la utilització de caixes intersomàtiques mostren taxes de fusió superiors al 90% i un resultat clínic satisfactori proper al 80% dels casos. Tot i això, com tota instrumentació vertebral, no està lliure de complicacions, com la pseudoartrosi, hèrnia discal iatrogènica o estenosi de canal secundària a migració posterior del dispositiu intersomàtic.

P-2

FRACTURA-LUXACIÓ CERVICAL. A TOMB D'UN CAS

Yela Verdú, C.; Ventura Carro, L.; Morera Domínguez, C.; Bosch García, D.; Anglés Crespo, F.

Hospital Universitario Mútua Terrassa

Introducció i objectius

Les fractures-luxacions cervicals són una entitat poc freqüent, sent un petit percentatge (0,29 per cada 1.000 persones/any) de les fractures cervicals, la majoria de vegades en relació amb traumatismes d'alta energia. S'acostumen a associar amb lesions neurològiques.

Material i mètode

Es tracta d'un home de 64 anys que després de patir policonusions al caure per les escales del seu domicili a República Dominicana, presenta una fractura-luxació cervical a nivell C4-C5 amb fractura de C3 i C4 i espondilolistesi grau III de C4 respecte a C5 sense lesió neurològica, no tractada inicialment durant el primer mes. Ingressa al nostre centre 1 més després d'haver patit aquesta lesió. Es realitza inicialment immobilització amb discreta distracció amb Halo-Jacket. A les quatre setmanes, presenta infecció del pin frontal dret, amb abscess cerebral frontal dret que va requerir extracció del Halo-Jacket, craniotomia, drenatge, antibioterapia endovenosa i col·locació de collaret rígid tipus Minerva. La cobertura antibiòtica de la infecció i la bona evolució clínica van permetre la

cirurgia dues setmanes després de l'episodi infecció. Donades les característiques de les fractures C3-C4, el temps d'evolució i el context clínic del pacient, es va decidir tractament segmentari de la listesi: artròdesi instrumentada C4-C5 prèvia reducció de la listesi, amb monitorització neurofisiològica. Posteriorment, es va col·locar collaret rígid i es va procedir, sis setmanes més tard, a la retirada del mateix i al estudi radiològic funcional. Actualment el pacient presenta bona evolució tant a nivell neurològic com a nivell de la consolidació de la síntesi.

Resultats

Encara que no és recomanable diferir el tractament quirúrgic d'aquestes fractures, donades les característiques del pacient i el temps d'evolució, es va optar per una estabilització primària amb Halo-Jacket que no va complir els objectius inicials.

Conclusions

Les fractures-luxacions cervicals han de ser tractades quirúrgicament essent l'objectiu aconseguir la màxima reducció possible o contorn sagital, i evitar possibles lesions neurològiques.

P-3

APECTACIÓ DE C5 PER HEMANGIOENDOTELIOMA EPITELOIDE

Pérez Prieto, D.; Vilà Canet, G.; Lozano Álvarez, C.; Molina Ros, A.; Saló Bru, G.; Lladó Blanch, A.; Ramírez Valencia, M.

Parc de Salut Mar. Barcelona

Introducció i objectius

El hemangioendotelioma epiteloide(HE) és un tumor derivat de l'endoteli vascular, d'agressivitat intermitja amb predilecció pel fetge, pulmó, i parts toves, representant <1% dels tumors primaris malignes d'os. Apareix a MMII (tíbia i fèmur) i després al raquis, tenint una freqüència doble els homes que les dones, amb un pic entre els 20-30 anys.

Material i mètode

Es tracta d'un home de 63 anys amb antecedent de tumor tipus GIST-gàstric i que consulta per pèrdua de força a MSD (prèviament diagnosticat de paràlisi de Duchenne i patologia manegot), objectivant-se plègia de bíceps, supraespinós i infraespinós(0/5), amb parèsia d'extensors colze/canell(3/5) amb arreflèxia bicipital. La RMN mostra lesió expansiva al pedicle C5 amb ocupació foramen conjunció C5 i l'estudi d'extensió (PET-scan) és negatiu. La biòpsia-TC informa com a tumor d'origen endotelial, descartant-se M1-GIST.

Resultats

Vam realitzar artrectomia i laminectomia C4-C5 dreta amb sacrificació de l'arrel C5 dret per infiltració tumoral al primer temps (via posterior), amb instrumentació C2-T2. Al segon temps practicarem corpectomi aC5 i discectomia superior i inferior per via anterior amb placa C4-C6 i malla intersomàtica. Rere la segona cirurgia s'aconsegueix l'exèresi subtotal del tumor (petita infiltració intradural que no es resseca). La biòpsia va mostrar hemangioendotelioma epiteloide de baix grau. 1 any després el pacient és autònom per les ABVD amb maltesa residual d'ambdues mans, seguint controls bimensuals amb ressonància.

Conclusions

El diagnòstic previ a la cirurgia del HE és bastant difícil, ja que, com la literatura assenyala, la biòpsia preoperatòria no sol ésser diagnòstica, com va succeir al nostre cas, éssent essencial la detecció de l'antigen del factor-VII per immunohistoquímica per al diagnòstic definitiu. Campanacci va classificar aquest tipus de tumors en 3 grups en funció del grau immunopatològic, i que té relació amb el pronòstic. D'acord amb les característiques del nostre cas, aquest pacient seria un grau-I. Pel que fa al tractament, el HE ossi és controvertit degut a la inexistència de guies donada la seva baixa freqüència. Hi ha consens en que la ablació quirúrgica és la base del tractament i s'ha demostrat que la ressecció en bloc disminueix el risc de recidiva local. La coadjuvència radioteràpica encara no ha demostrat augment de la supervivència, tot i que es tracta d'un tumor radiosensible.

P-4B

PLANTEJAMENT TERAPÈUTIC DAVANT FRACTURA-LUXACIÓ TORACO-LUMBAR EN PACIENT D'EDAT AVANÇADA

Ibáñez Aparicio, N.; Gómez Masdeu, M.; García Casas, O.; del Arco Churruca, Á.; Ruiz Manrique, A.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Introducció i objectius

Les fractures vertebinals són les més freqüents al pacient osteoporòtic, i moltes vegades passen desapercibudes al moment agut.

Les fractures-luxacions vertebinals habitualment, es donem rere traumatismes d'alta energia amb afectació neurològica.

Presentem el cas d'una fractura-luxació a nivell T12-L1 amb paraplegia completa rere traumatisme de molt baixa energia en una pacient de 88 anys.

Material i mètode

Dona, 88 anys, que acudeix per dolor generalitzat, més intens a EID i TCE sense pèrdua de consciència, després d'enso-

pegar amb el caminador, caient a sobre del llit. Refereix no poder mobilitzar cap de les dues EEII.

Presenta força de 0/5 a EEII, anestèsia de EID, areflèxia en extremitats inferiors, RCP indiferent bilateral (ASIA B).

Es realitza TAC cranial, sense lesions significatives; radiografia de pelvis, descartant-se fractura de fèmur, i columna toraco-lumbar on s'observa fractura luxació a nivell T12L1. Al TAC s'evidència fractura a través de T12 amb retrolistesi completa.

La pacient s'intervé 2 dies rere el traumatisme, realitzant-se APLI T9-L3 (cargols transpediculars T9-10-11+L1-2-3 amb cimentació T9-T10-L2-L3 bilateral i L1 esquerre)+ reducció de la luxació.

Resultats

Al postoperatori immediat, tolera la incorporació en el llit a 30-45° amb bon control del dolor. Persisteix paraplegia. Presenta AcxFa de debut i ITU per Enterobacteria. Es donada d'alta 11 dies postintervenció a centre soci-sanitari.

Acudeix al primer control. Continua amb ITU i presenta pneumònia. La ferida ha evolucionat favorablement. No presenta úlceres de decúbit. Tolerava incorporació al llit sense dolor pels dinars i la higiene.

La pacient és èxitus 3 mesos postintervenció per complicacions mèdiques.

Conclusions

Les fractures-luxacions amb dèficits neurològics als pacients grans suposen múltiples interrogants en quant al seu plantejament.

És prioritària la recuperació de l'estabilitat per tal de suportar les càrregues fisiològiques, així com, el bon control del dolor. Per contra, pensem que la recuperació neurològica no és un objectiu a assolir en aquests pacients.

En quant la tècnica quirúrgica, és important fer una bona instrumentació donat la baixa qualitat de l'os i una bona planificació amb l'elecció correcta del material i nivells d'instrumentació, per evitar fracassos del material.

Tot i això, ens hauríem de plantejar el tractament conservador donat l'alta taxa de mortalitat i baixa expectativa de vida.

P-5

HÈRNIA DISCAL VIATGERA

Altemir Martínez, V.; Gros Aspiroz, S.; Barriendos Miguel, B.; Molina Olivella, G.; Fernández Martínez, J.

Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

Introducció i objectius

La migració posterior epidural d'un fragment d'hèrnia discal lumbar és una presentació clínica infreqüent.

Material i mètode

Presentem el cas d'un pacient varó de 76 anys que acudeix a urgències per dolor lumbar i paraparèsia progressiva en extremitats inferiors, amb l'aparició als 4 dies de l'ingrés d'una síndrome de cauda equina. La ressonància magnètica mostra espondilosi lumbar i una massa intrarraquídea ben delimitada en l'espai epidural posterior. Es realitza una exèresi quirúrgica de la massa epidural.

Resultats

L'estudi anatomopatològic va informar de fragment de disc intervertebral, de manera que es tractava d'una migració completa d'una hèrnia discal lumbar. Després de la intervenció quirúrgica i un tractament rehabilitador específic va remetre la clínica del pacient.

Conclusions

Els pacients amb migració posterior d'un fragment de disc presenten greus dèficits neurològics com síndrome de cauda equina. Com que les imatges radiològiques dels fragments del disc són similars als d'altres lesions com a metàstasi, quist sinovial, abscess dural o hematoma, el diagnòstic definitiu es realitza mitjançant exèresi i estudi anatomopatològic. El tractament quirúrgic urgent és necessari per evitar dèficits neurològics severos.

P-5B

LUXACIÓ TRAUMÀTICA COMPLEXA DE L'ARTICULACIÓ ATLOAXOIDEA AMB FRACTURA D'APÒFISI ODONTOIDES ASSOCIADA EN EL PACIENT ANCIÀ

Ezagui Bentolila, J. L.; González Cañas, Ll. Font Vila, F.; Godino, O.

Hospital Universitari de Bellvitge

Introducció i objectius

El propòsit d'aquest treball és documentar un cas clínic de luxació atloaxoidea completa amb fractura desplaçada d'apòfisi odontoides associada, amb luxació d'ambdues facetes articulars. Es realitza una revisió bibliogràfica respecte a aquesta patologia i al seu tractament.

Material i mètode

Es presenta el cas clínic d'un pacient ancià de 86 anys que després de caiguda casual amb traumatisme craneoencefàlic és diagnosticat de fractura – luxació C1-C2 amb fractura desplaçada d'apòfisi odontoides amb luxació d'ambdues facetes articulars, que fou tractat de forma quirúrgica amb fusió C1-C2 mitjançant la tècnica de Harms i Melcher (sistema d'instrumentació posterior amb cargols a masses laterals a C1 i pediculars a C2).

Resultats

El pacient va arribar a urgències derivat d'un altre centre. Presentava una exploració neurològica en la qual desatacada únicament la presència de signes de piramidalisme a hemicós esquerre (Babinsky i Hoffmann esquerres, hiperreflexia rotuliana esq). Aportava TC cervical que informava la lesió cervical descrita. Es va realitzar RMN cervical que tot i que mostrava evident estenosi C1-C2 va descartar mielomalacia cervical. Durant el seu ingrés a planta i en relació a la seva lesió traumàtica presenta quadre de disminució del nivell de consciència associat a depressió respiratòria, que requereix ingrés a UCI del pacient i intubació amb respiració assistida. Destaca complicació infecciosa pulmonar, insuficiència renal i complicació sèptica pulmonar durant la seva estància a la UCI. La cirurgia es va realitzar de forma conjunta amb els Serveis de C. Ortopèdica i Traumatologia i el Servei de Neurocirurgia, i va cursar sense incidències preoperatories. Es va realitzar neuromonitorització intraoperatoria, que tot i no mostrar canvis durant la cirurgia, mostrava una franca alteració de les línies de base dels potencials. Es va realitzar la fusió C1-C2 mitjançant la tècnica descrita anteriorment. A l'evolució postoperatoria va destacar hipotonia generalitzada amb empitjorament de la funció renal i complicació del seu procés sèptic pulmonar. Progressivament el pacient evoluciona a la millora neurològica i del seu estat general. El pacient presenta plegia de l'hemicós esquerre residual, amb total dependència per a la seva funcionalitat. El pacient és derivat a Hospital de referència a les 7 setmanes de la intervenció.

Conclusions

1. La luxació C1-C2 associada a fractura d'odontoides és una lesió poc habitual amb elevada morbiditat i mortalitat
2. La indicació quirúrgica pot ésser controvertida donades les possibles complicacions intra i postoperatories, si bé el tractament conservador també les presenta.
3. El maneig intra i postoperatori requereix una abordatge multidisciplinar.
4. En cas d'optar pel tractament quirúrgic, una estabilització precoç pot evitar greus complicacions.

ESPATLLA-COLZE

P-6

PRÒTESIS DE COLZE COM A RECURS DE TRACTAMENT EN LUXACIÓ INVETERADA DE COLZE.

Escolà Benet, A.; Ferreres Claramunt, A.; Rodríguez Miralles, J.; Guinot Saera, C.

Hospital General de Catalunya

Introducció i objectius

Pacient dona de 73 anys d'edat. El 22/2/10 pateix caiguda per les escales. Es diagnostica de fractura luxació de colze dret. Va refusar la intervenció quirúrgica. Al mes d'octubre acut de nou, explica història de maltractament familiar. Refereix dolor i presenta una mobilitat limitada.

Material i mètode

El 24/2/11 es practica artroplàstia de colze dret. Inicia posteriorment rehabilitació.

Resultats

Actualment presenta una mobilitat a rang útil per les activitats de la vida diària, refereix una clara milloria del dolor.

Conclusions

Qualsevol alteració en quant a la mobilitat del colze condicionarà dolor i limitació per les activitats de la vida diària. Les indicacions més freqüents per la col·locació d'una pròtesis de colze inclouen l'osteoartritis, les fractures greus, l'artritis reumatoide, les pseudoartrosis d'húmer distal inveterades, els tumors prèvia resecció, les reseccions per infecció. A la literatura revisada hi ha publicats casos de tractament de fractures-luxacions agudes de colze mitjançant una pròtesis però els casos de tractament de luxacions inveterades és menor. En aquest cas els resultats obtinguts els considerem bons en quant a milloria del dolor i de l'arc de moviment, motiu pel qual pensem que és un tractament a tenir en compte en aquests casos.

P-7

LUXACIÓ POSTERIOR AÏLLADA RECIDIVANT DE CAP DE RADI EN UNA NOIA ADULTA

Alentorn Geli, E.; Valverde Vilamala, D.; Piñol Jurado, I.; Espiga Tugas, X.; Pidemunt Molí, G.; Puig Verdié, L.; Cebamano Celma, J.

Parc de Salut Mar. Barcelona

Introducció i objectius

La luxació posterior aïllada del cap del radi és una rara lesió que es produeix habitualment en nens després d'un trauma-

tisme. L'objectiu d'aquest pòster és documentar un cas de luxació recidivant de cap de radi reduïda amb anestèsia local en una noia adulta i revisar la literatura existent sobre el tema.

Material i mètode

Dona de 31 anys que va acudir per dolor i impotència funcional colze D, després d'una caiguda casual. Com a antecedents presenta síndrome congènita de deficiència de iode i epilèpsia diagnosticades als 5 anys. La pacient havia estat diagnosticada de luxació postraumàtica de cap de radi un any abans. A l'exploració presentava una deformitat del colze amb tumoració dura a la cara posterior del cap del radi, dolor a la pronosupinació i dificultat per a la extensió del dits. La radiografia va demostrar una luxació posterior aïllada de cap de radi.

Resultats

Després d'una infiltració intraarticular amb anestèsic local es va procedir a la reducció tancada de la luxació amb un mecanisme combinat de pronosupinació i flexoextensió de colze. La radiografia de control va demostrar la correcta reducció de la luxació. Es va col·locar una fèrula posterior de guix durant 3 setmanes i després es va iniciar la mobilització del colze. El dèficit d'extensió de dits es va anar recuperant progressivament al llarg de les 4 setmanes posteriors a la lesió.

Conclusions

Existeixen 6 casos similars publicats en la literatura. En 3 pacients la luxació va passar desapercebuda inicialment i van requerir cirurgia per a recuperar la funció (2 pacients excisió del cap del radi, i 1 reducció oberta i reconstrucció del lligament anular del cap del radi, aquest últim amb mal resultat funcional). Tres casos van ésser diagnosticats de manera precoç, essent suficient una reducció tancada i recuperant una bona funció (igual que en el nostre cas). La identificació d'aquesta lesió de manera precoç, és important per a obtenir una fàcil reducció i bona funció sense necessitat d'un tractament quirúrgic que en la majoria de casos requereix d'excisió del cap del radi per a recuperar una adequada funcionalitat.

P-8

SINOVITIS VILLONODULAR PIGMENTADA DEL COLZE

Illana Mahiques, M.; Aldecoa Llauredó, X.; Mariné Fortuny, L.; Domènech Sevil, S.; Giné Gomà, J.; Gómez Roig, C.
Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII

Introducció i objectius

La sinovitis villonodular pigmentada (SVNP) és una patologia proliferativa benigna que afecta al teixit sinovial, burses i beines tendinoses. En cas de no tractar-se, però, la malaltia es comporta de forma agressiva, arribant a destruir les superfícies

articulars. L'articulació més afectada és el genoll seguit, en ordre decreixent de freqüència, pel maluc, canell, turmell, articulacions de mans i peus i espatlla, essent molt rara l'afectació del colze. La sinovectomia es considera la millor opció de tractament i es realitza de manera oberta o artroscòpia. S'estima que l'índex de recidiva post-quirúrgica és del 9 al 44%. Per això la SVNP requereix una resecció el més extensa possible, però al mateix temps evitant la rigidesa postoperatòria. Aportem la nostra experiència en el tractament d'un cas de SVNP amb extensa afectació del colze.

Material i mètode

Dona de 28 anys que va consultar per dolor progressiu i invalidant al colze dret amb lleu disminució del balanç articular, d'un any d'evolució. A l'estudi per ressonància magnètica s'evidencià una extensa proliferació sinovial amb marcada distensió capsular, molt suggestiva de sinovitis villonodular pigmentada, que afectava als compartiments anterior i posterior del colze. Es va realitzar una sinovectomia oberta mitjançant un abordatge combinat antero-lateral i medial. Al control postoperatori es van detectar restes de la tumoració, motiu pel qual va ser reintervinguda.

Resultats

L'estudi histològic va confirmar el diagnòstic de SVNP en ambdues ocasions. Dos anys després de la primera cirurgia la pacient no ha presentat recidiva i té un balanç articular gairebé complet.

Conclusions

L'afectació del colze per la SVNP és una patologia molt poc freqüent, potencialment invalidant, però que si es diagnostica i tracta precoçment es poden aconseguir bons resultats clínics i funcionals.

P-9

RESULTATS CLÍNICS I FUNCIONALS DE L'ARTROPLÀSTIA TOTAL D'ESPATLLA INVERSA TIPUS DELTA OBTINGUTS AL NOSTRE HOSPITAL

Fillat Casas, P.; Jordan Segura, C.; Castellanos Robles, J.
Parc Sanitari Sant Joan de Déu

Introducció i objectius

El propòsit d'aquest estudi, és valorar els resultats obtinguts al nostre servei, en pacients majors de 70 anys tractats amb pròtesi invertida tipus Delta.

Material i mètode

Fem una revisió prospectiva de 26 pacients amb un seguiment mitjà de 25,5 mesos des de 10/06 fins a 3/12 i amb una

mitjana d'edat de 76,6 anys (70-86). La tècnica efectuada és per abordatge antero-superior en tots els casos excepte en dues (una per seqüel·la de fractura i una altra en ser un recanvi d'una bipolar que va patir una ruptura massiva del manegot). La valoració inclou el rang de mobilitat i força valorades amb l'escala de Constant i un control radiològic.

Resultats

El nostre criteri és que els resultats són bons si tenim en compte l'absència de dolor, el test de Constant amb una mitjana de 66,3 (81-40) i a les poques complicacions existents. Una fractura periprotèsica tractada amb cerclatges, una infecció per MRSA tractada amb antibioteràpia i no re intervinguda per l'alt risc quirúrgic existent, i un cas de luxació que va ser l'única abordada per deltopectoral en ser un recanvi d'una bipolar. No es va observar cap afluirament en els controls radiogràfics.

Conclusions

Acceptem que el seguiment és encara una mica curt ja que ha estat durant l'últim any quan hem intervingut més nombre de pròtesi invertides. Però els resultats obtinguts i les poques complicacions ens fan creure que és una bona indicació per a aquesta patologia.

P-09B

TRACTAMENT CONSERVADOR D'UNA LUXACIÓ CRÒNICA GLENOHUMERAL POSTERIOR DESPRÉS DE 7 SETMANES

López Capdevila, E.; Sánchez Naves, R.; Vega Ocaña, V.; Rivero Sosa, R.; Gardella Gardella, E.; Santamaría Fumas, A.; Giros Torres, J.

Hospital General de l'Hospitalet

Introducció i objectius

Les luxacions posteriors d'espatlla són infreqüents (1.5% de les luxacions escapulohumerals) i en moltes ocasions no són diagnosticades de manera aguda (més del 60 % passen desapercibudes), considerant-se crònica a les 3 setmanes d'evolució; la reducció tancada serà difícil a partir d'aquest moment.

Material i mètode

Home, 32 anys. Dolor i impotència funcional discreta d'espatlla esquerra, després d'una contusió. Radiològicament s'informa de normal.

A les 6 setmanes: persistència de dolor i limitació per les rotacions, tot i tolerar una abducció i flexió de 80 °.

Davant la sospita d'una luxació posterior, es sol·licita una ressonància magnètica que confirma la luxació posterior del cap humeral amb fractura antero-medial i empotrament pos-

terior (lesió de Mc Laughlin) de 20 % del cap, lesió de Bankart invertit i ruptura proximal del subescapular.

Es procedeix, 7 setmanes postcontusió, sota anestèsia general, a reducció tancada i comprovació de l'estabilitat amb control d'escòpia. Donada l'estabilitat, s'immobilitza amb cabrestrell 4 setmanes.

Resultats

A les 4 setmanes de la reducció, el pacient presenta atrofia muscular del deltoïdes, sense signe de la destrallada i ni signes de inestabilitat. Radiològicament i per ressonància magnètica es confirma el manteniment de la reducció. Inici de rehabilitació (passiu assistits i actius).

Als 6 mesos: assintomàtic, balanç articular a límits, objectivant-se un constant de 95 punts i UCLA de 35 punts.

Seguiment i controls periòdics sense canvis fins els 14 mesos.

Conclusions

Les luxacions inveterades, tot i ser molt infreqüents, són una entitat que s'ha de sospitar després d'un traumatisme d'espatlla. Segons la literatura, la reducció tancada es viable fins les 6 setmanes, sempre que presenti una àrea d'impactació de menys del 25% del cap humeral, no trobant-se menció en la bibliografia del tractament conservador a partir d'aquest moment.

