

Vol.14 (2) 2017

Revista de
**Cirurgia Ortopèdica
i Traumatologia**





Revista de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia

DIRECTOR

Lluís Puig Verdie

CAP DE REDACCIÓ

Xavier Pelfort López

CONSELL DE REDACCIÓ

Guillem Bori Tuneu

Llorenç Mateo Oliveras

Lluís Puig Verdie

Karla Rodríguez Bascones

Pere Torner Pifarre

SECRETÀRIA DE REDACCIÓ

Esther Torres: e.torres@torrespardo.com

EDITA

Societat Catalana de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia

Vol. (2) 2017

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

D.L.: B-22.782-2010

Imprès a Mozart Art S.L.

Maquetat a Tractament i ajuda gràfica, S.L.

Continguts

| | |
|--|----|
| COMUNICACIONS ORALS | 5 |
| MILLORS COMUNICACIONS ORALS | 33 |
| CARTELLS CIENTÍFICS | 39 |
| MILLORS CARTELLS CIENTÍFICS | 65 |
| NORMES EDITORIALS | 72 |

COMUNICACIONS ORALS

ESPATLLA

Dijous 11

Sala Plenària - 15:00 - 16:00

Orals: CO-01 - CO-06

Moderadors: Fernández Bautista, Alejandro
Rius, Xavier

CO-01 / 15:00 - 15:10

RESULTATS PRELIMINARS: ESTUDI COMPARATIU ENTRE LA MANIOBRA DE SPASO PER A LES LUXACIONS ANTERIORS D'ESPATLLA I LA MANIOBRA AUTOASSISTIDA DE BOSS-HOLZACH-MATTER.

Francesc A. Marcano Fernández, Francesc Acerboni Flores, Ferran Fillat Gomà, Mariano Balaguer Castro, Pere Torner Pifarré

Hospital Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

Introducció i objectius

La reducció d'una luxació anterior d'espalla aguda continua sent un tema polèmic. S'utilitzen diferents maniobres en funció de les preferències del cirurgià, i totes elles presenten avantatges i desavantatges pel que fa al dolor, l'índex d'èxit i el temps que es requereix per tractar-les al servei d'urgències. L'objectiu d'aquest estudi consisteix a comparar el dolor subjectiu que se sent en aplicar una maniobra autoassistida per el mateix pacient i el que se sent si la maniobra l'aplica un metge amb experiència.

Material i mètodes

Estudi prospectiu aleatoritzat que inclou totes les luxacions anteriors d'espalla agudes tractades al servei d'urgències des del maig de 2015 fins a l'agost de 2016. Els criteris d'inclusió eren els següents: tenir entre 18 i 60 anys i haver acceptat participar en l'estudi. Es van excloure de l'estudi les luxacions inveterades, les luxacions associades a fractures i els pacients que es van negar a participar-hi.

Es va assignar de manera aleatòria als pacients que complien els criteris d'inclusió a un dels grups següents: al grup SP es va assignar la maniobra de Spaso, en què el metge de guàrdia

guia activament el procés de reducció, i al grup BHM es va assignar la maniobra autoassistida (Boss-Holzach-Matter), en què la reducció la duia a terme el mateix pacient.

El dolor experimentat pel pacient mentre s'aplicava la maniobra de reducció (variable principal) es va registrar mitjançant una escala analògica visual (0-10).

També es van registrar altres dades com ara les característiques demogràfiques, l'existència de luxacions prèvies, el mecanisme de trauma, possibles complicacions i el temps per dur a terme la reducció.

Resultats

Dels 159 pacients que es van inscriure a l'estudi de manera prospectiva durant un període de 14 mesos, 83 no complien els criteris d'inclusió, 20 no van acceptar participar-hi i 15 es van perdre. En total, es van aleatoritzar 41 luxacions anteriors d'espalla agudes; 19 es van assignar al grup SP i 22 al grup BHM.

El dolor experimentat durant la reducció es va mesurar per mitjà d'una escala analògica visual. Segons els resultats, és significativament inferior en el grup BHM. En el grup SP la mitjana de dolor va ser del 5,1 (SD= 2,73) i en el grup BHM va ser del 3,2 (SD=2,31) (p= 0,011).

El temps per dur a terme la reducció també és inferior amb la maniobra autoassistida. La mitjana de temps per al grup SP va ser de 5:05 minuts (SD= 279,2 segons) i per al grup BHM va ser de 2:21 minuts (SD= 128,9 segons) (p=0,008).

D'altra banda, no es van observar diferències significatives entre els dos grups de tractament pel que fa a edat, sexe, luxacions recorrents, mecanisme de luxació o possibles complicacions.