Donat els bons resultats en aquest cas, tot i passar el límit cronològic descrit, proposem el tractament conservador com una bona opció, deixant la quirúrgica en casos d'inestabilitat, fracàs de la reducció tancada o impactació de més d'una quarta part del cap humeral.

P-10

VALORACIÓ DE LA TAXA DE COMPLIACIONS EN L'ÚS DEL IMPLANT PUSH-LOCK (ARTHREX) EN LA CIRURGIA ARTROSCÒPICA D'ESPATLLA, RESULTATS DESPRÉS DE 312 IMPLANTS

Cardona Morera De La Vall, X.; Lázaro Amorós, A.; Gómez Bonsfills, X.; Otero García-Tornel, E.; Sauné Castillo, M.

MC Mutual Barcelona

Introducció i objectius

En la reparació artroscòpia de les inestabilitats i ruptures de manegot, és fan servir diversos tipus de ancoratges. Nosaltres presentem les nostres complicacions en la utilització del ancoratge Push-Lock (Arthrex) des de l'any 2008 fins al 2011.

Material i mètode

Durant el període 2008-2011 hem reparat un total de 123 pacients amb lesions del manegot, incloses les lesions del subescapular i 42 pacients amb lesions labrals (inestabilitats o

SLAP). En aquest procediment hem utilitzat un total de 218 ancoratges Push-Lock del 4.5 per reparacions de manegot i 94 Push-Lock del 3,5 per les inestabilitats.

Resultats

Hem tingut un total de 6 complicacions amb aquest tipus ancoratge d'un total de 312 implants utilitzats (1.92%) totes elles per mala col·locació del implant en el moment de la seva introducció.

Conclusions

El Push-lock en les seves versions de 3.5 per inestabilitats i 4.5 per la reparació de manegot creiem que és un ancoratge fiable, però té una corba d'aprenentatge llarga i necessita uns coneixements tècnics per tal d'evitar les complicacions derivades de la seva utilització.

P-10B

OSTEOSÍNTESIS AMB PLACA PER PSEUDOARTROSIS DE CLAVÍCULA: ARREL D'UN CAS

Bachiller Caño, R., Casellas Basagaña, M., Pérez Castanedo, J. Hospital General de Vic

Introducció i objectius

Descrivim el tractament quirúrgic associat a una pseudoartrosi de clavícula tractada inicialment mitjançant placa i cargols en el context d'espalla flotant.

Es defineix espalla flotant com a fractura ipsilateral de clavícula i escàpula. Es tracta d'una patologia poc freqüent. S'estima el 0.1% de totes les fractures.

El tractament de l'espalla flotant és discutit degut a escassetat de sèries descrites.

La pseudoartrosi de clavícula com a complicació d'espalla flotant és inusual i la bibliografia limitada. Exposem el complex maneig de la lesió, així com la resolució satisfactòria de la mateixa.

Material i mètode

Presentem el cas d'un pacient home de 44 anys d'edat, afectat de fractura de terç mig de clavícula segons la classificació de la OTA tipus 06-A1 dreta, després de patir un traumatisme accidental. Es va diagnosticar simultàniament de fractura de coll de l'escàpula D tipus 09-A3.2.

La fractura va ser estabilitzada mitjançant l'ús d'una placa de baix perfil. La placa utilitzada va ser col·locada superiorment evitant la col·locació de material d'osteosíntesis a nivell del focus de fractura. Es va procedir a col·locació de cabestrell al braç durant dues setmanes iniciant exercicis pendulars quan va cedir el dolor postoperatori. La rehabilitació es va començar a partir de la tercera setmana.

L'evolució del pacient es va realitzar mitjançant l'avaluació clínica i l'estudi radiogràfic. Els símptomes predominants van ser la impotència funcional, dolor amb debilitat de l'espalla i dificultat pel retorn a la vida laboral. Les radiografies als 8 mesos d'evolució van mostrar una pseudoartrosi atròfica juntament a fallo del material d'osteosíntesis confirmada mitjançant TAC. La infecció va ser descartada mitjançant l'estudi dels paràmetres analítics.

Resultats

Als 10 mesos es va procedir a retirada de la placa prèvia, decorticació i exèresis del teixit fibròtic, remodelació dels extrems realitzant sarcòfag per a situar l'empelt cortico-esponjós obtingut de cresta ilíaca del propi pacient. Es va realitzar nova osteosíntesis mitjançant placa enclavada preformada situada a cara anterior de la clavícula, amb la finalitat d'evitar els orificis de la placa anterior. L'extremitat es va col·locar en un cabestrell durant 4 setmanes.

Conclusions

Es va limitar l'elevació fins al nivell de l'espalla durant les primeres sis setmanes. Als 6 mesos de la reintervenció el pacient està asimptomàtic. L'estudi per TAC revela consolidació de la fractura.

MÀ

P-11

**LUXACIONS CARP-METACARPIANES MÚLTIPLES: A PRO-
PÒSIT DE DOS CASOS**

Arriaga Lahuerta N.; Millán Billi, A.; Lamas Gómez, C.; De La Dehesa Cueto-Felgoroso, P.; Barreiter Barreiter, S.; Besalduch Balaguer, M.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Introducció i objectius

Les luxacions carp-metacarpianes són infreqüents, essent encara menys freqüents les que afecten als quatre dits llargs (menys del 0.4% de les fractures luxacions carp-metacarpianes). En la majoria dels casos es presenta una luxació dorsal. Presentem dos casos clínics de pacients amb luxació carp-metacarpiana múltiple, ambdós van succeir en context de traumatismes de alta energia i van ser tractats mitjançant osteosíntesis amb agulles de Kirschner (AK).

Material i mètode

Cas 1 – Pacient home de 27 anys que presenta una luxació carpo-metacarpiana del 2on, 3r, 4t i 5è dits de mà esquerra associada a fractura diafisària de 4r i 5è MTC degut a accident en moto. Es va realitzar reducció de la luxació i fixació amb 2 AK i osteosíntesis de les fractures de 4º i 5è MTC amb plaques. Per últim, es va immobilitzar amb guix avantbraquial.
Cas 2 – Pacient Home de 34 anys que presenta una fractura-luxació de base de 2on, 3r, 4t i 5è dits de mà esquerra per accident en moto. Es va tractar mitjançant reducció tancada i fixació percutània amb 4 AK i immobilització amb guix avantbraquial.

Resultats

En tots dos casos, es va retirar el guix i les AK després de 4 setmanes. No es van presentar complicacions postoperatòries i, als 6 mesos de seguiment, es va evidenciar consolidació de les fractures en els controls radiogràfics i una mobilitat completa de la mà.

Conclusions

Les luxacions carp-metacarpianes múltiples són infreqüents i estan relacionades amb traumatismes directes en hiperextensió. Les lesions lligamentoses, que associen lesió òssia tenen pitjor pronòstic. El tractament indicat és la reducció tancada o oberta i fixació interna. En els nostres casos, la fixació amb AK va mantenir la reducció, presentant bons resultats clínics i funcionals pel que la considerem una bona opció terapèutica.

P-12

**FRACTURA-LUXACIÓ CARP-METACARPIANA DEL DIT ME-
NOVELL INVETERADA TRACTADA AMB FIXACIÓ INTERNA
AMB PLACA**

Arriaga Lahuerta N.; Millán Billi, A.; Lamas Gómez, C.; De La Dehesa Cueto-Felgoroso, P.; Barreiter Barreiter, S.; Besalduch Balaguer, M.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Introducció i objectius

Les fractures-luxacions carp-metacarpianes (MTC) són lesions poc freqüents que, exceptuant el dit polze, suposen menys de l'1% de les lesions de la mà. Sovint passen desapercebudes, cosa que pot produir seqüel·les funcionals. Presentem el cas clínic d'un pacient amb fractura-luxació del 5è MTC subaguda resolta quirúrgicament mitjançant osteosíntesis.

Material i mètode

Es tracta d'un home de 28 anys que presenta fractura-luxació carp-metacarpiana de la mà dreta en un context de traumatisme axial per un cop de puny. El pacient consulta després d'un mes del traumatisme per deformitat i dolor, que es produïa sobretot en saludar amb la mà. Es varen practicar radiografies i TC, on s'evidència una fractura de la base del 5è MTC de la mà dreta parcialment consolidada, amb un petit fragment lateral desplaçat i persistència de luxació dorsal del MTC respecte a l'os ganxós. Degut a la clínica persistent de dolor es va decidir realitzar tractament quirúrgic als 3 mesos del traumatisme inicial. Es va practicar: reducció oberta, osteotomia de la base del 5è MTC, implantació d'empelt ossi esponjós i síntesi amb placa en T de petits fragments. Per últim, es va realitzar fixació intermetacarpiana temporal de 5è i 4t MTC amb agulles de Kirschner i immobilització amb guix durant 4 setmanes.

Resultats

Les agulles de Kirschner es van retirar després de 4 setmanes sense que es presentessin complicacions postoperatòries. Als 6 mesos de seguiment es va observar millora del dolor i una correcta mobilitat de la mà.

Conclusions

Les fractures-luxacions carp-metacarpianes poden passar fàcilment desapercebudes i a vegades requereixen projeccions radiogràfiques addicionals (lateral, en pronació 45º) per evidenciar una lesió. El tractament agut es realitza mitjançant reducció i fixació amb agulles de Kirschner. En casos crònics, no tractats prèviament, on es presenta dolor i disminució de la mobilitat, l'artròdesi o l'artroplàstia de resecció són tractaments acceptats. En el nostre pacient, tractant-se d'una lesió subaguda, es va poder realitzar, una reducció oberta i fixació

interna, amb un bon resultat clínic i funcional. Per tant, en casos subaguts considerem que aquest tractament es una bona opció terapèutica.

P-13

RUPTURA D'ARTROPLÀSTIA MTCF DE CARBÓ PIROLÍTIC POSTOPERATÒRIA

Valverde Vilamala, D.; Cebamano Celma, J.; Pidemunt Molí, G.; Espiga Tugas, X.; Torrens Cánovas, C.

Parc de Salut Mar. Barcelona

Introducció i objectius

El dolor i la limitació funcional a nivell de les petites articulacions de la mà degut a la destrucció articular secundària a processos artrítics o a traumatismes requereix, en casos en què el tractament conservador no és suficient, de la realització d'artroplasties. L'objectiu de les mateixes és eliminar el dolor i millorar el rang de moviment. Tradicionalment s'han utilitzat pròtesis de silicó per a la seva realització, però aquestes tenen un alt índex de complicacions: ruptura d'implants, luxació dels mateixos, sinovitis... Més recentment apareixen les pròtesis de carbó pirolític amb un índex més alt de biocompatibilitat, menys desgast de la pròtesis, millor arc de moviment i un índex de ruptura de l'implant molt baix (1.4%, tots intra-operatoris).

Material i mètode

Presentem un cas d'un pacient de 43 anys a qui va ser implantada una pròtesi de carbó pirolític a la MTCF 2n dit mà dreta com a conseqüència d'una fractura-luxació cap 2n MTC. 6 anys després, el pacient presenta una ruptura de la punta de la tija del MTC probablement secundari a una sobrecàrrega i a un traumatisme que havia tingut un any abans. El pacient és intervingut realitzant-se un recanvi protètic utilitzant-se una finestra òssia proximal per l'extracció del component trencat.

Resultats

Després d'un any de seguiment el pacient presenta un arc de moviment de flexió dorsal 15° i flexió palmar 80°, dolor únicament en els esforços i s'ha reincorporat en la seva activitat laboral (construcció).

Conclusions

Es tracta d'un cas on s'observa una complicació molt poc freqüent en aquestes pròtesis relacionada amb traumatisme post-operatori i la manera com es va resoldre.

P-15

TRACTAMENT DE L'OSTEONECROSI ASÈPTICA DEL SEMILUNAR O MALALTIA DE KIENBÖCK. A PROPÒSIT D'UN CAS

Quintas Álvarez, S.; Vallejo Romero, G.; Puig De La Bellacasa De Delás, I.; Gilabert Senar, A.; Salvador Carreño, J.; Castellón Bernal, P.; Anglés Crespo, F.

Hospital Universitari Mutua Terrassa

Introducció i objectius

La malaltia de Kienböck és la necrosi de l'os semilunar evolucionant aquest, cap a una desestructuració òssia, col·lapse del carp i artropatia degenerativa. L'etiologia d'aquesta malaltia és desconeguda, encara que s'han postulat diverses teories, tant traumàtiques com anatòmiques o sistèmiques. El cas que presentem va ser tractat combinant dues de les diverses tècniques descrites per tractar aquesta malaltia: osteotomia de radi i empelt vascularitzat.

Material i mètode

Presentem el cas d'un home de 31 anys que presentava dolor al dors del carp dret amb limitació de força i balanç articular. El pacient va ser diagnosticat de malaltia de Kienböck grau IIIA mitjançant estudi radiològic. La varianza cubital era neutre. Al març de 2010 va ser intervingut quirúrgicament realitzant-se empelt vascularitzat amb pedicle d'artèria 4,5 suprarretinacular intercompartimental a semilunar i osteotomia de radi distal biplanar sense escurçament. Amb aquesta osteotomia es modifica l'angle d'inclinació radial. L'estabilitat de la mateixa es va fer mitjançant agulles de Kirschner. Per tal de descarregar la tensió sobre el semilunar es va fixar temporalment d'escafoïdes a os gran (3 setmanes). Als 3 mesos de la cirurgia, un cop consolidada l'osteotomia del radi es van retirar les AK.

Resultats

A l'any de la intervenció el pacient presenta un balanç articular de: ext 50°, flex 30°, inclinació lateral cubital 25° i radial 30°, prono-supinació completa. Força de puny (grip) dret 30 kg i esquerra 35 kg; pinch dret 7.5, esquerra 7.5 kg. Al control mitjançant RMN als 20 mesos de la cirurgia l'ós semilunar presenta captació de contrast que indica vascularització preservada. Actualment el pacient ha reprès la seva activitat laboral com a cuiner i practica esports tipus de tennis sense inconvenient.

Conclusions

L'objectiu del tractament és alleugerir el dolor, millorar la funció de l'extremitat afecta i limitar la progressió de la malaltia. Per a això s'han descrit múltiples intervencions, però cap d'elles ha demostrat ser superior a les altres. En el nostre cas, donat que era molt evolucionat, per aconseguir l'objectiu es va decidir actuar a nivell de semilunar i a nivell de radi obtenint un excel·lent resultat final.

MALUC

P-16

FRACTURA PATOLÒGICA D'ACETÀBUL TRACTADA MITJANÇANT UNA ARTROPLÀSTIA TOTAL DE MALUC

Alavedra Massana, A.; Bonilla López, J.; Cañete Carril, E.; Fernández Prat, J.

CST - Hospital de Terrassa

Introducció i objectius

El carcinoma intraductal prostàtic afecta a pacients amb una edat mitja de 70 anys, amb una supervivència als 5 anys entre el 15 i 43%. Presentem un cas de carcinoma intraductal prostàtic metastatitzat amb fractura patològica d'acetàbul, i el tractament d'aquesta.

Material i mètode

Home de 75 anys, sense antecedents d'interès, que consulta al seu metge per dolor gluti dret irradiat a extremitat inferior. En l'anàlisi de rutina s'observa un PSA de 1090, i es remet al Servei d'Urologia. Es sol·liciten diverses proves complementàries. La TAC abdominal objectiva una tumoració prostàtica amb metàstasis a pelvis, la radiologia de pelvis mostra una fractura patològica de l'acetàbul dret amb protrusió intrapèlvica del cap femoral, i la gammagrafia òssia aprecia afectació de l'acetàbul i ala íliaca drets. Es realitza biòpsia prostàtica, informada de carcinoma intraductal prostàtic. Es valora pel Servei de C.O.T., observant un bloqueig mecànic del maluc dret amb una mobilitat passiva molt reduïda, dolor gluti irradiat a genoll sense signes clars de radiculàlgia ni dèficit sensitivomotor distal. El comitè de tumors decideix iniciar tractament amb Bicalutamida, àcid zoledrònic i radioteràpia, i aconsellen intervenció quirúrgica del maluc per tractar-se d'un pacient sense expectativa de vida limitada a mig termini. Es col·loca una artroplàstia total de maluc amb ancoratges perifèrics a còtil i empelt d'os autòleg al transfons acetabular.

Resultats

El pacient inicia deambulació al quart dia de la cirurgia, amb bona tolerància. Als 2 anys de la cirurgia, el pacient deambula sense dolor ni suport extern, la radiologia mostra una bona adaptació de l'empelt al transfons amb bona implantació de la pròtesi. En la última gammagrafia òssia no s'observen complicacions de la pròtesi, i apareixen imatges de vascularització a acetàbul esquerre.

Conclusions

Segons la nostra experiència, l'artroplàstia total de maluc amb ancoratges perifèrics a còtil ofereix una resistència me-

cànica suficient per permetre càrrega precoç durant el temps d'incorporació de l'empelt ossi en casos de defectes ossis greus del transfons acetabular. En el nostre cas, tot i que l'os irradiat no és un territori ideal, la incorporació d'un empelt autòleg és possible.

P-17

DOLOR FEMORAL ANTERO-LATERAL EN PACIENT AMB ARTROPLÀSTIA TOTAL DE MALUC NO CIMENTADA. A PROPÒSIT D'UN CAS

Clares Moreno, I.; Oller Boix, A.; Torrent Gómez, J.; Bartra Ylla, A.; Salvador Sánchez, J.; Anglès Crespo, F.

Hospital Universitari Mútua de Terrassa

Introducció i objectius

El dolor antero-lateral de cuixa en un pacient intervingut d'artroplàstia total de maluc no cimentada sense signes d'afluixament i sense criteris d'infecció és una complicació poc freqüent però pot representar un repte pel traumatòleg. Una de les causes pot ser el desequilibri d'elasticitat entre l'os i l'implant i s'han descrit diversos tractaments quirúrgics.

Material i mètode

Dona de 70 anys intervinguda d'artroplàstia total de maluc dreta no cimentada el 2009 per coxartrosi. Des del moment de la cirurgia presenta dolor de característiques mecàniques a cara antero-lateral de cuixa. Els controls radiogràfics a l'any mostren una correcta integració de l'artroplàstia, sense signes d'afluixament ni d'instabilitat però observant-se engruiximent de les corticals a la punta de la tija. L'estudi gammagràfic mostra hipercaptació a terç mig femoral. Sota la sospita etiopatogènica d'un desequilibri d'elasticitat os-implant procedim a implantació d'injert ossi estructurat lateral amb cerclatges 7 cm proximals i 7 cm distals a punta de la tija.

Resultats

Als 6 mesos de la cirurgia la pacient refereix desaparició del dolor que presentava, explicant molèsties post-operatòries diferents a les pre-quirúrgiques. A l'any post-quirúrgic la malalta realitza vida normal i ha reprès activitats que no podia realitzar abans de la cirurgia per dolor incapacitant. Durant el primer any post-quirúrgic no ha presentat complicacions, amb bona integració de l'injert ossi i absència de signes d'infecció.

Conclusions

El dolor post-operatori, és una complicació freqüent en les artroplàsties totals de maluc i existeixen diverses causes que el produeixen. Distingim entre dolors mecànics i inflamatoris. Dintre dels dolors mecànics el més freqüent és l'afluixament, però

existeixen altres causes com un desequilibri d'elasticitat os-implant, una fixació distal de l'implant o una malposició de la pròtesi en var. En el cas d'un desequilibri de l'elasticitat os-implant, una opció terapèutica és reforçar la cortical externa amb injert ossi estructurat per apropar els valors d'elasticitat de la cortical externa als de l'implant i d'aquesta manera reconduir els vectors de força cap a una trajectòria més anatòmica on la cortical externa del fèmur pateixi menys.

P-18

METÀSTASI PERIPROTÈSICA EN PRÒTESI DE MALUC. A PROPÒSIT DE TRES CASOS

Ezaguí Bentolilla, J.; Portabella Blavia, F.; Cabo Cabo, X.; Celi Celi, S.; Moranas Barrero, J.; Pedrero Elsusó, S.

Hospital Universitari de Bellvitge

Introducció i objectius

El propòsit d'aquest treball és presentar 3 casos que presentaven metàstasi periprotèsica en pròtesis de maluc, que es manifestaven clínicament com a pròtesi de maluc dolorós. Així mateix es revisa la literatura relacionada amb aquesta patologia.

Material i mètode

Revisió retrospectiva de 3 pacients que clínicament presentaven una pròtesi de maluc dolorós. En dos dels casos no existia antecedent de malaltia neoplàsica. El primer cas va resultar una metàstasi de carcinoma de mama ductal *infiltrant grau II. El segon un adenocarcinoma mucosecretor d'origen primari en còlon amb lesions metastàsiques pulmonars bilaterals, metàstasi suprarenal bilateral, adenopatia mediastínica i ilíaca i metàstasi a maluc dret i el tercer cas metàstasi periprotèsica per adenocarcinoma mucinoso de *còlon amb metàstasi hepàtica. Els pacients van seguir un estudi gammagràfic i per TC, i biòpsia per a estudi anatomopatològic.

Resultats

Dels tres casos revisats el primer actualment es troba en tractament radioteràpic i quimioteràpic i ingressat en centre oncològic per a control. El segon segueix tractament pal·liatiu actualment, amb evolució tòrpida a causa de l'extensa afectació metastàsica. El tercer cas va morir als 9 mesos del diagnòstic després de tractament radioteràpic pal·liatiu.

Conclusions

1. Dins de la situació clínica de pròtesi de maluc dolorós ha considerar-se en el diagnòstic diferencial la patologia metastàsica encara que aquesta és infreqüent.
2. Per al diagnòstic és necessari efectuar una biòpsia òssia periprotèsica.

3. El maneig dels pacients amb metàstasi periprotèsiques de maluc és de tipus oncològic pal·liatiu no quirúrgic, i requereix una atenció multidisciplinària.

P-19

A TOMB D'UN CAS DE NECROSI AVASCULAR DEL CAP FEMORAL EN UNA FRACTURA PERTROCANTÈRICA

López Capdevila, M.; González Navarro, A.; Norberto Bayona, E.; Adamuz Medina, V.; Vega Ocaña, V.; Gardella Gardella, E.; Giros Torres, J.

Hospital General de l'Hospitalet

Introducció i objectius

La incidència de necrosi avascular del cap femoral en fractures pertrocantèrica de fèmur proximal és molt baixa (0,01-1%), sent l'etiopatogènia molt controvertida.

Material i mètode

Pacient, dona de 89 anys, sense factors de risc d'osteonecrosi, que presenta després d'una caiguda casual, una fractura pertrocantèrica de fèmur proximal (Müller-AO 31 A2.2), sent intervinguda mitjançant reducció oberta i fixació interna amb placa DHS de 135°. Les maniobres de reducció i la tècnica quirúrgica van ser les habituals, sense incidències. El postoperatori va seguir un bon curs. En els controls clínics i radiològics (1r, 3r i 6e mes) presentava dolor moderat, carga entre bastons i osteosíntesi correcta. Es va assolir la consolidació al 3r mes postoperatori.

Resultats

Als 9 mesos postoperatori, la pacient refereix dolor intens inguinal i impotència funcional. Radiològicament s'observa osteonecrosi del cap femoral. Es va reintervenir amb retirada del material d'osteosíntesi i implantació de una pròtesi total de maluc cimentada. Actualment no té dolor, té un balanç articular de 95° i deambula amb un bastó anglès.

Conclusions

Tot i la baixa incidència de necrosi avascular en fractures pertrocantèriques, s'ha de sospitar sempre en pacients que refereixen persistència de dolor intens després d'una osteosíntesi correcta. En aquest tipus de fractures, la lesió traumàtica de l'anell vascular és poc probable, tot i així, es considera actualment la causa principal, essent la necrosi tèrmica durant el fresat la segona causa.

P-20

TECTOPLÀSTIA PROVISIONAL AMB CIMENT PER RESOLDRE LA LUXACIÓ DE L'ESPAIADOR ARTICULAT DE MALUC EN CASOS D'INFECCIÓ PERIPROTÈSICA

Méndez Ojeda, M.; Corona Pérez-Cardona, P.; Amat Mateu C.; Flores Sánchez, X.

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Introducció i objectius

La infecció periprotètica és una complicació poc freqüent (1-2%) però presenta una alta morbiditat per als pacients. El tractament més eficaç és el recanvi en dos temps; essent de gran ajuda els espaiadors, bé siguin estàtics o dinàmics, entre el primer i segon temps. Entre els principals avantatges d'utilitzar el dinàmic podríem destacar la millor qualitat de vida del pacient i un segon temps tècnicament més senzill. En contra, s'ha descrit un risc d'un 7% de luxació i s'ha assenyalat que l'existència d'un important defecte ossi acetabular, podria ser una contraindicació relativa per al seu ús. Per tractar aquesta complicació i mantenir l'espaiador dinàmic de maluc contingut en l'acetàbul s'ha utilitzat una tècnica que hem anomenat Tectoplàstia Provisional amb Ciment (TPC).

Material i mètode

Presentem dos pacients amb infecció periprotètica de maluc i extensos defectes acetabulars (Paprosky IIIA) que van ser tractats amb una revisió en 2 temps. En el període postoperatori immediat del primer temps es va constatar una luxació de l'espaiador articulat. Es va decidir una reducció oberta de l'espaiador i per augmentar la continuïtat acetabular es va realitzar una TPC en el mateix temps quirúrgic, resolent així la inestabilitat del espaiador dinàmic. En resum la tècnica consisteix en realitzar un nou sostre acetabular amb PMMA impregnat d'antibiòtic, i utilitzant cargols d'esponjosa de 6,5 mm com a bastida de suport. Així aconseguim augmentar la superfície cranial i posterior de l'acetàbul natiu i disminuir el risc de luxació en aquests casos.

Resultats

No es van presentar nous episodis de luxació mentre els pacients esperaven pel segon temps. Als pacients se'ls va permetre la deambulació amb càrrega parcial assistida.

Conclusions

La realització d'una Tectoplàstia Provisional amb Ciment va resoldre amb èxit la luxació de l'espaiador articulat de maluc en aquests dos casos sense altres complicacions. Creiem que amb aquesta tècnica som capaços d'utilitzar un espaiador dinàmic de maluc en escenaris on el risc de luxació és elevat i oferir als nostres pacients els avantatges dels espaiadors dinàmics de maluc.

P-21

ACETABULOPLASTIA EN DISPLÀSIA DEL DESENVOLUPAMENT DE MALUC EN L'ADULT

Méndez Ojeda, M.; Hernández Martínez, A.; Llata Sales, J.; Azorin Zafrilla, L.

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Introducció i objectius

La col·locació del component acetabular és el principal problema en la displàsia congènita del maluc del tipus "luxació baixa" de la classificació de Hartofilakidis. En aquest subtipus el cap femoral es troba luxat i parcialment en contacte amb l'acetàbul primitiu, el que condiciona un defecte de recobriments ossi anterolateral de acetàbul. S'han proposat diferents tècniques per a millorar la cobertura del component acetabular entre les quals es citen la reconstrucció acetabular amb empelt ossi del cap, la utilització de components acetabulars més petits, l'ús de suplementes metàl·lics, i la medialització del component acetabular o cotiloplastia.

Material i mètode

Presentem un cas d'una pacient de 33 anys d'edat amb displàsia congènita d'ambdues malucs tipus luxació baixa amb conseqüent coxartrosi bilateral. En els exàmens radiològics preoperatoris es confirma l'existència de còtila plans i amples confirmant displàsia acetabular. Els valors AASA d'ambdues malucs i PASSA dret es troben significativament disminuïts, amb un angle CE de 5° el dret i 11° l'esquerre.

Resultats

Va ser intervinguda quirúrgicament d'ambdues malucs amb un període de 24 mesos entre elles. A causa de la deficient cobertura acetabular es va realitzar un aprofundiment del mur medial de l'acetàbul. La col·locació del component acetabular es va reforçar amb l'ajuda de cargols al sostre acetabular. La pacient va evolucionar satisfactòriament i sense complicacions. Els controls radiològics evidencien una correcta cobertura acetabular, amb medialització del component més enllà de la línia Kohler.

Conclusions

Entre els avantatges de la cotiloplastia en aquest grup de pacients es troben: el restabliment de l'altura articular i de la longitud de les cames, evitar la utilització d'empelts estructurals i permetre la medialització del centre de rotació del maluc. Entre els seus desavantatges es troben el risc de fallada del component si es produeix una medialització excessiva (> 50%). En la nostra experiència la cotiloplastia és una opció quirúrgica vàlida per millorar la cobertura del component femoral en els defectes anterosuperior de l'acetàbul.

P-22

FRAGMENTACIÓ DEL CAP EN ESPAIADOR DE MALUC

Mir Batlle, P.; Sotos Ródenas, F.; Pulgarín Domínguez, M.; Batlló Sabala, J.; El Kabbani Sami, I.; Saborido Mañas, A.; Salvans Bartrons, M.

Hospital de Berga

Introducció i objectius

Els espaiadors articulars permeten una alliberació temporal d'antibiòtic, mantenen la longitud de l'extremitat, faciliten el moviment i cobreixen un temps entremig a l'espera de l'implant protèsic definitiu. La generalització de la seva utilització ha suposat ampliar les seves complicacions. Es classifiquen en dos tipus: 1) no articulats, en bloc o estàtics, 2) articulats o mòbils.

Material i mètode

Presentem malalta de 75 anys d'edat, que cursa amb una evolució tòrpida fins arribar al diagnòstic d'artritis sèptica de maluc dret per *Streptococcus* amb necrosis del cap femoral. Es realitza una substitució protèsica en dos temps espaiats per 2.5 mesos. Al mes de portar l'espaiador estàtic de gentamicina es produeix una subluxació progressiva del mateix amb neoarticulació ilíaca que li permet continuar amb la càrrega tot i l'escurçament evident. Un cop es reintervé és comprova la delaminació superficial del cap de l'espaiador articular amb múltiples fragments entre 2x2 mm i 2x2 cm, de predomini en regió inferior i lateral (no en la part superior).

Resultats

Les complicacions descrites al voltant dels espaiadors són diverses i relacionades amb subluxacions, luxacions i ruptures, però no amb delaminacions o fragmentacions. El temps transcorregut entra dins dels possibles per aquest tipus d'utilització (2.5 mesos) per la qual cosa pensem hi han d'influir altres factors relacionats amb la seva duresa i fregament. El resultat a 5 mesos en la nostra malalta és satisfactori.

Conclusions

L'aparició de radiopacitats al voltant dels espaiadors pot estar relacionada amb la seva fragmentació o delaminació. Un cop retirats han de ser curosament revisats per descartar zones de discontinuïtat. Si és així s'han de localitzar els fragments a l'articulació del malalt. En ocasions poden ser de tamany petit i de difícil localització.

GENOLL

P-23

TRACTAMENT DE RUPTURA CRÒNICA DE TENDÓ ROTULIÀ DESPRÉS D'UNA ARTROPLÀSTIA TOTAL DE GENOLL MITJANÇANT PLÀSTIA AMB ALOINJERT DE TENDÓ AQUIL·LI

Arroyo Dorado, A.; Provinciale Fatsini E.; Elías Payan, I.; Blanch Gironès, E.; García Forcada, I.; Giné Gomà, J.

Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona

Introducció i objectius

La ruptura del tendó rotulià després d'una artroplastia total de genoll es una complicació poc freqüent però molt incapacitant, especialment en pacients d'edat avançada.

Material i mètode

Presentem el cas d'una pacient de 79 anys a la que se li va implantar una pròtesis total de genoll esquerre per gonartrosi tricompartmental avançada. Abans de l'any devolució i degut a una inestabilitat lligamentària, es recanvia la pròtesis i s'implanta una pròtesis total rotacional tipus Waldemar-Link. Al cap de 9 mesos de l'artroplàstia de recanvi, la pacient consulta per dificultat per caminar i caigudes freqüents. A la palpació s'objectiva una absència de continuïtat a nivell del tendó rotulià amb un balanç articular de 80°/-40°. Les radiografies mostren una patela alta i lateralitzada, sense signes d'afuixament protèsic. Amb el diagnòstic de ruptura crònica de tendó rotulià, es realitza una alliberació pararrotoiana lateral ampla, centratge rotulià, osteotomia de resecció de la tuberositat tibial anterior i implantació d'aloinjert d'aquil·les (ostendó). S'impacta el fragment ossi de l'aloinjert a nivell de la tuberositat anterior de la tibia i es fixa amb un cerclatge alàmbic. Posteriorment, es sutura la plàstia a ròtula i quàdriceps mitjançant sutura simple. Durant el postoperatori immediat es manté l'inmovilització amb guix circular inguinopèdic durant 10 dies i després es substitueix per una ortesis d'extensió permetent la càrrega parcial durant 5 setmanes.

Resultats

L'evolució de la pacient ha estat satisfactòria, presentant a l'any de seguiment una deambulació autònoma i un rang de mobilitat de 110°/0°.

Conclusions

Existeixen múltiples opcions de tractament en casos com el descrit. Tot i així, vam optar per aquesta tècnica quirúrgica considerant el risc-benefici i les característiques de la pacient.

P-25

PTG TIPUS FRONTISSA PER GONARTROSI POSTTRAUMÀTICA. A TOMB D'UN CAS

Romero Pijoan, E.; Oliver Far, G.; Sánchez Martínez, M.; Garreta Català, I.; Juan García, G.; Cabot Dalmau, J.; Portabella Blavia, F.
Hospital Universitari de Bellvitge

Introducció i objectius

Presentem el cas d'un pacient amb gonartrosi d'origen post-traumàtic.

Material i mètode

Home de 55 anys que pateix traumatisme amb diagnòstic de fractura de platet tibial esquerre tipus Schatzker VI. Es procedeix a osteosíntesi amb placa i cargols. El procés evoluciona a gonartrosi amb varització de l'extremitat dificultant greument la deambulació. 4 anys després es decideix implantar una pròtesi total de genoll tipus frontissa.

Resultats

El resultat de la intervenció ha estat inicialment satisfactori, amb correcció de l'eix i millora clara de la simptomatologia. S'ha aconseguit restaurar la funció del genoll i la deambulació.

Conclusions

Considerem que l'elecció d'una pròtesi total de genoll tipus frontissa és una bona opció en seqüel·les greus de gonartrosi post-traumàtica amb afectació lligamentosa.

P-27

OSTEOCONDritis DISSECANT JUVENIL

Calbet Montcusí, G.; Galcerà Gavalda, D.; Chiquillo Llauredó, A.; Coloma Saiz, J.; Maltes Fernandois, P.; Baduell Martí, A.; Rodríguez Gangoso, A.
Hospital Universitari Sant Joan de Reus

Introducció i objectius

Patologia que sol afectar a pacients joves de sexe masculí (2:1). En un 85% dels casos la seva localització és el còndil femoral intern. L'etiologia no està definida, i es plantegen diverses possibilitats com: trastorns del creixement, anomalies epifisàries, alteracions endocrines, predisposició familiar, traumatismes i/o necrosi avascular.

Material i mètode

Presentem el cas d'un pacient de 14 anys que presenta gonàlgia esquerra discontinua, amb episodis de vessament arti-

cular i pseudobloqueig. A la Rx. Simple s'observa possible lesió esclerosada a nivell subcondral, motiu pel qual es realitza RM, que informa d'osteochondritis dissecant estadi III de còndil femoral intern. Es realitza tractament quirúrgic artroscòpic mitjançant cruentació i fixació del fragment amb dos arpons reabsorbibles.

Resultats

L'evolució postquirúrgica va ser insatisfactòria produint-se als 6 mesos recidiva i desprendiment del fragment osteocondral. En aquest moment es decideix realitzar una mosaicoplàstia a cel obert amb cilindres osteocondrals del mateix pacient, extrets del mateix genoll de la zona de menys càrrega. Essent el postoperatori i l'evolució a l'any de la intervenció quirúrgica satisfactòria, el pacient realitza les activitats diàries amb normalitat i activitat física sense dolor ni limitacions.

Conclusions

El factor més important per decidir el tractament definitiu, és verificar l'estabilitat del fragment osteocondral. Les lesions estables juvenils majoritàriament curen de manera espontània. En els casos de que el fragment és inestable, s'ha de valorar la integritat condral ja que el tractament pot variar depenent de si el fragment està desplaçat o no. El tractament quirúrgic varia des de la fixació del fragment, perforacions de la zona afectada o realització d'una mosaicoplàstia amb ingerit osteocondral. La radiologia simple és la primera prova d'imatge que s'ha de realitzar per orientar el diagnòstic. La Resonància Magnètica és utilitzada amb èxit per realitzar la valoració de l'afectació osteocondral i així orientar el tractament a seguir.

P-28

LESÍO MÚLTIPLE-LLIGAMENTOSA DEL GENOLL: A PROPÒSIT D'UN CAS

Fuentes López, I.; Cabré Serres, J.; Mateu Vicens, D.; Sabatés Mallorca, S.; Bailez Arias, A.; Torres Romaña, R.; Anglés Crespo, F.
Hospital Universitari Mutua de Terrassa

Introducció i objectius

La lesió multi-ligamentosa del genoll és una entitat poc freqüent que implica la lesió d'almenys dos lligaments. Majoritàriament són degudes a traumatismes d'alta energia, poden associar-se a lesions neurovasculars i ocasionalment anar acompanyades de fractures òssies i lesions meniscals. Les lesions dels lligaments col·laterals o del complex postero-lateral precisen d'un diagnòstic precís que poden repercutir en l'evolució futura del genoll.

Material i mètode

Varó de 32 anys que sofreix una entorsis del genoll després d'una caiguda d'un cavall. En l'exploració física inicial només destacava un badall al forçar el varo del genoll, essent la resta d'exploració no valorable. Es va evaquar el vessament, observant-se líquid hemàtic. Es va immobilitzar el genoll durant 10 dies. En la següent valoració, s'apreciava un calaix anterior positiu, un badall al forçar el varo en extensió completa i a 30° de flexió de 3r grau. El Dial test era positiu a 30°, essent negatiu a 90°. La RMN informava d'esquinçament grau II del LLI, ruptura del LCA i ruptura del LLE amb lesió del tendó popliti, arribant al diagnòstic de lesió multi-ligamentosa de genoll tipus KD I amb lesió lligamentosa de LCA, LLI i complexe postero-lateral.

Resultats

Aproximadament a les 3 setmanes després de l'accident es va procedir a la reconstrucció anatòmica del LCA mitjançant al-loempelt de tendó aquil·li i a la reconstrucció del complexe postero-lateral amb tècnica d'empelt lliure amb el mateix al-loempelt de tendó aquil·li. El tractament postoperatori va incloure càrrega immediata, immobilització amb una fèrula en extensió durant 6 setmanes i flexió del genoll progressiva. Actualment, el pacient refereix una laxitud al forçar el varo de 5-10 mm amb un balanç articular complet que no li impedeix les activitats de la vida diària, incloent la hípica.

Conclusions

La valoració correcta i eficaç és molt important per determinar el grau de lesió i les potencials seqüeles catastròfiques posteriors. El tractament quirúrgic en fase aguda mitjançant la reconstrucció lligamentosa del pivot central i del complexe posterolateral és una opció de tractament que, no exempta de complicacions, permet resoldre aquests tipus de lesions.

P-29

RUPTURA LONGITUDINAL DEL MENISC DISCOIDEO MEDIAL I SÍNDROME DE BECKWITH-WIEDEMANN EN LA INFÀNCIA". A PROPÒSIT D'UN CAS

Reverté Vinaixa, M.; Duarri Llado, G.; Minguell Monyart, J.; Carrera Calderer, L.; Castellet Feliu, E.; Nardi Vilardaga, J.; Cáceres Palou, E.

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Introducció i objectius

El Síndrome de Beckwith-Wiedemann és un trastorn congènit del creixement somàtic, caracteritzat per una incidència variable d'anomalies congènites: macrosomia amb gran massa muscular i teixit subcutani, hemihipertrofia, anomalies craniofacials, visceromegalia, tumors benignes i malignes, macroglòssia i malformacions renals entre altres.

Material i mètode

Presentem el cas d'una pacient de deu anys afectada del Síndrome de Beckwith-Wiedemann que acudeix a consultes externes per gonàlgia dreta (puntuació 7 en la escala EVA) i dèficit de 30° d'extensió amb una flexió complerta, de tres anys d'evolució. La pacient deambulava amb un flexo del genoll. En la ressonància magnètica s'observava la presència d'una degeneració i ruptura del menisc intern sobre la base d'un menisc discoideo. Vam realitzar una meniscectomia parcial artroscòpica durant el procediment s'observà un menisc intern discoideo amb ocupació de tot el compartiment femoro-tibial intern i espai intercondili amb ruptura longitudinal del mateix i sense afectació de les altres estructures.

Resultats

Al mes de la cirurgia presentava una puntuació de 5 en l'escala EVA i un balanç articular amb flexió complerta i un dèficit d'extensió de 20°. Als dos mesos i després d'un programa intens de rehabilitació a la pacient li va desaparèixer el dolor, assignant un valor de 10 a l'escala EVA, amb un balanç articular de 140° de flexió i 5° de dèficit d'extensió, presentant una deambulació lliure i sense limitacions per a la seva activitat habitual.

Conclusions

El menisc intern discoideo és deu vegades menys freqüent que el extern. El diagnòstic d'aquesta lesió es realitza mitjançant ressonància magnètica, ja que és una prova no invasiva i precisa per a detectar anomalies en els meniscs. El nostre cas presenta una ruptura simptomàtica del menisc intern discoideo, en la qual esta indicada la meniscectomia parcial i regularització del menisc. Els objectius del tractament són: disminuir el dolor i recuperar el balanç articular complet. Amb aquest cas nosaltres proposem una possible associació entre el Síndrome de Beckwith-Wiedemann i menisc intern discoideo, ja que la hemihipertrofia de teixits també podria afectar a aquestes estructures.

P-30

CONDROPATIA ROTULIANA, GRAN NOMBRE DE TRACTAMENTS AMB POBRES RESULTATS

Méndez Ojeda, M.; Aguilar García, M.; Roman Verdasco, J.; Joshi Jubert, N.; Díaz Ferreiro, E.; Ramírez Ruiz, G.; Castellet Feliu, E.

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Introducció i objectius

Les lesions de cartílag articular són de difícil maneig en qualsevol articulació. S'han establert protocols de tractament més o menys estandarditzats amb bons resultats en alguna d'elles, però, no es reproduïen en la condropatia rotuliana,

probablement per la seva major gruix, concavitat, diferents punts de suport, etc. És per això que el pronòstic de la condropatia rotuliana segueix sent incert.

Material i mètode

Presentem una pacient de 30 anys, amb diagnòstic de condropatia rotuliana dreta l'any 2000 intervinguda quirúrgicament en un altre centre realitzant-li Implant de Condrocits Autòlegs (ACI); asimptomàtica fins fa 7 anys, quan reapareix gonàlgia, es practica artroscòpia de revisió on es comprova l'existència d'una condropatia rotuliana global associada a un despreniment del teixit trasplantat. La tomografia, evidència condropatia en faseta externa grau IV i en faseta interna grau III, així com signes de delaminació. Entre les opcions quirúrgiques i atès que la pacient ja havia estat tractada amb implant de condrocits autòlegs (fracassant), proposem i realitzem a la pacient un empelt biodegradable d'acció. Polilàctic / ac. poliglicósido amb superfície de sulfat càlcic (TRUFIT) més realineació proximal de l'aparell extensor del genoll. Evoluciona satisfactòriament, asimptomàtica durant 1 any quan fa aparició progressiva de la simptomatologia dolorosa comprovant per RMN una bona incorporació dels cilindres implantats, encara que en la seva superfície es detecten petites fissures que podrien ser les responsables d'aquesta simptomatologia. Davant el segon fracàs de tècnica de regeneració i la impossibilitat de realitzar una mosaicoplastia pel compromís de la zona donadora ens trobem abans 2 tècniques de rescat: pròtesi fèmoropatelar i patel·lectomia, degut entre altres coses a l'edat de la pacient, es planteja pròtesis fèmoropatelar.

Resultats

La pacient evoluciona correctament, trobant asimptomàtica en l'últim control (1 any postoperatori)

Conclusions

Amb el fins ara publicat a la bibliografia podem dir: Microfractures: bons resultats a curt termini (no més dels 2 anys?) Mosaicoplastia: no hi ha seguiment suficient (superior als 3 anys) ACI: bons resultats en estudis però sèries petites i lesions > 5cm. Totes les tècniques: millor resultat en <35 anys per la capacitat de regeneració-reparació del teixit.

P-31

ASSISTÈNCIA ARTROSCÒPICA EN EL TRACTAMENT DE FRACTURES SCHATZKER IV A VI ASSOCIADES A FRACTURES D'ESPINES TIBIALS. REVISIÓ DE 5 CASOS

Arriaga Lahuerta N.; De La Dehesa Cueto-Felgueroso, P.; Gelber Ghenter, P.; Millan Billi, A.; Bärreiter Bärreiter, S.; Besalduch Balaguer, M.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Introducció i objectius

La reducció de les fractures desplaçades d'espina tibial anterior és habitualment realitzada sota control artroscòpic, com també passa en les fractures de planell tibial lateral. Poc es troba a la bibliografia sobre el rol de l'artroscòpia en els casos de fractures d'espines amb fractura de planell tibial medial o bituberositàries.

Material i mètode

Es presenten 5 casos de pacients entre 28 i 56 anys amb fractura de planell tibial Schatzker IV a VI, associades a fractura-avulsió d'espina tibial anterior. Tots van ser tractats quirúrgicament amb reducció articular assistida per artroscòpia. Van ser revisats clínicament i radiològicament amb un seguiment d'entre 12 i 21 mesos.

Resultats

Tots els pacients van evolucionar favorablement amb bona funcionalitat i estabilitat articulars essent donat d'alta entre els 7 i els 12 mesos. Un dels pacients va presentar com a complicació dehiscència i infecció de la ferida quirúrgica als 2 mesos postoperatoris que va evolucionar cap a la curació amb antibioticoteràpia i tractament amb pressió negativa al buit.

Conclusions

L'assistència artroscòpia per a la reducció articular en les fractures de planell tibial Schatzker IV a VI associades a fractura de l'espina tibial és una bona opció terapèutica amb resultats satisfactoris i baixa morbiditat perioperatoria.

P-32

TRACTAMENT DE LESIONS CONDRALS DE GENOLL AMB "TÈCNICA ARTHROSURFACE HEMICUP"

Mir Batlle, P.; Pulgarín Domínguez, M.; Sotos Ródenas, F.; Batlló Sabala, J.; El Kabbani Sami, I.; Saborido Mañas, A.; Salvans Bartrons, M.

Hospital de Berga

Introducció i objectius

Els defectes condrals en edat adulta presenten resultats irregulars en funció de la tècnica utilitzada. Les tècniques de regeneració del cartílag presenten millors resultats en adults joves. Els sistemes que recuperen la morfologia condral i permeten una càrrega immediata presenten un bons resultats a curt termini en els adults.