De la mateixa manera, tampoc es va observar cap diferència significativa quant a percentatge d'èxit: el percentatge d'èxit del grup SP va ser de 12 sobre 19 (63,2%) i el del grup BHM va ser de 16 sobre 22 (72,7%) (p= 0,6438).

Conclusió

En comparació amb la maniobra de Spaso, la maniobra autoassistida causa menys dolor i requereix menys temps per aconseguir reduir una luxació anterior d'espalla; a més, el percentatge d'èxit és el mateix.

Malgrat això, cal fer un seguiment durant un període de temps més llarg per aclarir si la maniobra autoassistida afecta d'alguna manera l'índex de recurrència.

CO-02 / 15:10 - 15:20

INFLUEIXEN L'ANSIETAT I LA DEPRESSIÓ EN EL DOLOR, LA FUNCIO I LA QUALITAT DE VIDA DELS PACIENTS AMB PATOLOGIA D'ESPATLLA?

Marina Renau Cerrillo, Elisa Cassart Masnou, Leonardo Ruiz Macarrilla, Mònica Pèlach Nadal, Jose Antonio Hernández Hermoso
Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona

Introducció i objectius

En la patologia d'espatlla la coexistència dels estats d'ansietat i depressió s'associa a pitjors resultats en la funcionalitat i en la qualitat de vida prequirúrgiques en els pacients amb ruptura de la còfia rodadora, i a un pitjor resultat funcional postquirúrgic en els pacients afectes de síndrome subacromial.

L'objectiu de l'estudi és valorar la influència de l'ansietat i la depressió en l'estat funcional previ a la cirurgia dels pacients afectes de patologia d'espatlla.

Material i mètodes

Des de l'octubre de 2015 a l'octubre de 2016 es van incloure prospectivament 121 pacients consecutius afectes de patologia crònica d'espatlla valorats com a primera visita a la unitat d'espatlla del nostre centre. Es van incloure pacients diagnosticats per clínica, exploració física i exploracions complementàries (radiografia simple i ressonància magnètica) de: síndrome subacromial, ruptura de còfia rodadora, artropatia glenohumeral i luxació recidivant d'espatlla. Es van excloure pacients amb antecedents de cirurgia prèvia o fractura de l'espatlla afecta, pacients amb malalties psiquiàtriques majors, pacients amb altres diagnòstics i pacients que no van acceptar participar a l'estudi.

Es van recollir dades de: edat, sexe, IMC, dominància, situació laboral, activitat esportiva, tractament actiu amb fàrmacs antidepressius o ansiolòtics, temps d'evolució de la patologia i tractaments previs realitzats. La valoració funcional es va realitzar mitjançant els tests de Constant i DASH. La detecció de l'estat afectiu es va realitzar mitjançant el qüestionari HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Tots realitzats el mateix dia de la visita.

Es va analitzar estadísticament la influència dels símptomes d'ansietat i depressió en funció del diagnòstic.

Resultats

Es van incloure 18 casos d'artropatia, 15 de luxació recidivant, 38 ruptures de manegot i 50 casos de síndrome subacromial. El resultat global del test de Constant va ser de 52,26 per als pacients negatius en la subescala d'ansietat i de 37,02 per als pacients positius, amb diferències estadísticament significatives ($p=0,0011$). Per a la subescala de depressió la puntuació va ser de 50,98 en els pacients negatius i de 33,13 en els positius, amb diferències estadísticament significatives ($p=0,01$).

Les mateixes diferències es van presentar en els test de DASH amb una $p<0,001$ en ambdues subescales.

En els pacients afectes de síndrome subacromial no es van evidenciar diferències significatives en la puntuació del test de Constant entre els pacients positius i negatius en la subescala d'ansietat ($p=0,28$) ni en la subescala de depressió ($p=0,2$). En el test DASH si que es van trobar diferències significatives en la subescala d'ansietat ($p=0,022$) i en la de depressió ($p=0,003$).

En els pacients afectes de ruptura de còfia rodadora es van apreciar diferències estadísticament significatives en els test de Constant entre els dos grups en ambdues escales (subescala ansietat $p=0,009$ i subescala depressió $p=0,01$). Els mateixos resultats es van obtenir en el test de DASH, subescala ansietat $p=0,01$ i en la subescala de depressió $p=0,006$.

En ambdós diagnòstics no es van trobar diferències significatives en la puntuació del dolor entre els pacients positius i negatius per a ambdues subescales.

Conclusió

Els estats d'ansietat i depressió afecten significativament a l'estat funcional prequirúrgic de pacients afectes de patologia d'espatlla crònica, especialment en pacients afectes de ruptura de còfia rodadora.