Material i mètode

Presentem dos malalts tractats amb tècnica "ArthroSurface Hemicup System" (crom-cobalt i titani) de genoll. **Cas 1:** 52 anys, home, lesió condral grau III a nivell de tròclea femoral, seguit a 32 mesos amb excel·lent resultat. **Cas 2:** 45 anys, dona, lesió condral grau IV a nivell de còndil femoral intern en superfície de càrrega, sobre mosaicoplàstia fracassada, seguit a 25 mesos, amb bon resultat.

Resultats

El sistema "ArthroSurface Hemicup System" permet mesurar de forma acurada el defecte per substituir-lo. El sistema alinia la superfície de l'implant a la resta de la superfície del cartílag, omplint el defecte i recuperant una superfície de lliscament continua i homogènia. La tècnica permet ser desenvolupada a partir d'un abordatge "mini-open". La càrrega pot ser immediata.

Conclusions

La tècnica d'arthrosurface per cirurgia oberta és una tècnica senzilla, reproduïble i de bons resultats a curt termini. Es pot aplicar en cirurgia primària en l'adult o com a rescat en fracàs en tècniques de mosaicoplàstia.

P-32B

RUPTURA TENDÓ QUADRICIPITAL BILATERAL, SIMULTÀNIA I ESPONTÀNIA

Plano, X.; Palau, E.; Barrera, S.; Porcel, J.; Muñetón, D.; Minguell, J.; Carrera, L.; Castellet, E.

Hospital Universitari Vall d'Hebrón. Barcelona

Introducció i objectius

La ruptura del tendó quadricipital espontània és poc prevalent, amb incidència encara menor quan és bilateral. És una

patologia característica de pacients majors de 40 anys, generalment amb comorbiditats associades; hiperparatiroidisme secundari, insuficiència renal crònica, transplantament renal, o tractament crònic amb corticoids entre d'altres.

Material i mètode

Exposem un cas d'un home de 75 anys amb una ruptura bilateral de tendó quadricipital simultània i espontània. Com a comorbiditat relacionada, destacava el tractament crònic amb corticoids per malaltia pulmonar obstructiva crònica.

El pacient presentava impotència funcional sobtada de ambdós extremitats inferiors i molèsties a nivell suprarotulà. S'objectivava dèficit d'extensió activa, i signe de la destrució bilateral. Radiològicament descens rotulà amb un índex Insall-Salvati inferior a 1. El diagnòstic de confirmació es va realitzar mitjançant ressonància magnètica.

Es decidí tractament quirúrgic mitjançant reanclatge amb sutures transòssies tipus Krackow.

Resultats

El balanç articular intraoperatori fou de 0/70°. Es va immobilitzar en el postoperatori immediat mitjançant unes òrtesis bloquejades en extensió. A les sis setmanes, s'inicia de forma progressiva, la flexió activa respectant la flexió contra resistència. Als tres mesos la deambulació era possible sense inestabilitats clíniques o ús d'òrtesis.

Conclusions

El diagnòstic de la ruptura del tendó quadricipital es clínic.

El tractament quirúrgic és d'elecció en les ruptures completes.

El tractament precoç és essencial per a evitar resultats subòptims.

P-33

FRACTURA PERIPROSTÈTICA EN PTG SECUNDÀRIA A LINFOMA OSSI PRIMARI DE FÈMUR

Gil González, S.; Sánchez Soler, J.; Gamba, G C.; Pelfort López, X.; Hinarejos Gómez, P.; Puig Verdú, L.; Montserrat Ramón, F.
Parc de Salut Mar. Barcelona

Introducció i objectius

El limfoma ossi primari és extremadament infreqüent, essent un 5% dels tumors ossis malignes primaris i menys de 1% dels limfomes. Es tracta d'una neoplàsia que, en més d'un 80% dels casos, presenta una bona resposta al tractament quimioteràpic +/- radioteràpia. A la literatura trobem molts pocs casos associats a implants ortopèdics, només un associat a fracàs de PTG i cap relacionat amb fractura periprostètica. Presentem el cas d'un fracàs protètic amb fractura periimplant degut a limfoma primari de fèmur.

Material i mètode

Home de 70 anys amb PTG dreta per gonartrosis primària el 2007. Als 4 anys inicia dolor mecànic e inflamatori, amb un estudi radiològic inicial normal i analítica sense signes d'infecció. La gammagrafia mostra una hipercaptació del còndil femoral medial que s'orienta com afluixament del component femoral, per la qual cosa s'indica el recanvi prostètic. Previ a la intervenció pateix dolor agut sense traumatisme previ presentant una fractura periprostètica de fèmur distal. A la TAC s'observa una important osteòlisis que fa sospitar d'una fractura patològica.

Es realitza el recanvi protètic amb model cimentat de fixació diafisària durant el qual s'objectiva teixit necròtic, friable i granulomatós. Els cultius microbiològics resulten negatius i l'estudi anatomopatològic e immunohistoquímic revela un LINFOMA DIFÚS DE CÈL·LULES GRANS TIPUS B.

Resultats

El pacient no presenta símptomes B ni localització extraòssia. Inicia tractament quimioteràpic habitual de primera línia (RCHOP), amb una segona dosi davant el fracàs inicial, amb mala resposta secundària. La radioteràpia aconseguix el control local de la lesió fins a data d'avui. El nou implant protètic es manté estable i la funció del genoll adequada pel temps d'evolució.

Conclusions

Presentem un cas de complicació protètica de genoll no descrit a la literatura, amb una etiologia extraordinàriament poc freqüent i amb mala resposta al tractament quimioteràpic, que habitualment és efectiu.

La possible patogènesis per estimulació de la proliferació linfofítica i agents mutagènics relacionats amb la presència de l'implant protètic, que alguns autors postulen, és una línia d'investigació de gran interès si existeix un augment del número de casos en el futur.

P-33B

TRENCAMENT SIMULTÀNIA DEL TENDÓ ROTULIÀ I L·LIGAMENT CREUAT ANTERIORPORCEL

Porcel Vázquez, J. A.; Casaccia Di Stéfano, M. A.; Muñetón Herrera, D. A.; Díaz Ferreiro, E.

Hospital Universitari Vall d'Hebrón. Barcelona

Introducció i objectius

Amb una incidència molt baixa es poden observar trencaments combinats del tendó rotulià i del lligament creuat anterior (LCA), és per això que alguna de les dues passa desapercebuda en el diagnòstic inicial.

Material i mètode

Es presenta el cas d'un pacient de 40 anys que després de caure de motocicleta va ser portat al servei d'urgències, diagnosticant possible lesió del lligament creuat anterior i lesió del lligament col·lateral medial (LCM). Amb aquesta sospita va ser traslladat al nostre centre per rebre una valoració clínica i terapèutica. Un cop al nostre centre, a l'exploració s'observava tumefacció difusa del genoll amb equimosis en cara antero-medial, prova de Lachman, calaix anterior i badall en valg positiu, per la qual cosa es va sol·licitar un estudi per ressonància magnètica (RM). El pacient explicava un mecanisme lesional semblant al que es dona en altres casos descrits comúment en esportistes, que consisteix en la contracció excèntrica del quàdriceps amb el pes corporal sobre el peu, que es troba fix a terra, a més d'un valg forçat en semiflexió. La ressonància magnètica confirmava el diagnòstic de lesió del LCA, trencament parcial del LCM i mostrava a més una lesió intra-substància del tendó rotular que havia passat inadvertida en la valoració d'urgències.

Resultats

El pacient va ser tractat mitjançant una plàstia de reforç del tendó rotulià utilitzant autoempelt del tendó del múscul semitendinos, sense reparació primària pel fet que ja s'observava cicatrització i el pacient realitzava extensió activa contrarresistència. De forma simultània es va realitzar la reconstrucció del LCA mitjançant la tècnica d'os-tendó-os amb autoempelt de genoll contralateral, ja que no es disposava d'empelt de banc. En el postoperatori es va immobilitzar amb una genollera en extensió durant 48 hores, moment el qual es va iniciar un programa de moviment passius i actius assistits.

Conclusions

Encara que el tractament preferit és la reparació primària del tendó rotulià i la reconstrucció diferida del lligament creuat anterior, hi ha controvèrsia sobre quin és el tractament ideal i el moment de fer-ho. No està clar com és la teràpia rehabilitadora més beneficiosa.

P-34B

QUIST PRETIBIAL AMB REACCIÓ DE COS ESTRANY EN RECONSTRUCCIÓ DEL L·LIGAMENT CREUAT ANTERIOR

Muñetón Herrera, D. A.; Joshi Jubert, N.; Díaz Ferreiro, E.; Ramírez Ruiz, G.; Selga Marsà, J.; Haddad S.; Cortina Gualdo, J.

Hospital Universitari Vall d'Hebrón. Barcelona

Introducció i objectius

L'aparició d'un quist tibial després de la reconstrucció del lligament encreuat anterior (LEA) del genoll és una complicació poc freqüent i d'etiologia controvertida. L'explicació més fre-

qüent és el pas de líquid articular a través del túnel tibial, no obstant, en alguns casos l'estudi histològic mostra una reacció inflamatòria a cos estrany que posteriorment deriva en quist sinovial.

Material i mètode

(Empelt autòleg tipus os-tendó-os i fixació amb visos interferencials de titani), que consulta per inestabilitat anteroposterior del mateix genoll. Es procedeix a la revisió del lligament, realitzant-se reconstrucció amb al-loempelt de tendó peroné i fixació amb vis interferencial bio-absorbible de poli-làctic (Linvatec) a nivell tibial i cross-pin a nivell femoral. Als 7 mesos de l'operació presenta una massa no dolorosa pre-tibial. L'estudi per ressonància confirma la presència d'una massa quística multiseptada. Es procedeix a l'exèresi de la lesió, desbridament del túnel tibial i extracció de fragments dels visos.

Resultats

L'estudi patològic de la lesió descriu un quist mucoide sinovial amb reacció inflamatòria crònica periquística i reacció a cèl·lules gegants a cos estrany. L'estudi de la plàstia descriu focus de degeneració mixoidal i presència de material bi-refringent amb reacció de cèl·lules gegants multinucleades a cos estrany.

La pacient reinicia rehabilitació, actualment sense dolor i mobilitat articular de 0°-135°.

Conclusions

En contrast amb la hipòtesis més freqüent sobre l'etiologia del quist tibial, el nostre cas presenta una resposta inflamatòria local a cos estrany al material de fixació que impedeix una adequada integració i comporta la formació del quist tibial.

P-35

AVULSIÓ DE LA INSERCIÓ FEMORAL DEL LLIGAMENT COL-LATERAL MEDIAL ASSOCIADA A RUPTURA COMPLERTA DEL LLIGAMENT CREUAT POSTERIOR

Haddad, S.; Selga Marsa, J.; Minguell Monart, J.; Castellet Feliu, E.; Joshi Jubert, N.; Díaz Ferreiro, E.; Reverté Vinaixa, M. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Introducció i objectius

La lesió del lligament col·lateral medial (LCM) del genoll és la lesió lligamentosa traumàtica més freqüent en la població adulta jove. Poques vegades requereix tractament quirúrgic, a no ser que s'associï a una lesió multiligamentosa o a inestabilitat crònica. Presentem una associació poc habitual a mode il·lustratiu.

Material i mètode

Pacient varó de 38 anys que durant pràctica esportiva (kitesurf) pateix una caiguda d'alta energia. A l'exploració física inicial el pacient presentava incapacitat per mantenir el seu propi pes, tumefacció, vessament articular i equímosi a la cara medial del genoll dret. També tenia un test d'estrés en valg positiu i un calaix posterior dubtós. A la radiografia es va veure una avulsió òssia a nivell del còndil femoral medial i la ressonància magnètica (RMN) va confirmar la nostra sospita diagnòstica: Lesió complerta del LCM amb avulsió de la seva inserció femoral, associada a una lesió de grau III del lligament creuat posterior (LCP). El pacient es va sotmetre a cirurgia de lligamentoplastia de LCP amb al·loinjert per via artroscòpica navegada. En el mateix acte quirúrgic i mitjançant abordatge femoral medial s'evidencià una rotació i retracció distal del fragment ossi avulsionat amb el LCM. Posteriorment es va prosseguir a la seva alliberació i reinserció amb anclatges ossis. En el postoperatori va immobilitzar el pacient amb una òrtesis en extensió durant quatre setmanes.

Resultats

A les sis setmanes de la cirurgia va començar la pauta de rehabilitació amb càrrega progressiva. Al darrer control als tres mesos presentava una balanç articular lliure de dolor de 0/100° sense clínica d'inestabilitat lligamentosa. Una nova RMN mostrava signes reparatius de LCM sense disrupció de les seves fibres.

Conclusions

Fins ara aquesta lesió curiosa no havia estat prèviament descrita. Correspon a un subgrup de lesions del LCM que, a diferència de les aïllades, es pot beneficiar d'un tractament quirúrgic precoç. A més a més poden associar-se a lesions d'altres estructures lligamentoses. Per tant, davant l'evidència radiològica d'aquesta avulsió, pensem indicada la RMN i, si es confirma el diagnòstic, s'hauria de realitzar una reparació precoç incluint les lesions lligamentoses associades.

P-35B

CIRURGIA DE REVISIÓ DE PLÀSTIA LLIGAMENT CREUAT ANTERIOR

Rivero Sosa, R.; Fernández Valderas, P.; Barcons Bellido, C.; López Capdevila, L.; Vega Ocaña, V.; Gardella Gardella, E.; Santamaría Fumas, A.; Giros Torres, J. Hospital General de L'Hospitalet

Introducció i objectius

Les causes més freqüents de fracàs de les plàsties de lligament creuat anterior (LCA) són els errors en la tècnica, aques-

tes es manifesten clínicament com inestabilitat articular recurrent, dolor persistent o rigidesa articular. En la inestabilitat recurrent, es poden associar la lesió dels estabilitzadors secundaris del genoll. El lligament lateral intern (LLI) és el principal estabilitzador medial a l'estrès en valg i proporciona resistència a les forces de rotació externa; la hiperlaxitud d'aquest modifica la relació de càrregues dels lligaments, afectant la biomecànica del genoll, en especial del LCA.

Material i mètode

Dona, 38 anys amb trípala genoll dret als 17 anys, intervinguda quirúrgicament amb plàstia LCA artificial, retensat de LLI i regularització meniscal. Als 2 anys, es realitza plàstia de revisió per ruptura traumàtica de LCA, amb Os-tendó-os autòleg. En l'actualitat, presenta gonàlgia dreta d'esforç, vessament articular freqüent, Lachman + + +, calaix anterior + + + i badall medial al valg per ruptura crònica del LCA i LLI, condrocalcinosi, meniscopatia interna i externa, amb un índex IKDC de 43.7.

Prèvia planificació preoperatòria, es realitza regularització meniscal interna i externa, reconstrucció anatòmica de LLI amb al-loempelt (Tècnica Laprade), així com del LCA amb al-loempelt, fixada amb cargol Biotransfix® i cargol interferencial, ambdós reabsorbibles.

En el postoperatori immediat, va portar una fèrula articulada 0-90 °, començant rehabilitació.

Resultats

Als 5 mesos de la cirurgia presenta genoll estable, balanç articular 0-120 °, realitza activitats esportives suaus, dolor femoro-patellar d'esforç, reincorporant-se a la seva activitat laboral, amb índex IKDC 75.9.

Conclusions

L'èxit de la cirurgia de revisió de les lesions del LCA requereix d'una planificació preoperatòria precisa, identificant la causa del fracàs anterior i realitzant un tractament complet de les lesions associades, com és en el nostre cas, la lesió crònica del LLI. La cirurgia de revisió té pitjors resultats que la cirurgia primària.

PEU

P-36

NEURILEMOMA DEL NERVI PLANTAR INTERN. A PROPÒSIT D'UN CAS

Calbet Montcusí, G.; Pérez Moreno, F.; Coloma Saiz, J.; Maltes Fernandois, P.; Baduell Martí, A.; Altés Girona, J.; Rodríguez Gangoso, A.

Hospital Universitari Sant Joan Reus

Introducció i objectius

Les tumoracions dels nervis perifèrics poden ser benignes i malignes. El neurilemoma constitueix un 5% de les tumoracions benignes dels teixits tous, tenint una incidència molt baixa a nivell d'extremitats. Apareix en l'edat adulta. Habitualment es presenten com a tumors solitaris, que no es palpen, amb comportament benigne i essent excepcional la seva transformació en un tumor maligne. Majoritàriament es tracta d'una aparició esporàdica, tot i que minoritàriament pot estar relacionat amb malalties genètiques com la neurofibromatosi tipus 2 i/o la schwannomatosi. En aquests casos es tractaria d'un pacient d'edat pediàtrica i possiblement amb formes de presentació múltiple.

Material i mètode

Presentem el cas d'una pacient de 36 anys d'edat, amb clínica de dolor plantar de 6 anys d'evolució i sense antecedent traumàtic. Dolor que augmenta amb la bipedestació i deambulació. La pacient refereix que les molèsties no milloren tot i haver rebut tractament analgèsic via oral i infiltracions. Es realitza el diagnòstic diferencial descartant la patologia més freqüent d'aquesta zona com la fascitis plantar o el Síndrome del canal del tars. La radiologia simple no mostra cap alteració patològica. La ressonància magnètica informa d'una tumoració que engloba el nervi plantar medial d'aquest peu, que podria ser un neurinoma o una tumoració de característiques musculars o fibroses.

Resultats

Sota la sospita diagnòstica de neurilemoma del nervi plantar medial es realitza resecció quirúrgica preservant la integritat i continuïtat nerviosa. Des del postoperatori immediat la pacient es mostra asimptomàtica. L'anatomia patològica de la peça quirúrgica ens dona el diagnòstic definitiu de neurilemoma.

Conclusions

Els neurilemomes del nervi plantar intern són molt infreqüents i són lesions benignes compostes en el seu estudi histològic per cèl·lules Antoni A, Antoni B i cossos de Verocay. La

seva localització més freqüent és el cap i coll, seguit del tronc i extremitats. La prova d'imatge d'elecció per l'orientació diagnòstica és la RM. El tractament consisteix en l'extirpació quirúrgica.

P-37

COM ACTUAR DAVANT DESEIXOS COMPLEXES DEL PRIMER RADI DEL PEU. ALGUNS EXEMPLES

Gasch Blasi, J.; Ramírez Zanotti, D.; Canalias, A.; Puñet Blanco, E. Consorci Sanitari de Terrassa

Introducció i objectius

Les cirurgies del primer radi s'han fet més precises gràcies a les osteotomies. S'ha comprovat a la pràctica que amb una sola osteotomia és possible corregir les deformitats importants en la majoria dels casos. De tota manera, existeixen situacions molt concretes en les que això no és suficient i podem necessitar més accions en el mateix os. L'objectiu del treball és demostrar aquest fet amb alguns casos pràctics realitzats mitjançant doble intervenció a aquest nivell.

Material i mètode

S'han intervingut 4 pacients mitjançant doble actuació al primer radi en el mateix acte quirúrgic, en els darrers 2 anys (seguiment mínim de 6 mesos). Dos pacients presentaven un angle 1-2 metatarsià superior a 18° i un PASA elevat i per això va ser precís una osteotomia distal i proximal. Un tercer pacient presentava una inestabilitat de la cúneo-metatarsiana i un angle PASA elevat. Va ser tractat amb una artrodesi proximal i una osteotomia distal del metatarsià. Un darrer cas consistia en un pacient amb un primer metatarsià elevat i artrosi de la primera metatarso-falàngica que va ser tractat amb una artrodesi articular distal i osteotomia de descens del radi.

Resultats

El AOFAS mitjà ha variat de 43,7 abans de la cirurgia fins 90,7 després de mitjana (6 mesos). La satisfacció mitjana ha estat de 8,7 pel pacient i la mateixa valoració per cirurgia. No ha hagut complicacions valorables a excepció d'un cas d'una infecció superficial que es va solucionar amb antibiòtic oral.

Conclusions

Són pocs els casos que precisen d'aquesta intervenció complexa però pensem que és una bona opció per aconseguir una bona correcció radiològica, la qual assegura una millor solució mecànica i per tant, funcional. Malgrat tot, insistim en l'excepcionalitat d'aquesta intervenció en la pràctica clínica.

P-38

A TOMB DE UN CAS DE IMPINGEMENT DE TURMELL

López Guzman, M.; Centenera Centenera J.; Álvarez Ferré S.; Rios Gutiérrez J.; Tey Pons M.

ACTUA Clínica Bofill

Introducció i objectius

Mostrar la utilitat diagnòstica i terapèutica de la artroscopia de turmell en un cas de impingement de turmell.

Material i mètode

Es tracta d'un pacient jove de 30 anys, amb antecedents d'esguinços de turmell que consulta per limitació mecànica dolorosa del rang articular acompanyada de tumefacció esporàdica de caràcter mecànic. En l'estudi amb RM s'orienta com a sinovitis al voltant del espai anterolateral. Es procedeix a artroscòpia de turmell, on es visualitza impingement de turmell a costa d'una banda de teixit connectiu hialí que part de la zona anterior del lligament peroneastragalí anterior. Es procedeix a excisió artroscòpica de la mateixa i desbridament.

Resultats

L'evolució postoperatòria és bona tant a nivell de dolor com de recuperació del rang de mobilitat articular després d'una fase de rehabilitació el pacient s'ha reincorporat a la seva activitat laboral i esportiva.

Conclusions

El impingement anterior o anterolateral de turmell en pacients esportistes amb antecedents de esguinços de turmell és una patologia cada vegada més estudiada i tractada en pacients que consultin per dolor crònic al turmell.

P-39

QUÈ SABEM DE LA CIRURGIA PERCUTÀNIA DEL HALLUX VALGUS? CARTELL

Mirada Ariet, M.; Díaz Espinoza, S.; De La Peña Alican, J.; Bragado Cáceres, M.; Soriano Lozano, L.; Gato Abril, F.

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Introducció i objectius

INTRODUCCIÓ: Tècnica quirúrgica destinada a la correcció de les alteracions mecàniques i funcionals del Hallux Valgus dolorós a través d'incisions de 3 a 5 mil·límetres, sota anestèsia local. Amb aquest avançament de la nova tecnologies quirúrgiques el personal d'infermeria cal que sàpiga instrumentar correctament per evitar possibles complicacions.

OBJECTIUS: Que l'equip d'infermeria quirúrgica conegui la tècnica de la cirurgia percutània de l'Hallux Valgus per afavorir el correcte funcionament a la sala quirúrgica.

- Realitzar una guia de passos per al personal de nova incorporació.

Material i mètode

MATERIAL: El material es basa en bisturí percutani amb fullal específica, instrumental de trauma petit (periosteòtom de Jouard, llima petita, pinça de Adson amb dents, mosquits, portaagulles i Tisores), micromotor amb freses petites (Shannon mini, Shannon 43, pi mitjana) amplificador d'imatges.

MÈTODE: Comença amb la col·locació del pacient, preparació del camp quirúrgic, muntatge taula d'infermera instrumentista.

- Tècnica:
- Rebuda del pacient a quiròfan per la infermera circulant i confirmació de diagnòstic i lateralitat (checklist).
- Possicionar el pacient a la taula quirúrgica correctament per evitar UPP.
- Muntatge de la taula quirúrgica de manera ordenada per la infermera instrumentista.
- Preparació de l'anestèsia local per el bloqueig.
- Desinfecció amb iodopovidona i entallat del camp Quirúrgic.
- Incissió amb bisturí de 2-3 mm.
- Muntatge del micromotor amb freses.
- Control radiològic.
- Embenat post quirúrgic per mantenir els dits separats.
- Col·locació de Calçat.

Resultats

Aquesta Tècnica de cirurgia mínimament invasiva facilita una recuperació més ràpida, Menys dolor, poc risc d'infecció i estada hospitalària curta o nul·la. Afavorint la continuïtats de la vida diària.

Conclusions

L'execució d'un protocol estandaritzat destinat a tot el personal quirúrgic i també a les de nova incorporació servirà d'eina de treball.

P-40

RESCAT DE GREUS SEQÜEL·LES QUIRÚRGIQUES: A PROPÒSIT D'UN HALLUX VALGUS

Vega Ocaña, V.; Muriano Royo, J.; Santamaría Fumas, A.; López Capdevila, M.; Rojas Cuotto, C.; Rivero Sosa, R.; Girós Torres, J.
Hospital General de l'Hospitalet de Llobregat

Introducció i objectius

La cirurgia de l'hallux valgus ha patit una gran evolució als últims anys, per això no és infreqüent l'arribada a la consulta

de pacients intervinguts dels peus una o més vegades prèviament sense èxit.

Material i mètode

Dona de 68 anys amb antecedents d'HTA i vàlvulopatia mitral que consulta per dolor i dificultat severa per a la deambulació. Intervinguda d'hallux valgus bilateral mitjançant cirurgia percutània 3 anys abans. En l'exploració inicial presenta hallux valgus molt sever. Radiològicament observem luxació completa de la 1a MTF i dèficit d'estoc ossi a nivell de F1 1r dit amb índex plus sever. Es decideix intervenció quirúrgica mitjançant resecció òssia distal de M1, curetatge base de F1, artrodesi de 1a MTF amb cargol després d'aportació d'empelt autòleg i resecció de l'extrem distal de M5, aconseguint una fórmula metatarsal i suport correctes.

Resultats

En el postoperatori es va indicar deambulació amb sabata de taló invertit durant 8s, posteriorment sabata de sola llisa 2s més i finalment sabata ampla i còmoda. Radiològicament observem una correcta consolidació de l'artrodesi amb lleuger valc de F1 que no incomoda la pacient.

Conclusions

La cirurgia de rescat del hallux és una patologia creixent al nostre medi. El tractament d'aquests casos ha de ser individualitzat tenint en compte el punt de partida inicial després de les cirurgies prèvies així com les necessitats de cada pacient.

P-41

LUXACIÓ TIBIOPERONEA PROXIMAL AÏLLADA EN UN JUGADOR DE BÀSQUET

Conesa Muñoz, X.; González Ustés, X.; Parals Granero, F.; Siles Fuentes, E.; Andolz Montala, M.; Novell Alsina, J.
Hospital Municipal de Badalona

Introducció i objectius

La luxació tibioperonea proximal, és una lesió molt poc freqüent amb escasses referències a la literatura. Acostuma a ser resultat d'un mecanisme de torsió amb el genoll en flexió. Pot no diagnosticar-se si no s'hi pensa, augmentant la morbiditat de la lesió.

Material i mètode

CAS CLÍNIC: Baró de 22 anys que va consultar per un dolor agut al genoll dret després de fer un salt jugant a bàsquet, amb impossibilitat per deambular i flexionar el genoll més de 100 graus. Destacava una deformitat a nivell de l'articulació tibioperonea proximal, mentre que l'estudi radiològic era aparentment normal. Sospitant una luxació es va sol·licitar un

estudi radiològic comparatiu dels genolls, confirmant el desplaçament anterior i lateral del cap del peroné.

Resultats

Després de sedació a quiròfan, es va aconseguir la reducció de forma tancada mitjançant pressió anteroposterior sobre el cap del peroné amb el genoll 90° i el peu en flexió dorsal i rotació externa. Immobilització amb un guix cruropèdic durant 3 setmanes, iniciant càrrega progressiva fins les 6 setmanes i activitat esportiva als 3 mesos. Als 6 mesos de la lesió el pacient realitzava la seva activitat esportiva sense limitació ni dolor.

Conclusions

La luxació tibioperonea proximal és una lesió que pot passar desapercebuda si no es pensa en ella. A l'exploració destaca la deformitat a nivell del cap del peroné amb limitació per la flexió màxima del genoll, tot i que en ocasions pot ser normal. La flexió dorsal del turmell és dolorosa, i en ocasions pot associar una lesió del nervi ciàtic popliti extern. L'estudi radiològic acostuma ser normal, pel que es requereix una radiografia comparativa dels dos genolls i en ocasions un TC. El tractament en la fase aguda acostuma a ser la manipulació tancada sota sedació, tot i que en ocasions pot ser necessària una reducció oberta i estabilització de forma temporal amb agulles o un cargol. No queda clara la pauta postoperatòria, hi ha autors que immobilitzen durant 6 setmanes, mentre que d'altres permeten la mobilització d'entrada amb càrrega parcial progressiva fins les 6 setmanes.

P-42

CIRURGIA PERCUTÀNIA PER RESCAT D'OSTEOTOMIES METATARSALS TIPUS WEIL

Conesa Muñoz, X.; González Ustés, X.; Parals Granero, F.; Ribau Díez, M.; Via-Dufresne Pereña, O.; Novell Alsina, J.
Hospital Municipal de Badalona

Introducció i objectius

Metatarsàlgia és un terme que utilitzem per referir-nos al dolor que apareix a nivell plantar de l'avantpeu que s'associa a un trastorn en el recolzament. L'etiologia més freqüent, és un trastorn mecànic, però també pot tenir un origen sistèmic o traumàtic/iatrogènic. La tècnica quirúrgica més realitzada en l'actualitat es l'osteotomia distal tipus Weil fixada amb un cargol.

Material i mètode

Presentem 4 casos clínics de pacients tractats quirúrgicament mitjançant osteotomies metatarsals tipus Weil en els que persisteix la clínica de metatarsàlgia. Tres dels pacients havien estat tractats amb osteotomies de 2on i 3er radi en el context d'hallux valgus, mentre que en el quart pacient s'havia fet una osteotomia tipus Weil per una malaltia de Freiberg. El rescat quirúrgic s'ha realitzat en tots els casos mitjançant osteotomies distals per tècnica percutània. Als 12 mesos de seguiment tots els pacients estan satisfets amb els resultats, deambulant sense limitació de perímetre ni de tipus de calçat, i sense fer ús de plantilles de descàrrega metatarsal. Un pacient va ser reintervingut per persistència de callositat plantar, confirmant l'estudi anatomopatològic la presència d'una berruga plantar.

Resultats

La cirurgia percutània ha demostrat ser una tècnica vàlida i amb resultats similars a les osteotomies obertes per el tractament de l'hallux valgus i les metatarsàlgies. Els resultats descrits a la literatura amb l'osteotomia de Weil són satisfactoris. Les principals complicacions són la contractura en extensió i la falta de recolzament dels dits. La modificació de la tècnica original mitjançant l'adició d'una segona osteotomia permet una major elevació del cap del metatarsià. La cirurgia de rescat en les osteotomies metatarsals tipus Weil es veu complicada per la presència del cargol d'osteosíntesi. La cirurgia percutània permet el rescat quirúrgic sense retirar el cargol, fent la osteotomia al coll del metatarsià. És un procediment mínimament invasiu disminuint l'aparició de contractures dorsals dels dits, més freqüents en cirurgia oberta i en les reintervencions.

Conclusions

La cirurgia percutània, és una opció quirúrgica eficaç per al tractament de rescat de les osteotomies tipus Weil. No requereix la retirada del material de síntesi i disminueix la freqüència d'aparició de contractures dorsals dels dits.

TUMORS

P-43

CALCINOSI TUMORAL PRE-ROTULIANA. A PROPÒSIT D'UN CAS

Alavedra Massana, A.; Canalias Bages, A.; Sánchez González, A.; Ramoneda Salas, J.; Gual Beltrán, J.; Olivé Vilás, R.
CST - Hospital de Terrassa

Introducció i objectius

La calcinosi tumoral és un dipòsit massiu de sals càlciques i cristalls d'hidroxiapatita en les parts toves periarticulars. Té tres formes de presentació, afectant infants (malaltia metabòlica hereditària), adults (espontània), o pacients dialitzats. Les localitzacions més freqüents d'aparició són maluc, colze i espatlla. Presentem un cas de calcinosi tumoral en el genoll, la seva dificultat diagnòstica i el tractament efectuat.

Material i mètode

Dona de 71 anys, sense antecedents d'interès, que consulta per dolor i lleu tumefacció al genoll esquerre de mesos d'evolució. A l'exploració s'observa una tumoració dura a nivell de la bursa pre-rotuliana, mòbil, sense signes flogòtics, dolorosa a la palpació. El balanç articular del genoll és ampli i estable. En la radiologia simple s'aprecia una imatge pre-patel·lar radiodensa de 10 x 3 cm amb múltiples densitats a l'interior. Es plantegen diferents diagnòstics diferencials com l'artritis gotosa, infecció, condrocalcinosi, tractament previ amb contrastos iodats, calcinosi tumoral, miositis ossificant circumscrita o neoplàsies, com l'osteosarcoma de parts toves o l'osteosarcoma parosteal. Es decideix exèresi de la tumoració, ressecant la totalitat de la mateixa. A l'informe d'anatomia patològica es descriu la peça com a calcinosi tumoral.

Resultats

Als 5 anys de la cirurgia, la pacient es mostra asimptomàtica, sense presentar recidiva a nivell del genoll o d'alguna altra articulació.

Conclusions

El genoll és una localització molt infreqüent de la calcinosi tumoral, pensant en primer lloc altres patologies com la gota o la condrocalcinosi. En els pacients adults, la calcinosi tumoral s'acostuma a trobar de forma esporàdica i afectant una única articulació, provocada probablement per un traumatisme i hematoma periarticular. La cirurgia amb exèresi de la tumoració és el tractament d'elecció en pacients simptomàtics, tot i que pot recidivar en aproximadament el 20% dels casos.

P-44

LEIOMIOSARCOMA AL PEU: ESTUDI D'UN CAS

Parals Granero, F.; González Ustes, X.; Conesa Muñoz, X.; López Álvarez, D.; Edwin Mejía, E.; Via-Dufresne Pereña, O.; Novell Alsina, J.

Hospital Municipal de Badalona

Introducció i objectius

El Leiomioma és un tumor maligne de molt rara aparició. Informem del cas d'una pacient afecte d'un Leiomioma al peu. Fem una descripció de la tumoració, les tècniques diagnòstiques emprades, l'exèresi quirúrgica, i l'estudi Anatómico-Patològic. Fem un repàs de la literatura sobre aquest tumor i la raresa de la seva aparició al peu.

Material i mètode

Es presenta el cas d'una pacient de 80 a. d'edat amb antecedents de broncopatia crònica, histerectomia, fractures bilaterals de malucs portadora de pròtesi total bilateral, fractura d'Húmer E. caigudes freqüents, que no camina i es desplaça en cadira de rodes. Va ser remesa a la nostra consulta per una tumoració al dors del peu esquerre d'uns 8 mesos d'evolució i uns 4 cm. de diàmetre, amb l'orientació diagnòstica de quist sinovial. Els estudis d'imatge varen orientar que es tractava d'una tumoració subcutània de parts toves de característiques sòlides inespecífiques i sense afectació òssia. Donada l'edat, comorbiditat, estat general de la pacient i compromís cutàni per l'expansió tumoral es va decidir l'exèresi quirúrgica de la tumoració per el confort de la pacient.

Resultats

L'exèresi quirúrgica de la lesió va evidenciar una tumoració sòlida mal·leable ben delimitada en continuïtat amb l'arc venós dorsal del peu. L'estudi d'Anatomia Patològica ha donat com a resultat un Leiomioma. S'han fet estudis d'extensió i d'afectació d'altres òrgans, essent els resultats negatius. La pacient ha rebutjat sommetres a cap altre tractament adjuvant i actualment està asimptomàtica.

Conclusions

El Leiomioma és un sarcoma molt raro de teixits tous que deriva de cèl·lules del múscul lli i representen entre un 5%-10% de tots els sarcomes de parts toves. Un 2% de tots el leiomiomas procedeixen de las cèl·lules musculars lli ses de les parets dels petits vasos sanguinis. Hi ha molt pocs casos descrits a la literatura d'aparició al peu. Encara que la majoria de tumoracions de parts toves descobertes al peu i turmell són generalment benignes, s'han de sospitar lesions més greus quan la clínica és atípica. L'enfoc multidisciplinari es essencial a l'hora de tractar aquest tipus de lesions.

P-45

MILLORA DE L'EXÈRESIS DE L'OSTEOMA OSTEOIDE MITJANÇANT DETECCIÓ GAMMAGRÀFICA INTRAOPERATÒRIA

Piñol Jurado, I.; Pidemunt Molí, G.; Alentorn Geli, E.; Cebamos Celma, J.; César García, F.; Roca Bielsa, I.; Puig Verdier, L. Parc de Salut Mar. Hospital del Mar i l'Esperança. Barcelona

Introducció i objectius

L'osteoma osteoide (OO) és un tumor ossi benigne de localització més freqüent a extremitats inferiors i raquis. A nivell del canell és infreqüent, sent l'escafoides i l'os gran els més representatius. A radi distal és excepcional, trobant-se una incidència per sota de l'1%. Clínicament dona un dolor nocturn característic que millora amb AINEs. A nivell de l'estiloides radial pot produir una clínica similar a la tenosinovitis estenosant de DeQuervain. L'exèresi quirúrgica de l'OO és complexa ja que no es pot diferenciar macroscòpicament el teixit sa del teixit patològic, essent l'exèresi incompleta la complicació més freqüent. El tractament quirúrgic associat a gammagrafia intraoperatòria millora aquests resultats.

Material i mètode

Descripció d'un cas d'un home de 23 anys que presentava dolor canell D, sobre estiloides radial, de 4 mesos d'evolució i dolor nocturn ocasional que millorava amb l'administració d'AINEs. L'estudi radiològic i tomogràfic mostraven una tumoració òssia de radi distal dret compatible amb un nidus. La gammagrafia presentava hipercaptació en la mateixa zona. Tant l'exploració clínica com els estudis d'imatge realitzats eren compatibles amb un OO del radi distal.

Resultats

El pacient va ser intervingut quirúrgicament efectuant-se una escissió de la tumoració òssia guiada mitjançant gammacàmera portàtil intraoperatòria prèvia administració de 25mCi de TC99m dues hores prèvies a la cirurgia. L'estudi anatomo-patològic va confirmar el diagnòstic d'OO. El seguiment a 12 mesos del tractament és demostratiu de la resolució clínica i de la no recidiva de la tumoració.

Conclusions

L'OO del radi distal és molt infreqüent. Sovint el seu diagnòstic és difícil. El TC i la gammagrafia són les dos exploracions complementàries més efectives en el diagnòstic. La confirmació és anatomo-patològica. Les lesions susceptibles de ser ressecades amb l'ajuda del control gammagràfic, són aquelles que tenen una bona captació del isòtop en l'estudi preoperatori. La gammagrafia pot millorar els resultats del tractament quirúrgic exisional, ja que localitza i detecta intraoperatòriament restes de teixit tumoral; delimita la zona de

resecció reduint la incidència d'exèresi incompleta mantenint un major stock ossi. Per contrapartida, aquesta tècnica augmenta el temps quirúrgic i requereix d'equipament especial i suport del servei de medicina nuclear.

P-46

CONDROBLASTOMA DE CALCANI AMB QUIST OSSI ANEURISMÀTIC ASSOCIAT: A PROPÒSIT D'UN CAS

Arriaga Lahuerta, N.; Besalduch Balaguer, M.; Peiró Ibáñez, A.; Trullols Tarragó, L.; Abat González, F.; Gómez Masdeu, M.; Gracia Alegría, I.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Introducció i objectius

Els condroblastomes són tumors ossis benignes infreqüents que rarament es troben al calcani (<1%), ja que la localització més comuna és a l'epífisi d'ossos llargs. D'altra banda els quists ossis aneurismàtics(QOA) tenen una baixa incidència i igualment és excepcional la seva localització al calcani, essent les més freqüents metafisi d'ossos llargs i vèrtebres. És coneguda l'associació d'aquestes lesions amb altres lesions òssies com el tumor de cèl·lules gegants, l'osteoblastoma i la displàsia fibrosa. Ens trobem davant d'un cas on apareix un QOA associat a condroblastoma en una localització molt atípica com és el calcani.

Material i mètode

Home de 20 anys que consulta per talalgia, observant a la radiografia simple una lesió osteolítica. El TC objectiva lesió lítica en zona posteromedial de calcani amb erosió cortical. La RMN informa de lesió òssia amb múltiples cavitats amb nivell líquid-líquid suggestiu de QOA. Es completa l'estudi amb una biòpsia trefina, poc productiva, però negativa per cèl·lules malignes. Sota el diagnòstic de QOA es realitza curetatge agressiu i ompliment amb homoeimpelt morselitzat i en marquetèria.

Resultats

L'estudi anatomopatològic de la peça quirúrgica va revetllar el diagnòstic final de condroblastoma amb QOA secundari. L'evolució clínica i radiològica posterior ha sigut satisfactòria, amb bona integració de l'empelt i sense evidència de recidiva als 48 mesos de seguiment.

Conclusions

Aquest cas presenta una localització atípica de condroblastoma, associat a QOA, particularitat que el fa encara més anòmal. El diagnòstic de sospita és per imatge però cal descartar l'associació amb altres tumors mitjançant biòpsia. El tractament adient en ambdós lesions és el curetatge agressiu amb ompliment de la cavitat amb empelt i reconstrucció osteocondral de la superfície articular si aquesta es veu afec-

tada. Davant el diagnòstic de QOA hem de contemplar la possibilitat d'associació amb altres lesions òssies i per tant, biopsiar parts sòlides adjacents a la lesió quística per obtenir un diagnòstic anatomopatològic.

P-47

EPITELIOMA CUNICULATUM, CARCINOMA COM A SIMULADOR D'INFECCIÓ

Méndez Ojeda, M.; Selga Marsa, J.; Corona Pérez-Cardona, P.; Amat Mateu, C.; Flores Sánchez, X.

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Introducció i objectius

L'epitelioma cuniculatum és una malaltia molt poc prevalent. És tracta d'un subtipus de carcinoma berrugós del peu de baix grau, que pot simular altres patologies més freqüents, fent el seu diagnòstic difícil si no és sospita.

Material i mètode

Presentem una pacient de 76 anys d'edat, amb una lesió a la regió plantar de més de 5 anys d'evolució, orientada i tractada inicialment com una berruga plantar, sense millora amb els tractaments habituals per a aquest tipus de lesions. Per la seva evolució tòrpida, és derivada al nostre centre amb el diagnòstic d'osteomielitis crònica.

Resultats

Es realitza una biòpsia excisional diagnosticant-se el carcinoma escamós queratinizant infiltrant. En aquesta fase avançada de la malaltia l'únic tractament possible era el radical, requerint l'amputació.

Conclusions

Aquest cas posa de manifest la dificultat del diagnòstic del carcinoma cuniculatum. Es comet sovint l'error diagnòstic en considerar el quadre d'osteomielitis, com a complicació d'una lesió cutània benigna (berruga plantar) basant-se en l'existència d'una fistula (clàssic signe d'infecció) i algunes proves d'imatge que el poden sustentar, com la gammagrafia, en el nostre cas. És important recalcar que les lesions infeccioses de parts toves es resolen amb desbridament adequat i tractament antibiòtic específic. Davant d'una mala evolució hauríem de replantejar el diagnòstic, tenint present que les infeccions poden començar i / o emascarar patologies neoplàsiques. El tractament és la resecció local àmplia; i els casos més avançats requereixen l'amputació. El nivell d'amputació en el nostre cas, va ser el descrit per Syme. Primer, per la necessitat de realitzar una cirurgia curativa en un sol acte quirúrgic i obtenir un bon monyó terminal de càrrega, sense requerir penjolls. Segon, per la poca dismetria que comporta per a la pacient,

permetent deambular al domicili i en curts recorreguts sense pròtesi, recolzant-se sobre regió talar; i tercer, perquè necessita d'una despesa energètica menor que en les altres amputacions més proximals. És molt important el seguiment clínic dels pacients ja que les recidives són freqüents, fins i tot després d'una cirurgia correcte. Alguns autors recomanen un seguiment de l'evolució local, semestral o anual, durant un mínim de dos anys.

P-49

OSTEOLIPOMA PARAVERTEBRAL CERVICAL. A PROPÒSIT D'UN CAS

Guirro Castellnou, P.; Ramírez Valencia, M.; Gil González, S.; Saló Bru, G.; Molina Ros, A.; Lladó Blanch, A.; Puig Verdú, L.

Parc de Salut Mar. Barcelona

Introducció i objectius

Els lipomes són els tumors de parts toves benignes més freqüents. Els osteolipomes són una variant molt poc freqüent, i poden ser de difícil diagnòstic utilitzant els mètodes de diagnòstic per la imatge.

Material i mètode

Presentem el cas d'un senyor de 66 anys amb antecedents de diabetes i esteatosi hepàtica que consulta per una tumoració a la regió paravertebral cervical dreta de 2 anys d'evolució asintomàtica fins que els últims mesos ha iniciat dolor i mareig. A l'exploració física trobem una tumoració dura adherida a plans profunds, sense signes flogòtics. Neurològicament sense signes de mielopatia ni focalitat, només refereix sensació de mareig ocasional a la flexió cervical. Les proves d'imatge mostren una tumoració amb calcificacions al seu interior, d'uns 10x3 cm d'espessor dins la musculatura paravertebral D i que podria tenir un origen en l'arrel posterior de C3 D. També mostraven component lipídic, tot i que les calcificacions per TAC no semblaven d'aspecte condroide ni osteoide. Es realitza biòpsia guiada per TAC que demostra material hemàtic i petites espícules òssies, sense elements de caràcter neoplàsic.

Resultats

Sense tenir clar l'origen del tumor (lipomatós, calcificat o neurògen), però per les característiques benignes trobades en la biòpsia i sense tenir associat síndrome tòxic es decideix realitzar biòpsia excisional. Intraoperatòriament destaca una tumoració de 5x10 cm que abarcava des de C2 fins a T1 D i que presentava calcificacions i semblava associada a la branca posterior de l'arrel C3 D. El resultat definitiu de l'anatomia patològica objectiva la proliferació de teixit adipós, amb os trabecular laminar i medul·la òssia hematopoètica, o sigui d'un Osteolipoma que havia englobat l'arrel posterior de C3 D.

Conclusions

L'Osteolipoma és un tumor de parts toves benigne que es caracteritza per ser un lipoma amb zona de diferenciació de teixit ossi madur, inclús amb mèdulla òssia. Normalment es troba sense connexió amb teixit ossi i és molt poc freqüent. La localització més freqüent és a la regió anterior del coll i del terra de la boca. A nivell paravertebral cervical només es troba un cas descrit a la literatura, i es tracta d'una pacient de 21 mesos d'edat.

INFECCIONS

P-50

PIOMIOSITIS PRIMÀRIA. A PROPÒSIT DE 3 CASOS

Blanch Gironès, E.; Marsol Puig, A.; Villalba González, M.; Arroyo Dorado, A.; Giné Gomà, J.

Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona

Introducció i objectius

La piomiositis és una infecció bacteriana aguda per via hematògena del múscul esquelètic que es caracteritza per la formació d'abscessos intramusculars. És una malaltia relativament freqüent en infants i adults sans de regions tropicals, però poc freqüent en la població adulta no immunodeprimida de zones de clima temperat, per la qual cosa el seu diagnòstic sol ser diferit. La localització més freqüent és el múscul quàdriceps, seguit del psoas-íliac.

Material i mètode

Es presenten tres pacients adults diagnosticats de piomiositis, que han requerit tractament amb un o més desbridaments quirúrgics i tractament antibiòtic endovenós. En dos dels casos es localitza a nivell del psoas-íliac i en un a nivell del múscul tensor de la fascia lata; i en tots tres casos s'han aïllat cocs gram positius.

Resultats

Els tres casos han presentat una bona evolució clínica, amb normalització dels paràmetres analítics.

Conclusions

Tot i la baixa incidència, en un any s'han registrat al nostre servei tres casos de piomiositis en pacients adults no immunodeprimits.

P-51

ARTRITIS SÈPTICA DE GENOLL PER STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA

Piñol Jurado, I.; Sánchez Soler, J.; Hinarejos Gómez, P.; Alíer Fabregó, A.; Leal Blanquet, J.; Sorli Redo, M.; Puig Verdier, L.

Parc de Salut Mar. Hospital del Mar i l'Esperança. Barcelona

Introducció i objectius

Stenotrophomonas maltophilia (SM) és un bacil Gram negatiu associat a infeccions nosocomials tals com pneumònia, bacterièmia, infeccions urinàries, endocarditis, meningitis, peritonitis, cel·lulitis, bursitis i miositis. Aquestes infeccions es donen sobretot en pacients severament immunodeprimits.

Material i mètode

Descripció del cas: home de 51 anys natural d'Equador amb quadre de 7-10 dies d'evolució de dolor, tumefacció i limitació funcional del genoll dret. Quatre setmanes abans s'havia sotmès a una meniscectomia artroscòpica. A l'exploració estava afebril i destacava un genoll tumefacte, dolorós, calent i amb vessament. Analíticament presentava neutrofilia sense leucocitosi i PCR de 4,9mg/dl. L'artrocentesis va obtenir líquid purulent amb bioquímica compatible d'artritis sèptica (AS) i Gram sense microorganismes. Orientat com AS d'origen nosocomial, va iniciar-se tractament amb Ceftazidima/Vancomicina. Paral·lelament va realitzar-se un rentat articular. En els cultius es va aïllar una SM i va canviar-se el tractament per trimetoprim/sulfametoxazo (TMP-SMX). L'evolució tòrpida va obligar a practicar un nou rentat artroscòpic 10 dies després i a afegir levofloxacino al tractament.

Resultats

Amb la nova pauta, el pacient va evolucionar correctament, podent administrar-se tractament oral a les 4 setmanes i donar-se l'alta al completar 6 setmanes de tractament antibiòtic.

Conclusions

L'AS és una complicació infreqüent de l'artroscòpia, amb taxes del 0.4%. La SM és una causa rara d'AS, havent-se descrit prèviament dos casos: un pacient pediàtric després d'una ferida i una artritis en un pacient amb VIH. Fins al dia d'avui no s'ha descrit cap cas d'infecció per SM associada a cirurgia ortopèdica. Altres factors de risc, a més de la immunosupressió són l'exposició a antibiòtics d'ampli espectre, l'hospitalització prolongada, presència de dispositius protètics i l'estància a UCI. SM és resistent a molts antibiòtics utilitzats. La presència de beta-lactamases, bombes de flux, mecanismes enzimàtics, formació de biofilm i la producció d'una matriu extracel·lular són responsables de la seva resistència a múltiples antibiòtics. En base als estudis de susceptibilitat, TMP-SMX és l'antibiòtic d'elecció per tractar SM. Malgrat això, no existeixen estudis que determinin el règim ni la duració del tractament. L'associació de TMP-SMX amb altres antimicrobians proporciona majors beneficis, en cas d'artritis s'associarà tractament quirúrgic. SM és un patògen emergent en les infeccions nosocomials.

P-52

OSTEOMIELITIS SACROCOCCÍGIA SECUNDÀRIA A ÚLCERA SACRA PER DECÚBIT. A PROPÒSIT D'UN CAS

Barceló Granero, I.; Abancó Sors, J.; Selga Jorba, N.; Bonjorn Martí, M.; Aranda Grijalba, C.; Cortés Cubero, J.; Vidal Rodés, A. Althaia. Xarxa Assistencial Manresa.

Introducció i objectius

Sovint minimitzem el tractament de les úlceres sacres per decúbit i això comporta la cronificació de les lesions ulceroses que s'estableixen com a focus d'infecció. En el nostre cas, evidenciem la evolució catastròfica, d'una úlcera sacra que malgrat múltiples desbridaments i neteges, acaba evolucionant a osteomielitis sacrococcígia. A més el pacient va presentar certa incontinència urinària, incontinència fecal i impotència sexual a conseqüència de l'afectació de les arrels nervioses S4 i S5 dretes i S5 esquerra.

Material i mètode

Pacient masculí de 41 anys, diabètic insulíndependent, que al 1997 a conseqüència del debut diabètic en coma hipoglucèmic, ingressa a la unitat de vigilància intensiva on inicia úlcera sacra. L'evolució és tortuosa, apareixent abscessos de repetició i fistules associades que es desbriden i netegen en múltiples ocasions. Al maig del 2008 s'inicien estudis amb resonància magnètica nuclear i gammagrafia òssia, objectivant-ne erosió òssia a nivell del sacre, que als 10 mesos evoluciona a osteomielitis sacrococcígia. Es realitza tractament quirúrgic multidisciplinari; sacrectomia parcial, plàstia miocutània i colostomia de descàrrega. Segueix antibioteràpia durant el postoperatori.

Resultats i conclusió

El pacient als 2 mesos de la cirurgia, presenta seromes i hematomes, en la zona donadora de l'empelt, que han requerit drenatge mitjançant punció. El penjoll presenta bon aspecte, no s'observen fistules ni dehiscència de la sutura. Segueix essent portador d'una colostomia de descàrrega i deambulant lliure de dolor.

Conclusions

En pacients que presenten úlceres sacres de decúbit, no es pot subestimar la capacitat infecciosa de les mateixes, valorant sempre la patologia concomitant del pacient. És una zona d'alt risc degut a la superficialitat del sacre, a la mala perfusió de la zona i a la proximitat relativa de les vísceres abdominals. Així, les úlceres sacres per decúbit poden produir osteomielitis sacrococcígia i evolucionar a nivell intrapèlvic, precisant ja en fase tardana d'un tractament quirúrgic radical.

P-53

ARTRITIS SÈPTICA PER MYCOBACTERIUM MARINUM

Riera Argemí, J.; Conesa Muñoz, X.; Pisa Abadías, J.; Moreno Aparicio, J.; Siles Fuentes, E.; Novell Alsina, J.
Hospital Municipal Badalona

Introducció i objectius

Les artritis interfalàngiques dels dits de la mà comporten un diagnòstic diferencial entre artritis posttraumàtica, artritis reumàtica, artritis gotosa, artritis sèptica. Requereixen una història clínica acurada de cara a realitzar un tractament correcte.

Material i mètode

Presentem el cas d'un pacient home de 69 anys, pescador, que presenta quadre de 4 mesos d'evolució de tumefacció sense augment de temperatura ni enrojiment, a nivell interfalàngica proximal del segon dit de la mà dreta, amb limitació de la flexo-extensió, arran de picada d'una escòrpora. L'estudi RNM mostra artropatia inflamatòria activa a IFP. Es procedeix a desbridament quirúrgic i es cursa estudi microbiològic que resulta positiu per *Mycobacterium marinum*. S'instaura tractament amb Isoniacida, Rifampicina, Etambutol.

Resultats

L'evolució als 4 mesos de tractament ha estat satisfactòria. Als 9 mesos, el pacient està asimptomàtic, presenta un BA complet sense dolor i un engruiximent residual de la IFP. L'estudi RNM de control informa d'empastament i edema dels lligaments col·laterals de la IFP.

Conclusions

El *Mycobacterium marinum* és un micobacteri atípic que es troba en aigües dolces i salades. Es tracta d'un patògen natural d'ectoderms com ara els peixos. L'infecció es produeix per abrasions superficials en mitjans aquàtics, punxades d'espines o hams. Produeix més freqüentment infeccions cutànies, però també pot produir tenosinovitis, artritis i osteomielitis. Es remarca l'importància de la sospita diagnòstica basant-nos en les dades de la història clínica, professió o activitats esportives del pacient. Així com la necessitat de mantenir el tractament durant el temps establert.

P-55

INFECCIÓ PROTÈSICA DE GENOLL PER PASTEURELLA MULTOCIDA

Miguez, P.; Gil González, S.; Hinarejos Gómez, P.; Leal Blanquet, J.; Pelfort López, X.; Montserrat Ramón, F.; Puig Verdié, L.
Parc de Salut Mar. Barcelona

Introducció i objectius

Pasteurella multocida és un cocobacil gram negatiu present a l'orofaringe d'animals sans que pot causar infecció de teixits tous. El desenvolupament d'infecció protèsica per *P.multocida* és una complicació infreqüent amb casos aïllats descrits a la literatura.

Material i mètode

Presentem 2 casos d'infecció protèsica per *P. multocida*. 1. Dona 74a amb infecció aguda hematògena de pròtesis total de genoll (PTG) 4a després de la seva implantació, amb antecedent de mossegada de gat recent. Els cultius intraarticulars van ser positius per *P.multocida* i després del fracàs amb antibiòticoteràpia va requerir la realització de recanvi protèsic en 2 temps. 2. Dona de 76a amb artritis reumatoideia i corticoteràpia amb infecció aguda hematògena de PTG 2º a esgarrapada de gat, amb cultius positius per *P.multocida*, un any posterior a la seva implantació. Es va realitzar desbridament quirúrgic més recanvi components mòbils protèsics i antibiòticoteràpia específica.

Resultats

Els 2 casos presenten resolució de la infecció després del tractament als 4a i un any del seguiment respectivament.

Conclusions

La infecció de PTG per *P.multocida* sol ser secundària a esgarrapada de gat o ferides amb contacte de saliva de gos i és més freqüent en pacients immunodeprimits. El tractament ha de ser agressiu amb antibiòticoteràpia específica e intervenció quirúrgica (desbridament vs recanvi protèsic).

P-56

BURSITIS OLECRANEANA PER FUSARIUM SOLANI EN UN PACIENT SA. A PROPÒSIT D'UN CAS

Vega Ocaña, V.; Delclos Hartwig, M.; Bial Vellve, X.; Rojas Cuotto, C.; López Capdevila, M.; Gardella Gardella, E.; Girós Torres, J.
Hospital General de l'Hospitalet de Llobregat

Introducció i objectius

La infecció per *Fusarium solani*, com a causa d'una bursitis olecraniana, és altament infreqüent, no havent trobat cap cas

descriu en la literatura. El 20% de les bursitis tenen una causa sèptica. Com microorganismes causants destaquen: *S.aureus* i altres BGP en més del 80%. La malaltia en humans és rara i, habitualment, segueix a la inoculació traumàtica en l'hoste sa. El *Fusarium solani* és el fong més freqüentment aïllat del seu gènere. En pacients immunodeprimits pot produir una malaltia disseminada amb una mortalitat global del 50-80%.

Material i mètode

Es descriu el cas d'una bursitis sèptica d'olecranon per *Fusarium solani*. Home de 62 anys, agricultor en el seu temps lliure i DM-II. Consulta a Urgències per reagudització de bursitis. Es tracta d'una bursitis de grans dimensions amb signes inflamatoris discrets. Es realitza punció obtenint gran quantitat de líquid purulent d'aspecte marronós, que es remet a Microbiologia. S'inicia tractament antibiòtic d'ampli espectre.

Resultats

Als 5 dies s'obté cultiu positiu per un fong filamentós compatible amb *Acremonium* o *Fusarium*. Es va intervenir quirúrgicament realitzant una exèresi completa de la bursa. Es remet la bursa i el seu contingut a Anatomia Patològica i Microbiologia. En el postoperatori inicia tractament amb Variconazol. Anatomia Patològica i Microbiologia confirmen diagnòstic de *Fusarium solani*. Actualment segueix controls sense recidiva.

Conclusions

Les bursitis produïdes per fongs són molt infreqüents. Sospirar una bursitis per fongs en el cas d'una bursitis sèptica de llarga evolució, amb absència de signes clars de bursitis sèptica clàssica. El cultiu dona el diagnòstic definitiu. No es recomana el drenatge per l'alt risc de fistulització, podent-se cronificar. Les infeccions de bursa per un fong filamentós tenen bon pronòstic, atès que l'exèresi de la bursa és curativa.

P-57

DESRIDAMENT INTRAMEDULAR AMB SISTEMA FRESAT-ASPIRACIÓ-IRRIGACIÓ (RIA) AMB PRESERVACIÓ DE LA INTEGRITAT ARTICULAR

Méndez Ojeda, M.; Corona Pérez-Cardona, P.; Amat Mateu, C.; Flores Sánchez, X.

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Introducció i objectius

La osteomielitis crònica (OMC) segueix essent un problema difícil de solucionar. El desbridament i l'antibioticoteràpia són els pilars del seu tractament. El fresat del canal medul·lar n'és una part important. Alguns treballs han descrit els avantatges de l'ús del sistema simultani de fresat-aspiració-irrigació (RIA, Synthes). Fins ara les tècniques descrites requereixen abor-

datges epifisaris, requerint la invasió d'una articulació propera amb les possibles complicacions. Per evitar aquesta situació i pel fet que la majoria de les osteomielitis cròniques diafisàries tendeixen a envair la cortical adjacent amb la directa aparició de cloacas, podríem accedir al canal endomedul·lar per aquestes zones de defecte ossi creat per la mateixa malaltia, evitant la invasió d'articulacions properes.

Material i mètode

Presentem una pacient de 32 anys d'edat, amb l'antecedent d'una fractura de tibia oberta, asimptomàtica durant 20 anys. Inicia un quadre de febre (38,2 ° C), amb signes flogòtics importants a la cara anterior de la cama, amb una col·lecció fluctuant subcutània d'uns 5x5 cm fistulitzada. A la radiografia simple s'identificava l'alteració de la cortical compatible amb una cloaca òssia. Es diagnostica de reactivació de osteomielitis crònica i fistulització a la cara anterior de la cama. És intervinguda quirúrgicament, realitzant-se fistulectomia, desbridament i ampliació de la cloaca. Seguidament es passen de forma seqüencial freses intramedul·lars del sistema RIA que permet un desbridament del canal medul·lar mitjançant l'ús simultani del fresat-irrigació i aspiració del canal intramedul·lar.

Resultats

No es va observar recidiva durant el seguiment de 18 mesos. El balanç articular del genoll i turmell no té limitacions. Deambula correctament sense ajuda, i s'ha incorporat a les seves activitats habituals.

Conclusions

La osteomielitis crònica és un problema de difícil maneig. El desbridament quirúrgic és el pas més important i la insuficiència del mateix és la causa més comuna de la persistència o recurrència de la infecció. El sistema fresat-irrigació-aspiració pot ser un complement útil, eficaç i segur pel desbridament de les infeccions intramedul·lars d'ossos llargs amb possibles avantatges respecte al fresat convencional. Podríem evitar la invasió d'una articulació sana, realitzant l'abordatge del canal medul·lar a través dels defectes ossis ja existents.

TRAUMA

P-58

FRACTURA-ARRENCAMENT DE LA TUBEROSITAT TIBIAL ANTERIOR EN L'ADOLESCENT. A PROPÒSIT DE DOS CASOS

Canalias Bages, A.; Alavedra Massana, A.; Ramoneda Salas, J.; Sánchez González, A.; Gual Beltran, J.; Oliver Vilàs, R.

Hospital de Terrassa

Introducció i objectius

L'arrencament de TTA és un tipus de fractura molt poc freqüent, que afecta majoritàriament a pacients joves en context de pràctica esportiva i sovint en relació amb el salt. Tot i no anar associat, habitualment, a traumatismes d'alta energia, l'afectació de teixits tous no és infreqüent.

Material i mètode

Presentem dos pacients, de 15 i 17 anys d'edat, que van patir fractura- arrencament de TTA (ambdós, tipus III-A de la classificació d'Odgen) en context esportiu (fútbol). S'efectuà tractament quirúrgic, consistent en reducció oberta i fixació amb cargols, proximal i distal a la fisis tibial proximal, sense travessar-la.

Resultats

Cap d'ells va presentar complicacions postquirúrgiques immediates. Inicialment efectuaren immobilització amb calça de guix durant 6 setmanes i, posteriorment, varen iniciar RHB. Als 3 mesos, presentaven una consolidació completa i un balanç articular de genoll complet. Es reinicià, de forma progressiva, l'activitat esportiva a partir dels 5 mesos. Als 18 mesos postintervenció, no s'ha evidenciat cap complicació.

Conclusions

Existeixen diferents tractaments quirúrgics descrits, cercant tots ells evitar l'afectació fisària proximal de la tibia. No hi ha consens clar respecte quan es pot reiniciar l'activitat esportiva. L'arrencament de TTA en adolescents és una fractura molt poc freqüent. La osteosíntesi amb cargols, respectant la zona fisària tibial proximal, sembla proporcionar bons resultats. L'afectació de parts toves pot ser severa, precisant, en alguns casos, de fasciotomia de compartiment anterior per evitar el sd. compartimental. Altres possibles complicacions inclouen; alteracions del creixement per epifisiodesis anterior de la fisis tibial proximal generada, ròtula baixa, rigidesa...

P-59

OSTEÒFIT PERONEAL DISTAL POSTERIOR A FRACTURA DE TURMELL: A PROPÒSIT D'UN CAS

Oller Boix, A.; Torrent Gómez, J.; Yela Verdú, C.; Marchan García, I.; Anglès Crespo, F.

Hospital Universitari Mútua Terrassa

Introducció i objectius

L'articulació del turmell està formada per la mortalla tibio-peroneal i la tròclea astragalina, perfectament congruents i on es realitza el moviment de flex-extensió, bàsic per la marxa. El mal·lèol tibial roman relativament fix mentre que el peroneal realitza lleugers moviments de rotació externa, separació, basculació lateral i elevació d'uns 2 mm durant la flexió dorsal, que permeten l'eixamplament de la mortalla per introduir la part anterior de l'astràgal. L'aparició d'un osteòfit peroneal indica la presència d'artrosi degut a la pèrdua de congruència articular, que condueix a la restricció del moviment.

Material i mètode

Presentem el cas d'una dona de 73 anys que va patir fractura transindesmal de peroné tipus 44-B1.1 al 2008 tractada ortopèdicament mitjançant botina de guix durant sis setmanes. Dos anys després consulta per dolor a nivell de la sindesmosi anterior i limitació de la flexió dorsal de -15° . Es realitzen TC i RM que informen de canvis degeneratius a l'articulació tibio-astragalina i subastragalina sense evidenciar coalicions tarsals. La radiologia mostra una imatge compatible amb un osteòfit a nivell de la sindesmosi anterior. La pacient és infiltrada sense èxit i el desembre de 2010 es decideix realitzar una artroscòpia de turmell practicant exèresi de l'osteòfit. Posteriorment segueix un programa de rehabilitació física.

Resultats

Als sis mesos de la intervenció, la pacient es mostra asintomàtica amb una flexió dorsal/flexió plantar de $0^\circ/45^\circ$ i inversió/eversió de $5^\circ/5^\circ$. La puntuació de l'escala de l'AOFAS és de 81 punts.

Conclusions

La tibio-peroneal és una articulació que permet l'adaptació de la mortalla a la flex-extensió i la presència d'osteòfits poden bloquejar-la dificultant la biomecànica del turmell. En aquests casos, està indicada l'exèresi dels osteòfits articulars mitjançant tècnica artroscòpica o cirurgia oberta. En alguns casos però, s'ha de procedir a l'artrodesi de l'articulació tibio-peroneal si la degeneració artropàtica és important.

P-60

COMPLICACIÓ NEUROLÒGICA EN PACIENT JOVE AMB FRACTURA DE RADI DISTAL PER IMPACTACIÓ DE FRAGMENTS OSSIS

Barriendos Miguel, B.; Forcada Calvet, P.; Molina Olivella, G.; Gros Aspiroz, S.; Altemir Martínez, V.; Fernández Martínez, J. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

Introducció i objectius

Les fractures de l'extrem distal del radi són unes de les més freqüents i com totes fractures no estan exemptes de complicacions. Les lesions nervioses associades solen ser per mecanisme compressiu. Presentem el cas d'un pacient que va sofrir una fractura d'extrem distal de radi amb lesió nerviosa associada per impactació de dos fragments ossis que van quedar englobats en el nervi mitjà, així com una fractura de escafoïdes que va passar desapercebuda.

Material i mètode

Home de 21 anys amb antecedents de trastorn obsessiu compulsiu en tractament farmacològic que acudeix a urgències després de caiguda de moto sent diagnosticat de fractura de Colles esquerra, realitzant-se reducció tancada sota anestèsia local i ferulització. No es recullen dèficits neurològics en la història clínica. Deu dies més tard és revisat pel seu traumatòleg qui ho remet al nostre servei per objectivar desplaçament secundari de la fractura així com hipoestèsia i dificultat per a la mobilització de dits en territori mitjà. Es va intervenir quirúrgicament realitzant-se osteosíntesis amb placa TCP i exoneurolisis de nervi mitjà objectivant-se dos fragments ossis englobats en aquest nervi, que produïen una dissecció fascicular, deixant un defecte oval però sense observar-se secció dels mateixos. Es va procedir a la seva extracció.

Resultats

En el control radiològic postquirúrgic es va observar fractura de terç mitjà de *escafoïdes amb signes d'instabilitat que va precisar síntesi percutània retrògrada amb tronillo. Es va col·locar fèrula antebraquial i va iniciar immediatament rehabilitació de la seva lesió nerviosa, començant la mobilització de nina després de la retirada del guix a les 4 setmanes. Als 6 mesos de la primera intervenció es troba amb funcionalitat i mobilitat completes encara que persisteixen hipoestèsies en territori mitjà confirmades mitjançant EMG.

Conclusions

La freqüència de les fractures de EDR no ha de confondre's amb vanalidat, especialment en pacients joves doncs van associades a traumatismes d'alta energia. Una exploració clínica i radiològica minuciosa hauria d'evitar que passem per alt lesions associades. Les lesions nervioses, encara que rares,

poden deixar dèficits pel que el tractament primerenc de les mateixes és fonamental per a un millor pronòstic.

P-61

FRACTURA OBERTA DE CALCANI TRACTADA AMB INJERT VASCULARITZAT. A PROPÒSIT D'UN CAS

Aranda Grijalba, C.; Codina Santolaria, J.; Edo Llobet, M.; Marin Cop, M.; De La Rosa Fernández, M.; Vidal Rodes, A.; Camí Biayna, J. Althaia de Manresa

Introducció i objectius

En les fractures obertes de calcani, hem de valorar molt acuradament l'estat neurovascular, les estructures òssies i les parts toves, ja que existeix un alt risc d'infecció i de complicacions del teixit cutani.

Material i mètode

Presentem un cas d'un pacient de 15 anys que després de tenir un accident de trànsit, va ser atès a urgències amb diagnòstic de fractura oberta de calcani G-III i maleol tibial amb important pèrdua de substància cutània de tota la planta i del retropeu. Inicialment, es va fer un tractament quirúrgic d'urgències, desbridament i reducció amb osteosíntesi amb agulles de kistchner i antibioteràpia endovenosa. L'evolució del coixinet plantar (greix plantar) va ser tòrpida i va precisar nous desbridaments i la col·locació d'un injert laminar i en malla a nivell del taló. El resultat final va ser un turmell en equí rígid amb una pèrdua de tot el coixinet plantar amb una úlcera cutània. Davant la impossibilitat que el pacient pogués realitzar una deambulació plantígrada es va valorar la realització, prèvia descartar infecció a calcani amb estudi grammagràfic i analític, en un primer temps d'una capsulotomia posterior amb allargament de tendó aquil·li mantinguda amb fixador extern temporal fins a cicatrització de parts toves i en un segon temps un injert vascularitzat de dorsal ample a taló.

Resultats

Actualment el pacient ha aconseguit un peu plantígrad funcional, estable i indolor, que li permet realitzar les seves activitats de la vida diària.

Conclusions

Concluïm que, en traumatismes greus del peu i turmell és necessari aconseguir un peu plantígrad i indolor. En cas de pèrdues de substància importants a nivell de coixinet plantar, els injerts vascularitzats de dorsal ample poden ser el tractament més adient.

P-62

PEU CATASTRÒFIC, A TOMB D'UN CAS

Pérez Prieto, D.; Ginés Cespedosa, A.; Alentorn Geli, E.; Rigol Ramón, P.; Pelfort López, X.; De Zabala Ferrer, S.
Parc de Salut Mar. Barcelona

Introducció i objectius

Les amputacions traumàtiques dels membres inferiors són molt menys freqüents que les dels membres superiors, representant el 30% de les amputacions traumàtiques als EUA. Aquestes suposen un repte pel cirurgià ortopèdic tenint descrites a la literatura complicacions com ara les infeccions amb una incidència del 26%, sense quedar ben establertes les estratègies terapèutiques.

Material i mètode

Es tracta d'un home de 59 anys, mecànic de professió i fumador (22 paq/any) que al context laboral pateix aixafament del peu D sense lesions a altres nivells. Arriba a urgències amb polifractures obertes IIIC d'avantpeu i gran desestructuració contusa del mateix. Associa, a més a més, fractura de calcani i fractura bimalleolar (fractura bifocal de peroné). Es realitza revisió quirúrgica urgent amb amputació a nivell de Lisfranc i bona cobertura cutània amb flap plantar més osteosíntesi bimalleolar.

Resultats

La radiografia postquirúrgica evidència una subluxació anterior tibioastragalina. A la setmana postoperatoria inicia quadre de necrosi cutània i infecció del munyó, realitzant-se desbridament i ampliació de la amputació a nivell de Chopart, afegint tractament antibiòtic específic. Donada la tòrpida evolució cutània, presència de subluxació turmell i fractura calcani associades es decideix realitzar amputació transtibial previ estudi vascular.

Conclusions

El maneig terapèutic d'aquestes lesions comença per decidir amputació o reimplantació que vindrà determinada fonamentalment pel mecanisme lesional (contús o incís) i factors que afecten a la vascularització (edat, tabac, diabetis...). Posteriorment es planteja la dificultat del nivell d'amputació i la posterior protetitització: l'amputació primària vindrà determinada per l'estat de les parts toves, ja que són aquestes les que marcaran el pronòstic del pacient. Pel que fa al nivell definitiu, les amputacions distals (transmetatarsiana) són més funcionals, amb excepció de Chopart amb aparició de problemes cutanis i amb una taxa de reamputació a nivell superior del 66%. Al cas que presentem, donada la patologia a turmell i calcani amb infecció associada, considerem l'amputació transtibial un nivell curatiu i funcional per aquest malalt.

P-63

AVULSIÓ BILATERAL DE TUBEROSITAT TIBIAL EN JOVE SALTADOR

Barastegui Fernández, D.; Barrera Ochoa, S.; García Fontecha, C.; Martínez Grau, P.; Masvidal Sanz, D.; Aguirre Canyadell, M.
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Introducció i objectius

Les lesions a nivell de la tuberositat tibial són relativament freqüents en pacients adolescents esportistes, no solen ser lesions greus i freqüentment són unilaterals. Aquestes lesions són ocasionades per una combinació de immaduresa òssia i un mecanisme de tracció important de l'aparell extensor. Tot i això les lesions bilaterals per traumatisme indirecte en flexió són rares, amb pocs casos publicats a la literatura. Presentem un pacient que durant la pràctica esportiva pateix una avulsió bilateral de tuberositats tibials per tracció indirecte en flexió.

Material i mètode

Home de 15a que realitzant salt de longitud fa un aterratge amb flexió d'ambdós genolls que li ocasiona una avulsió bilateral de tuberositats tibials amb extensió a nivell del platell tibial. Inicialment no es varen objectivar lesions lligamentoses, tot i la dificultat exploratòria per dolor. El pacient va ser intervingut per via anterior tibial, objectivant una fractura a nivell de platell lateral de tibia dreta amb una desinserció parcial de menisc extern i fractura del platell lateral en genoll esquerre. Es va realitzar una exploració clínica i revisió d'ambdues articulacions sense denotar altres lesions, realitzant una síntesi amb cargols cannulats + reparació de periosti, obtenint un bon control radiològic.

Resultats

El pacient va presentar un postoperatori correcte, sense problemes a nivell de la ferida, immobilitzat durant 3 setmanes amb fèrules cruropèdiques, iniciant posteriorment augment de balanç articular i càrrega parcial de les extremitats. Actualment el pacient es troba en procés rehabilitador, presentant un BA en flexo-extensió de 0°/80° en genoll D i 0°/60° en genoll E a les 8 setmanes postoperatories.

Conclusions

En lesions de la TTA s'han de valorar les altres estructures del genoll per descartar inestabilitats i lesions que puguin passar desapercebudes. En avulsions complexes de les TTA es recomana realitzar un estudi radiològic complet si hi ha dubtes de l'extensió als platells tibials. La valoració de l'extensió al moment de la cirurgia és obligada. Les lesions bilaterals de les TTA són entitats poc freqüents, tot i que s'han de valorar en adolescents que realitzin esports amb molt treball de l'aparell extensor.

P-64

FRACTURA BILATERAL D'HÚMER EN UN NEN PER MALA UTILITZACIÓ DE CADIRETA INFANTIL

Navarro Cano, E.; Froufe Siota, M.; Prats Bota, A.; Arribas Aguera, D.
Hospital Universitari Dr. Josep Truetad e Girona

Introducció i objectius

Les cadiretes infantils són mecanismes importants de protecció del nen en accidents de trànsit. S'estima que disminueixen el risc de lesió en un 71-82% (comparat amb cinturó de seguretat només), i el risc de mort fins un 28%. La seva funció òptima depèn de que hi hagi una instal·lació adequada de la cadireta, ja que s'estima que si pot bellugar-se lateral o frontalment més d'una polzada no pot ser considerada segura. S'ha vist que aproximadament 4 de cada 5 cadiretes revisades no compleixen els requeriments de seguretat, principalment per: - Mala elecció de la cadireta - Harnessos fluïxos - Mala fixació de la cadireta al vehicle.

Material i mètode

Nen de 22 mesos i 10 kgs de pes, sense antecedents mèdics d'interès que ingressa via urgències després de patir accident de trànsit (xoc frontal cotxe-cotxe). Familiar conductor il·lès. El nen anava dins d'una cadireta del grup 1 que havia hereditat del seu germà, orientada en el sentit de la marxa del vehicle. Presenta fractura de terç mig de diàfisi d'húmer esquerre i fractura de terç proximal de diàfisi d'húmer dret. Es col·loca U de palma bilateral, amb control radiològic posterior satisfactori. Resta d'estudis complementaris dins la normalitat. Ingressa per a control evolutiu i analgèsia.

Resultats

Als 6 mesos d'evolució, els controls clínics i radiològics són satisfactoris, observant-se la consolidació de les fractures.

Conclusions

Es recomana que nens de fins a 13 kgs vagin col·locats en cadiretes del grup 0+, que són parcialment inclinades i que han d'anar sempre en el sentit contrari de la marxa. A partir dels 10 kgs poden començar a anar dins d'una cadireta del grup 1, que tot i que es poden col·locar en ambdós sentits, es consideren més segures si estan orientades en el sentit contrari de la marxa. El nostre pacient anava en una cadireta del grup 1, que per pes estava just en el límit per a utilitzar-se. Segurament l'harnès de la cadireta era massa gran o no estava ben adaptat, perquè al desplaçar-se lateralment va ser el causant de les fractures humerals.

P-65

LESIÓ D'ARTÈRIA AXIL-LAR EN PACIENT AMB FRACTURA PROXIMAL D'HÚMER. A TOMB D' UN CAS

Bucci, G.; Malagelada Romans, F.; Lucar López, G.; Sánchez González, J.; Coll Rivas, M.; Auleda Galbany, J.
Hospital de Mataró

Introducció i objectius

Las fractures proximales d'húmer son freqüents, no així l'associació amb lesió de l'artèria axil·lar. La clínica pot ser poc suggestiva. Es important un alt nivell de sospita per evitar infradiagnosticar-la.

Material i mètode

CAS CLÍNIC: Pacient de 85 anys. Presenta fractura d'húmer proximal en dues parts (Neer) en relació a caiguda. S'evidencia hematoma a cara anterior d'espalla, braç esquerre i paret toràcica. Pols perifèric present i simètric. Intraoperatòriament s'evidència secció subtotal de l'artèria axil·lar al focus de fractura. Es tracta amb síntesi amb placa d'estabilitat angular i reparació de la lesió arterial amb pròtesi vascular.

Resultats

DISCUSSIÓ: Una extremitat ben perfosa no descarta l'existència de lesió vascular ja que una extensa xarxa de circulació col·lateral pot suplir el territori d'irrigació de l'artèria lesionada, preservant el pols distal i la satO2 perifèrica en l'extremitat afectada. Davant la sospita de lesió vascular es necessari realitzar angiograma i valoració vascular. Quan la lesió s'objectiva clínicament o per angiograma el gold standard consisteix en reducció oberta i fixació interna de la fractura i reparació vascular. El temps per instaurar tractament quirúrgic definitiu ve determinat pel temps d'isquèmia. L'oclusió vascular per si sola pot produir dany neurològic permanent pel que minimitzar el temps fins la reparació quirúrgica és vital. Si el temps d'isquèmia és major de 6 hores es recomana fasciotomia profilàctica d'avantbraç o monitorització estricta per detectar una síndrome compartimental.

Conclusions

Malgrat les lesions de l'arteria axil·lar en fractures proximales d'húmer són excepcionals és essencial mantenir-ne la sospita per evitar complicacions fatals de l'extremitat, i dificultats imprevistes durant el procediment quirúrgic.

P-66

POLITRAUMATISME AMB FRACTURA ACETABULAR BILATERAL I LUXACIÓ COXOFEMORAL. EVOLUCIÓ TÒRPIDA*Figueras Coll, G.; Serra Fernández, R.; Rosinés Cubells, D.; Vives Planell, R.; Ros Montfort, E.; Camí Biayna, J.**Althaia Xarxa Assistencial de Manresa***Introducció i objectius**

Resulta infreqüent la fractura acetabular bilateral amb luxació coxofemoral associada. La reducció precoç de la luxació i el tractament quirúrgic de la fractura són clau per obtenir bons resultats.

Material i mètode

Presentem el cas d'un pacient de 39 anys d'edat politraumatitzat després de caiguda de 10 m d'alçada amb parapent. Després de realitzar TC i radiografies s'aprecia fractura de pelvis Tile C3 amb fractura acetabular esquerra transversa + pared posterior amb luxació coxoafemoral (Classf. Letournel). Al maluc contralateral presenta fractura longitudinal del ileon dret. Sota sedació es col·loquen dos traccions transesquelètiques als fèmurs distals i una faixa pèlvica i ingressa a UCI. A les 72 hores es realitzen noves radiografies de la pelvis on s'aprecia una reducció de la luxació coxofemoral esquerra. Es decideix realitzar fixació de la fractura acetabular esquerra amb abordatge posterior de Kocher-Langenbeck i osteosíntesis amb dos plaques. A les 3 setmanes de la intervenció novament es luxa el maluc esquerra i es col·loca tracció transesquelètica i abducció de la cama. Durant les següents setmanes es succeeixen episodis de subluxació coxofemoral, tot i que el malalt és capaç de deambular amb croses. Es decideix que consolidi la fractura per col·locació de artroplàstia en segon temps. Als 6 mesos de l'accident es realitza TC de control on s'aprecia luxació inveterada de maluc esquerra. El pacient es reintervé retirant-se les plaques de osteosíntesis i col·locant-se un pròtesis total de maluc esquerra amb luxació postoperatòria immediata. A les 2 setmanes es col·loca un còtil retentiu després d'unes tres luxacions.

Resultats

Als 4 mesos de l'última intervenció el malalt deambula de forma assistida amb croses, cada vegada més independent.

Conclusions

Les fractures acetabulars bilaterals són infreqüents i es relacionen amb accidents de trànsit o caigudes d'alçada. El tractament quirúrgic sol ser el més indicat per evitar futures complicacions com l'artrosi precoç. L'abordatge de Kocher-Langenbeck, és el més indicat per fractures de paret i columna posteriors.

P-67

AMPUTACIÓ D'UNA EXTREMITAT A REL D'UN SÍNDROME COMPARTIMENTAL*Molina Olivella, G.; Gómez Ribelles, A.; Marín Nassarre, J.; Pérez Villar, F.; Altemir Martínez, V.; Gros Aspiroz, S.; Fernández Martínez, J.**Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida***Introducció i objectius**

La síndrome compartimental es una patologia relativament freqüent amb una varietat etiològica important. Com a definició diríem que és l'augment de la pressió dins d'un determinat compartiment muscular, de manera aguda o crònica, que pot donar lloc a alteracions musculars, vasculars i nervioses

Material i mètode

S'exposa el cas d'un home de 41 anys amb antecedents de politoxicomania, VHB, VHC, cirrosi hepàtica, TBC i tromboflebitis de repetició, que acut al servei de urgències per ferides en procés de curació i dolor a la cama esquerra. En l'anamnesi reconeix caiguda fa dies a domicili i que des de llavors a restat a terra.

Resultats

A l'exploració el pacient presenta escara necòtica de 8cm sobre la cara anterolateral del genoll esquerre, tumefacta i dolorosa. És ingressat per estudi de síndrome compartimental vs polimiositis. Durant l'ingrés i a expenses de RMN, EMG i control analític es diagnostica de un síndrome compartimental massiu de la cama esquerra amb afectació nerviosa generalitzada que va finalitzar amb la amputació supracondilea de l'extremitat.

Conclusions

La síndrome compartimental a expenses de hematomes musculars és una afecció coneguda i descrita en la literatura. L'augment de la pressió del compartiment provocada per un hematoma com a conseqüència d'una caiguda, afegit a una alteració de l'estat de consciència, es postulen com a la etiologia d'aquest cas. El gran lapse de temps transcorregut fins al inici del tractament es postula com la causa que va comportar l'amputació definitiva.

P-68

FRACTURA–LUXACIÓ OBERTA DE TURMELL. A PROPÓSIT DE DOS CASOS

Villalba González M.D.; Provinciale, E.; Blanch, E.; Arroyo, A.; Giné, J.

Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona

Introducció i objectius

Les fractures de turmell constitueixen una de les lesions més freqüents a la nostra especialitat. En les últimes dècades ha augmentat tant la prevalença com la complexitat de les mateixes. La majoria són fractures mal·leolars (60-70%), seguides les bimal·leolars (15-20%) i trimal·leolars (7-12%). Les fractures obertes són rares.

Material i mètode

Presentem el cas de dos pacients amb fractura-luxació de turmell oberta, important inestabilitat i afectació de parts toves causades per accident de trànsit. **CAS 1:** Home de 78 anys que presentava fractura-luxació de turmell esquerre tipus C, oberta grau II per la cara interna, es va realitzar desbridament quirúrgic i reducció oberta, síntesi del peroné amb dos visos peroneo-tibials suprasindesmals i sutura del lligament deltoideu. Posteriorment va realitzar descàrrega durant 1 mes i després càrrega parcial. Durant l'ingrés va presentar una ferida a cara anteromedial del turmell, que es van realitzar cures diàries, i de la qual es va aïllar un *Enterobacter cloacae* resistent a augmentine que es va tractar amb ciprofloxacino. **CAS 2:** Home de 62 anys que presentava la mateixa fractura que l'anterior però oberta grau IIIA, es va realitzar la mateixa cirurgia que l'anterior més síntesi del peroné amb una placa de dos forats. Al postoperatori es realitza cura de ferida amb teràpia de pressió negativa i posteriorment injert lliure de pell.

Resultats

El pacient del cas 1 als quatre mesos presentava bona cicatrització de la ferida, deambulació amb tendència al valgus i radiològicament s'observava consolidació de la fractura i vis proximal fatigat. Als onze mesos presenta dolor a la deambulació, deformatat en valgus del turmell rigidesa articulació subastragalina. El pacient del cas 2 als quatre mesos presentava bona cicatrització de la ferida, deambulació no dolorosa amb una crossa, sensació de valgus del retropeu i correcta consolidació de la fractura.

Conclusions

Lesió que, degut a l'afectació de parts toves e important inestabilitat, cal valorar la viabilitat de l'extremitat. L'estabilització quirúrgica es pot aconseguir amb tècniques estàndards de osteosíntesis. Es necessari, com totes les lesions articulars, fer un seguiment a mig i llarg plaç per valorar la possible evolució a l'artropatia degenerativa.

P-69

QUIN ÉS L'EFECTE DEL SÍNDROME COMPARTIMENTAL AGUT I FASCIOTOMIA EN EL TEMPS DE CONSOLIDACIÓ DE LES FRACTURES DE TÍBIA?

Reverté Vinaixa, M.; Dimitriou, R.R.; Kanakaris K.N.; Giannoudis P.P.

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Introducció i objectius

El Síndrome Compartimental agut (SCA) s'ha associat amb moltes complicacions com infeccions, retràs en la consolidació o pseudoartrosi, dèficits sensitius i motors, deformatats i pobres resultats funcionals. Presentem una revisió de la literatura per avaluar l'impacta del síndrome compartimental i la conseqüent fasciotomia sobre el temps de consolidació, així com la incidència en retràs de la consolidació i pseudoartrosi en les fractures diafisàries de tibia.

Material i mètode

Un total de 16 articles, els quals inclouen 245 fractures de tibia complicades en síndrome compartimental han estat analitzades. I aquestes s'han comparat amb un grup control també de la literatura. S'han analitzat els paràmetres relacionats amb la fractura, mètodes de fixació, diagnòstic clínic i radiològic de la consolidació, els paràmetres relacionats amb el diagnòstic i tractament del síndrome compartimental agut, complicacions associades en aquestes fractures i la necessitat d'altres procediments quirúrgics per tal d'aconseguir la unió de la fractura.

Resultats

Hem trobat diferències estadísticament significatives en el temps de consolidació, més de 5 setmanes, ($p < 0.001$), i tasques de retràs de la consolidació i pseudoartrosi quan es comparen amb fractures diafisàries de tibia sense aquesta complicació (55% respecte 17.8%) ($p < 0.001$). A més, també aquesta diferència és significativa quan comparem fractures tancades ($t = 12.375$; $p < 0.001$) i obertes ($t = 12.339$; $p < 0.001$).

Conclusions

En aquest tipus de pacients amb fractura de tibia complicada amb Síndrome compartimental deuríem d'informar als pacients sobre el risc incrementat de retràs de la consolidació i el llarg temps per tal d'aconseguir la unió de la fractura.

P-70

FRACTURES SUPRAINTERCONDÍLIES DE FÈMUR DISTAL ASSOCIADES A FRACTURES DE HOFFA. A TOMB DE DOS CASOS

Almenara Fernández, M.; De Caso Rodríguez, J.; Álvarez Gómez, C.; Carrera Fernández, I.; Gelber Ghertner, P.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Introducció i objectius

La fractura de Hoffa és una fractura aïllada al pla coronal de la cara posterior del còndil femoral. Pot passar desapercibuda a la radiologia simple; és recomanable disposar d'una TC del genoll, per millorar el rendiment diagnòstic i planificar correctament la cirurgia. La seva associació amb fractures supraintercondílies femorals distals és infreqüent, essent la reducció oberta i fixació interna (ROFI) el tractament d'elecció, per assolir una reducció anatòmica i estable de la fractura i l'inici de rehabilitació precoç. Donada la infreqüència d'aquesta associació de fractures, presentem dos casos atesos al nostre centre amb aquest diagnòstic.

Material i mètode

CAS 1: Dona 25a pateix accident de motocicleta. Fractura femoral distal 33-C3 amb fractura de Hoffa del còndil medial del genoll esquerre. **CAS 2:** Home 36a pateix accident de motocicleta. Fractura femoral distal 33-C3 amb fractura de Hoffa del còndil lateral del genoll dret, oberta grau II. Vam realitzar TC preoperatori en ambdós casos, que mostrava una fractura de Hoffa, no diagnosticada a les RX simples. Ambdós pacients van ser intervinguts quirúrgicament, realitzant-se una ROFI amb placa poliaxial lateral femoral distal i osteosíntesi de la fractura de Hoffa amb cargols a compressió sense cap, i aport d'homoempelt ossi. Postoperatòriament, els pacients van iniciar deambulació en descàrrega i rehabilitació del genoll.

Resultats

CAS 1: Va ser reintervinguda als dos mesos, per rigidesa articular i balanç de 0/0/85°; va realitzar-se una artrolisi artroscòpica, obtenint un balanç final de 0/0/135°. Després de l'any i degut a la persistència de gonàlgia i existència d'un varo de 7° del genoll, va realitzar-se una retirada dels cargols interfragmentaris artroscòpicament i una osteotomia valguitzant femoral fixada amb placa lateral. L'evolució postoperatòria ha estat correcta, sense dolor i balanç de 0/0/135°. **CAS 2:** Seguiment curt. Al mes de la intervenció, deambulació en descàrrega i balanç de 0/0/90°.

Conclusions

Recomanem realitzar TC en fractures supraintercondílies femorals distals per diagnosticar fractures de Hoffa associades i seleccionar l'implant necessari per la seva fixació, perquè la ci-

urgia pot veure's dificultada per la seva presència. És essencial obtenir una síntesi estable per iniciar una ràpida i agressiva mobilització del genoll, i obtenir resultats satisfactoris a llarg termini. No obstant, aquestes fractures presenten una elevada taxa de complicacions.

P-71

LUXACIÓ TRAUMÀTICA DE MALUC EN PACIENT OCTOGENÀRIA

Romero Gómez, M.; Rodríguez Fernández, A.; Martínez Ruiz, A.; Subirà Álvarez, T.

Consorci Sanitari de Terrassa

Introducció i objectius

Les luxacions traumàtiques de maluc són una patologia infreqüent, aproximadament el 85% d'aquestes són secundàries a un traumatisme i en un 90% són luxacions posteriors. La principal causa de la luxació traumàtica de maluc són els accidents de trànsit. El temps transcorregut entre la luxació i la reducció és un factor pronòstic important per minimitzar complicacions a llarg termini, com la necrosi avascular i la coxartrosi secundària.

Material i mètode

Es presenta el cas d'una pacient de 84 anys amb antecedents d'insuficiència tricuspídia severa en tractament anticoagulant, malaltia de Parkinson i obesitat que pateix una caiguda a domicili en context de lipotímia. A l'exploració la pacient presenta dolor i impotència funcional de l'extremitat inferior dreta; i posició "en banyista sorprès", amb escurçament, rotació interna i flexió del genoll.

Resultats

L'estudi radiològic inicial mostra luxació posterior del maluc dret amb dubtós traç fracturari a nivell de trocànter major, sense apreciar-se altres lesions òssies agudes. Es procedeix a realitzar una reducció tancada sota sedació amb comprovació de la correcta estabilitat articular del maluc i immobilització amb tracció percutània durant cinc dies. Es realitza estudi de control mitjançant TAC que informa de petit arrencament de la tuberositat isquiàtica dreta, sense altres troballes fracturàries ni lesions intraarticulars al maluc. Durant l'ingrés la pacient inicia la sedestació en retirar la tracció, i la deambulació progressiva assistida amb un caminador el sisè dia post-reducció, amb bona tolerància. Finalment la pacient és donada d'alta amb una deambulació amb càrrega completa amb ajuda d'un bastó i funcionalitat similar a la prèvia a l'ingrés.

Conclusions

Ens trobem davant d'un cas peculiar i inusual, que no aconsegueix cap dels criteris "habituals" per aquest tipus de patologia, i que en el moment de tractar i seguir ens pot plantejar algun dubte. En aquest sentit alguns autors aconsellen un període inicial post-reducció amb tracció percutània per control del dolor. També es recomana l'inici de mobilització passiva precoç amb recuperació de rangs extrems en 4-6 setmanes i inici de la càrrega completa en el moment que el pacient ho toleri amb potenciació muscular i retorn a l'activitat esportiva en 6-12 setmanes.

P-72

FRACTURA D'ESTRÉS EN FÈMUR DESPRÉS D'UN TRACTAMENT AMB BIFOSFONATS

Gros Aspiroz, S.; Más Atance, J.; Jove Talavera, R.; García Trujillo, A.; Molina Olivella, G.; Altemir Martínez, V.; Fernández Martínez, J.

Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

Introducció i objectius

Les fractures per estrès es produeixen en os amb resistència normal en augmentar l'activitat muscular realitzada de manera repetitiva (fractures per fatiga) o amb forces normals sobre os afeblit (fractures per insuficiència), aquestes apareixen en pacients d'avançada edat, amb osteoporosis en el qual s'observa edema en mèdula òssia però no trencament de cortical. En els últims anys han augmentat els casos de fractures típiques en pacients en tractament amb alendronato que poden resultar com a propagació després d'una fractura d'estrès.

Material i mètode

S'exposa el cas d'una pacient de 72 anys que presenta dolor en cuixa dreta de 5 mesos d'evolució sense traumatisme previ. Com a antecedents ressalta intervenció per neoplàsia de mama. Es realitza un estudi radiològic inicial en el qual no s'observa patologia aguda i es remitent a consultes per completar estudi.

Resultats

Davant el mal control simptomàtic que impedeix la deambulació es realitza nova Rx, RMN i GG00. En la Rx s'observa engrossament de la cortical que per GG00 suggereix fractura d'estrès sense desplaçar, al seu torn apareix captació infiltrativa de C4 asimptomàtica. Es completa l'estudi amb un PET-TAC que descarta lesions hipermetabòliques suggestives de malignitat a nivell de fèmur pel que ens trobem davant 2 patologies diferents. La lesió metastàsica es tracta ortopèdicament i la fractura d'estrès s'enclava després de la qual cosa hi ha una milloria simptomàtica i la pacient torna a passejar sense dolor.

Conclusions

Els bifosfonats supprimeixen el turnover ossi provocant una acumulació de microfractures i reducció de 20% de la resistència òssia fins a 5 després de la retirada del fàrmac després de l'administració del mateix durant 5 anys seguits. El dolor prodròmic latent (fins a en 55-75%) dels pacients amb aquest tractament en diàfisis femoral han de fer sospitar un possible fractura d'estrès, en la radiologia observem un engrossament de la cortical externa que pot evolucionar a la fractura típica (traç transvers amb espícula medial) sense traumatisme o amb traumatisme de baixa energia. També és important recordar que la fractura contra lateral pot aparèixer en el 33% dels casos.

MISCEL·LÀNIA

P-75

UTILITZACIÓ DE L'ARTROSCÒPIA EN EL TRACTAMENT DELS HEMATOMES DE MOREL-LAVALLE

Lázaro Amorós, A.; Cardona Morera De La Vall, X.; Gómez Bonsfills, X.; Otero García-Tornel, E.

MC Mutual Barcelona

Introducció i objectius

La utilització de l'artroscòpia en el tractament dels hematomes Morel-Lavalle és poc habitual. La resolució d'aquestes lesions creiem que encara representen un repte tècnic. Els resultats obtinguts amb diverses tècniques la majoria obertes i algunes de percutànies de vegades son no satisfactoris. Presentem la nostra experiència en el tractament d'aquestes lesions amb l'ajut de l'artroscòpia.

Material i mètode

Hem tractat 3 casos de hematomes, dos d'ells a la cara externa de la cuixa i un tercer a nivell terç distal de la cara interna. Es van valorar el diagnòstic clínic preoperatori juntament amb la RM i es va realitzar el tractament després de l'estabilització del procés (>6 setmanes postraumatisme). En tots el casos es va desbridar la cavitat amb el motor d'artroscòpia i es va coagular els punts de sagnat. Es van deixar drenatges aspiratius durant 48-72 h.

Resultats

La evolució dels tres casos va ser bona, amb curació del procés en 4 setmanes de mitja, sense complicacions com nous hematomes pel desbridament ni infeccions.

Conclusions

L'ús de l'artroscòpia en el tractament en hematomes de Morel-Lavalle, és un procediment segur i eficaç. Aquesta tècnica permet disminuir l'agressió i optimitzar el desbridament dins de la cavitat amb visió directe i per tant creiem que millorar la efectivitat del procediment. En els 3 casos el diagnòstic va ser clínic i amb RM i només es va decidir l'ús de l'artroscòpia quan el tractament conservador havia fracassat.

P-76

SAGNAT ESPONTANI EN PACIENT AMB MOREL-LAVALLÉE CRÒNIC DE 32 ANYS D'EVOLUCIÓ, A PROPÓSIT D'UN CAS

Arroyo Dorado, A.; Gordillo Santesteban, A.; Villalba González, L.; Iliana Mahiques, M.; Provinciale Fatsini, E.; Giné Gomà, J.

Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona

Introducció i objectius

El Morell-Lavallée es una lesió poc freqüent produïda per l'impacte d'una força de ciçallament que fa que la pell i el teixit cel·lular subcutani es separin de la fàscia subjacent provocant la creació d'un espai nou i anòmal que fàcilment pot infectar-se. El seu maneig es complicat per la tendència a recidivar. A la literatura trobem variades opcions de tractament.

Material i mètode

Presentem el cas d'un pacient de 64 anys amb Morel-Lavallée a regió glútia i trocantèrica dreta de 32 anys devolució, causat per un accident de trànsit. En el moment del traumatisme es va dur a terme un tractament conservador i, posteriorment, el pacient mai va consultar per aquest problema donat que era totalment asimptomàtic. El motiu de consulta a urgències va ser augment progressiu de la massa a la natja dreta de 3 mesos devolució i aparició en les darreres 24 hores de fistulització amb drenatge hemàtic actiu abundant, sense cap antecedent de traumatisme recent. Es va consultar amb el Servei de Cirurgia Vasculardel nostre centre que va decidir dur a terme una embolització de l'arteria glútia superior i de la branca superior de l'hipogàstrica dreta, malgrat no visualitzar-se en aquell moment un sagnat actiu. A les proves d'imatge (TC i RM) s'observava una extensa tumoració subcutània en regió glútia dreta de característiques heterogènies i 22 cm de diàmetre. L'anatomia patològica va confirmar el diagnòstic d'hematoma. Als 10 dies d'ingrés el pacient va iniciar un quadre de febre alta i exudat seropurulent a nivell de la fístula. Es va iniciar tractament amb piperacilina-tazobactam endovenós i es va procedir al desbridament, extirpació de la massa i tancament primari. Un mes més tard va ser necessari nou desbridament i tancament primari.

Resultats

El pacient va ser donat d'alta dues setmanes després de l'últim desbridament. Actualment, 6 mesos després de la darrera intervenció, la ferida quirúrgica està tancada i el pacient es troba asimptomàtic.

Conclusions

Els Morel-Lavallée son complicacions poc freqüents que moltes vegades passen desapercibudes o són infravalorades al moment del traumatisme inicial, com és el cas que presentem.

P-77

PROJECTE DE DOCÈNCIA PER AL PERSONAL D'UNA NOVA INCORPORACIÓ EN TRAUMATOLOGIA

Rendón Hernández, E.; Aguayo Álvarez, M.; Serramalera Castella, J.

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Introducció i objectius

En la infermeria traumatològica existeixen patologies i cirurgies específiques que exigeixen coneixements i habilitats quant als seus procediments i cures. A causa de la gran quantitat de personal de nova incorporació, a la mobilitat dels professionals en les diferents unitats i per les conseqüències que pot tenir per al pacient una praxi inadequada, creiem oportú elaborar un projecte de formació en el maneig dels diferents àmbits del servei.

OBJECTIU:

- Elaborar un projecte de docència que englobi els diferents aspectes de la infermeria traumatològica.
- Donar a conèixer les guies, protocols i procediments dels quals disposa l'hospital.
- Afavorir l'assistència a la formació al personal de nova incorporació.
- Facilitar la integració del personal a l'equip de treball de l'àrea de traumatologia adquirint coneixements i destresa necessària per evitar riscos del personal sanitari i del pacient durant l'assistència.
- Augmentar la qualitat assistencial d'infermeria.

Material i mètode

L'elaboració d'aquest projecte de formació s'ha fonamentat en l'experiència assistencial dels autors. Els continguts del projecte de formació es basaran en protocols i procediments d'actuació elaborats i consensuats per l'hospital, consulta en bases de dades i en l'assessorament d'experts. S'afavorirà l'assistència a tallers-sessions dirigits al personal d'infermeria, auxiliars i celadors situats en el servei de Traumatologia basats en les tècniques correctes de mobilització del pacient traumatològic i en la utilització del material específic de la unitat.

Resultats

Conjunt d'activitats docents dirigides al personal de traumatologia de nova incorporació.

Conclusions

Considerem important que el personal situat en Traumatologia estigui format per millorar la qualitat de les cures d'infermeria en els pacients de Traumatològics i al seu torn augmentar la seguretat dels professionals, millorar la qualitat assistencial, evitar complicacions derivades de mala praxi.

P-78

EMFISEMA SUBCUTANI PER PISTOLA D'AIRE COMPRIMIT

Navarro Cano, E.; Froufe Siota, M.; Masvidal Sanz, D.; Rodrigo López, E.

Hospital Universitari Dr Josep Trueta de Girona

Introducció i objectius

Les pistoles d'aire comprimit s'utilitzen a la indústria a diferents nivells. Dins dels escorxadors es fan servir per a separar la pell i el subcutani de la musculatura, i així facilitar pelar l'animal. Les lesions per pistoles d'aire o aigua són una entitat poc freqüent però relativament benigna comparades amb les lesions per pistoles d'altres substàncies utilitzades a la indústria (pintura, benzina, oli, etc).

Material i mètode

Pacient de 45 anys sense antecedents d'interès que acut al nostre centre després de patir una punxada accidental al palmell de la mà dreta amb una pistola d'aire comprimit. Acut amb dolor i tumefacció de tota l'extremitat fins a l'aixel·la. Refereix parestèsies en els dits de la mà. A l'exploració, té una petita ferida per punció al dors de la mà. Hi ha tumefacció importat de tota l'extremitat fins a aixel·la dreta i base del coll, amb crepitació al tacte. Les radiografies d'extremitat superior dreta, tòrax i cervical evidencien la presència d'un emfiseма subcutani important. Es realitza rentat i desbridament local de la ferida en el dors de la mà. Es decideix tractament conservador, amb antibioteràpia i repòs de l'extremitat amb una mitja elàstica.

Resultats

Es manté en observació durant 5 dies, en els que no apareixen signes de patiment cutani ni zones de necrosi. L'emfiseма disminueix paulatinament, amb milloria progressiva del dolor. El pacient és alta i es revisa a consultes a les dues setmanes, on ja no presenta tumefacció ni crepitació a la palpació.

Conclusions

El tractament per lesions amb pistoles d'alguna substància irritativa (pintura, oli...) consisteix en desbridament, fasciotomia i retirada de tot el material injectat, amb alt risc de necrosi per irritació química. Les lesions per pistoles d'aire comprimit, en canvi, solen tenir una evolució benigna, requerint només neteja de la porta d'entrada i tractament antibiòtic amb un betalactàmic o cefalosporina. En casos molt severes, la separació del teixit subcutani de la fàscia muscular podria causar una ruptura dels vasos comunicants, i això podria causar una necrosi cutània localitzada, pel que aquests pacients requereixen una monitorització de l'estat de la pell.

P-79

PROJECTE DE MILLORA DE L'AVALUACIÓ DEL DOLOR EN UNA UNITAT D'HOSPITALITZACIÓ DE POST OPERATS DE TRAUMATOLOGIA

Aguayo Álvarez, M.; Rendón Hernández, E.; Serramalera Castellà, J.

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Introducció i objectius

Dins la nostra unitat d'hospitalització es troben persones intervingudes de pròtesi de maluc, pròtesi de genoll i fractures de fèmur, per avaluar el dolor es fa servir la escala EVA i l'escala de cares. L'escala EVA no contempla l'estat cognitiu de tots els malalts que acudeixen al nostre servei, com persones amb demència i persones amb alteracions cognitives.

Actualment en el nostre servei es valora el dolor amb l'escala EVA quan s'ha d'administrar la medicació prescrita, s'hauria de saber mitjançant un registre adient, quin és el moment en el qual el pacient presenta més dolor i poder-lo enregistrar adequadament amb altres aspectes importants que calen saber relacionats amb el dolor. Objectius: Realitzar un projecte per:

- * Incorporar una nova escala dins els registres de l'entorn Gacela per poder avaluar el dolor en el grup de malalts que queden exclosos de l'escala EVA.
- * Incorporar un registre a l'entorn Gacela per avaluar correctament el dolor en persones orientades que avaluessin certs paràmetres basant-se en el Qüestionari de McGill, ja que l'EVA no és una escala suficient per enregistrar correctament el dolor que passa una persona al ser intervinguda quirúrgicament.

Material i mètode

L'elaboració d'aquest projecte per ampliar la valoració del dolor a la nostra unitat d'hospitalització es basa en l'observació dins l'experiència professional assistencial dels autors. Els continguts es basen en escales establertes i validades per avaluar el dolor, articles originals de bases de dades, consulta amb professionals, consulta a professionals d'unitats especialitzades, experiència professional pròpia, revisions bibliogràfiques així com manuals.

Resultats

Al ser un projecte d'incorporació d'una nova escala per valorar el dolor en un determinant grup de pacients que queden exclosos de l'escala EVA, no tenim encara resultats.

Conclusions

Considerem que és important avaluar correctament el dolor a tots els pacients per millorar la qualitat de les cures d'infermeria en els pacients intervinguts en la nostra unitat, a l'hora que s'augmenta la qualitat assistencial i es disminueixen complicacions postoperatòries.

P-80

DEFORMITAT DE SPRENGEL SEVERA I SÍNDROME DE KLIPPEL-FEIL AMB ALTERACIÓ VASCULAR COMPLEXA. CONDICIONAMENT QUIRÚRGIC

Méndez Ojeda, M.; Navarro Cano, E.; García Fontecha, C.; Soldado Carrera, F.; Barber Martínez De La Torre, I.; Aguirre Canyadell, M.

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Introducció i objectius

Presentem el cas d'una nena d'11 anys afectada de deformitat de Sprengel bilateral i síndrome de Klippel-Feil que presenta un curs anòmal de l'artèria subclàvia esquerra, no descrit en la literatura i que condiciona la cirurgia correctiva.

Material i mètode

Nena d'11 anys afectada de deformitat de Sprengel tipus IV de Cavendish i síndrome de Klippel-Feil tipus III. Clínicament presentava coll molt curt i gran elevació de les dues cintures escapulars, mobilitat cervical nul·la i abducció d'espatlles inferior a 90°. L'estudi per TC va mostrar la presència d'os omovertebral bilateral. Donada la limitació funcional i l'afectació estètica es va oferir cirurgia correctiva. L'estudi per RM prequirúrgic va mostrar un origen de l'artèria subclàvia esquerra en l'artèria vertebral a nivell de C5 amb un trajecte descendent molt agut. Es va desestimar cirurgia de descens escapular pel risc vascular en artèries vertebral o subclàvia i es va decidir resecció d'os omovertebral i osteotomia escapular segons tècnica de Mears.

Resultats

No hi va haver cap complicació neurovascular durant ni després de la cirurgia. La millora estètica va ser important i l'abducció de l'espatlla als tres mesos és pràcticament completa.

Conclusions

L'associació de deformitat de Sprengel i síndrome de Klippel-Feil pot acompanyar-se de malformacions vasculares que dificultin o suposin un risc per a una cirurgia correctiva. Recomanem associar un estudi vascular (ex, angio-RM) si es planteja tractament quirúrgic.

P-81B

ARTROPLÀSTIA TOTAL DE FÈMUR COM A PROCEDIMENT DE SALVAMENT D' EXTREMITAT EN INFECCIONS PERIPROTÈSIQUES DE MALUC I GENOLL. LA NOSTRA EXPERIÈNCIA AMB QUATRE CASOS

Méndez Ojeda, M.; Corona Pérez-Cardona, P.; Amat Mateu, C.; Flores Sánchez, X.

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Introducció i objectius

Les infeccions periprotèsiques segueixen sent una de les principals i més devastadores complicacions de les artroplasties totals. El tractament acceptat com més eficaç en l'actualitat és el recanvi en 2 temps. Situacions com els desbridaments continus, la repetició de procediments de recanvi, les fractures periprotèsiques i els casos on hi ha artroplasties de revisió ipsilaterals, fa que ens trobem cada vegada més davant de situacions amb grans pèrdues de massa òssia, on les reconstruccions estàndard no són viables i la possibilitat de recórrer a l'amputació del membre és alta. En aquests casos límit l'artroplàstia total de fèmur, que inicialment va estar limitada al maneig quirúrgic dels tumors ossis periarticulars, és una opció atractiva de tractament en pacients seleccionats, enfront del procediment agressiu d'amputació o desarticulació de l'extremitat.

Material i mètode

Hem realitzat una revisió retrospectiva de 4 pacients amb infecció periprotètica en situació límit, que han estat tractats al nostre centre amb una artroplàstia total de fèmur entre el 2008 i el 2011. Es recullen les causes que van motivar la necessitat d'aquest procediment, així com les característiques tècniques d'aquest, les complicacions que es van produir i el resultat funcional.

Resultats

Un total de 4 pacients de sexe femení, amb una edat mitjana de 80 anys. En tots els casos hi havia un procés sèptic. En 3 pacients existia un fracàs d'un recanvi en 2 temps amb múltiples cirurgies prèvies i en un altre cas hi havia una infecció d'una fractura subtrocantèrica amb un greu defecte ossi acompanyant. Entre el diagnòstic microbiològic destaquen 2 casos amb MRSE. En dos dels pacients es va utilitzar una pròtesi a mida i en els altres dos components modulars. En tots els casos es va realitzar un abordatge doble i en 3 dels pacients es va poder conservar el component tibial (frontissa rotacional) que prèviament portaven i que era compatible amb el fèmur total. El component acetabular va ser sense sistema de retenció en 2 casos. Els pacients van necessitar una transfusió de 5,8 concentrats d'hematies de mitjana. Tots els pacients estan lliures d'infecció al final del seguiment. Entre les complicacions postoperatòries, un pacient amb dos episodis de luxació de maluc

que va ser resolt amb el canvi a un component amb sistema de retenció. Tots els pacients han manifestat millora del dolor pel que fa al seu estat preoperatori i en 3 dels casos són capaçs de realitzar marxa amb dispositius d'ajuda.

Conclusions

Si bé les indicacions d'una pròtesi femoral total són limitades, creiem que és una tècnica útil en casos seleccionats. Permet oferir una alternativa de reconstrucció en casos severos de patologia infecciosa periarticular on, d'una altra manera, l'única solució podria ser amputació o desarticulació de l'extremitat. Hem aconseguit excel·lents taxes de control de la infecció, bons resultats funcionals i escasses complicacions postoperatòries, el que ens motiva a oferir aquesta solució tècnica a pacients en situació límit.

P-82

OSTEOPOROSIS JUVENIL IDIOPÀTICA, UN ENFOCAMENT DIAGNÒSTIC

Ramírez Z., Daniel E. ; Subira, T.; Martínez, A.

Consorti Sanitari de Terrassa

Introducció i objectius

L'osteoporosi és una malaltia que es caracteritza per la disminució de la massa òssia amb alteració de la microarquitectura del teixit deixant una fragilitat amb augment del risc de fractures. En pediatria aquesta patologia és infreqüent, però en els últims anys a causa de les proves diagnòstiques disponibles tant en malalties cròniques com en nens sans ha augmentat la seva prevalença.

Material i mètode

A partir del diagnòstic d'un cas es realitza una revisió bibliogràfica sistemàtica obtenint 14 articles relacionats amb la OJI publicats entre 2005 i 2010, en què es van orientar els mètodes diagnòstics i tractament. Es presenta 1 cas clínic del nostre centre hospitalari diagnosticat d'osteoporosi juvenil idiopàtica després de realitzar estudis reumatològic, endocrí, traumatològic i radiològic.

Resultats

Després de la revisió bibliogràfica de 14 articles enfocats en mètodes diagnòstics i tractaments de l'osteoporosi en pediatria es van trobar 8 que inclouen la OJI com a causa d'osteoporosi primària, 1 article que orientava les troballes radiològiques, i un article que descriu l'enfocament terapèutic de la OJI. En el cas clínic que es presenta es troba en tractament amb calci i controls anuals, encara no s'ha obtingut una remissió completa de la malaltia ni un Z-score en la DMO normal, però està asimptomàtic.

Conclusions

La d'osteoporosi juvenil idiopàtica és una patologia poc freqüent de la qual s'han publicat poc més de 200 casos des que va ser descrita per Schippers el 1938, tot i ser una malaltia que normalment remet entre 3 i 4 anys d'evolució, el seu diagnòstic precoç i tractament adequat disminueixen les possibilitats de seqüeles i complicacions de la malaltia.

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.

CATEGORIES 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 avaluacions de 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, a més d'impresos, en suport informàtic per a facilitar la seva reproducció. Quan es presenti el manuscrit en suport informàtic, els autors deuen assegurar-se d'incloure una còpia impresa de la versió de l'article que està en el CD; copiar únicament la versió més recent del manuscrit, nomenar clarament l'arxiu, etiquetar el CD indicant el format i nom de l'arxiu.

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 el resultat més rellevant i significatiu 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 deuran ser numerades (amb números aràbics) consecutivament segons l'ordre d'aparició en el text amb la paraula (Fig). La grandària deuria ser de 13 x 18 cm, amb una qualitat que permeti la seva perfecta reproducció. En el seu inrevés, escrit a llapis, figurarà el número de figura corresponent, el títol de treball, les inicials dels autors i una fletxa que indiqui el sentit de col·locació. En les fotografies de preparacions histològiques deuria figurar el tipus de tinció i la magnificació. Cada figura es deuria acompanyar d'un peu d'il·lustració, escrit en un full separat i numerat d'acord a cada figura. S'enviaran 3 còpies de les mateixes.

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.