Un adequat diagnòstic i tractament d'aquests estats podria contribuir a millorar l'estat funcional i els resultats de la cirurgia.

CO-03 / 15:20 - 15:30

COMPLICACIONS PERIOPERATÒRIES EN FRACTURES D'HÚMER PROXIMAL TRACTADES AMB PRÒTESI INVERTIDA. REVISIÓ DE LA NOSTRA SÈRIE.

Laura Noguera Alonso, Rocio Gabriele Montenegro, Camila Chanes Puiggros, Alexandru Mihai Petrica, Luis Trigo Lahoz
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Introducció i objectius

La utilització de pròtesis invertides per al tractament de les fractures complexes de l'húmer proximal de l'ancià s'ha estès i consolidat en els últims anys. Tot i això, pacients amb baixa demanda funcional, co-morbiditats o bé per elecció poden ser tractats amb bons o acceptables resultats mitjançant un tractament conservador, el qual estalviaria els potencials riscos de la cirurgia, o mitjançant pròtesis parcials.

L'objectiu del nostre estudi és revisar els problemes i complicacions perioperatòries, mèdiques i articulars de 37 pacients intervinguts de Pròtesi Invertida per fractures de l'húmer proximal al nostre centre.

Material i mètodes

Des de 2011 a 2016, revisem els pacients intervinguts per fractures complexes (3 o 4 parts de Neer o conminució postero

medial severa) d'húmer proximal mitjançant pròtesis invertida. Es va realitzar una revisió de la història clínica de tots els pacients i de les seves radiografies. Es van avaluar complicacions en la primera setmana, als 90 dies i als 6 mesos del seguiment.

Resultats

37 pacients (38 espatlles). La distribució per sexes va ser 8 homes i 29 dones i l'edat mitjana va ser 80 anys (70-89). Segons la classificació ROSTEIX de l'American Society of Anesthesiologists que avalua l'estat de salut per a l'anestèsia, en la nostra sèrie 17 pacients van ser classificats com ROSTEIX 3, 19 com ROSTEIX 2 i 2 com ROSTEIX 1. El nombre de complicacions mèdiques i articulars totals han estat 8 casos, (taxa del 21%). Hem detectat 2 complicacions mèdiques menors perioperatòries (5%). El nombre de complicacions articulars majors als 90 dies ha estat de 3 (7%), 2 infeccions periarticulars que van requerir desbridament i una luxació protèsica (Antecedent de Parkinson). El nombre de complicacions articulars majors en el total del seguiment ha estat de 4 casos (10,5%) incloent una fractura periprotèsica. En 6 dels nostres casos es va precisar transfusió de hematies durant l'ingrés (15%).

Conclusió

La taxa global de complicacions majors en la nostra sèrie (10,5%) és lleugerament superior al descrit en la literatura, encara que no massa, potser per la mida de la mostra. No hem tingut cap complicació mèdica greu en el perioperatori immediat, ni en els primers 3 mesos. La relativament baixa taxa de transfusió en els nostres casos (15%) ens fa dubtar de la necessitat de l'ús de mides addicionals per prevenir l'anèmia postoperatoria. No hem detectat relació directa entre el ROSTEIX i l'aparició de complicacions en la nostra sèrie. Creiem important destacar que tots els pacients havien estat seleccionats, doncs se'ls considerava candidats pel seu estat funcional i la seva absència de patologies mèdiques greus o descompensades. Considerem aquests resultats són raonablement satisfactoris per continuar utilitzant aquest tractament en els nostres pacients.

CO-04 / 15:30 - 15:40

MANEIG DE LES FRACTURES DE TERÇ MIG DE CLAVÍCULA. HEM D'OPERAR-LES?

Eva Cases Rodríguez, Xavier Piqueres García, Maria Vall Camell, Josep Anton Guillen Álvaro, Elena Melendo Pérez, Enric Cruz Olivé

Hospital General de Granollers, Barcelona

Introducció i objectius

Les fractures de clavícula són una de les lesions més comuns al voltant de la cintura escapular. S'ha registrat que les fractures de clavícula representen un 2.6% de totes les fractures. Les

fractures de terç mig són les més comuns i representen el 80-85% de totes les fractures de clavícula. El tractament quirúrgic i no quirúrgic s'ha descrit com a possible mètode de maneig d'aquest tipus de fractures. No hi ha consens en l'elecció definitiva del tractament.

L'objectiu del nostre estudi és revisar els resultats del maneig de les fractures de terç mig de clavícula tractades de forma quirúrgica i comparar-ho amb els resultats de la literatura.

Material i mètodes

Estudi retrospectiu, en el que es revisen 108 pacients, 12% dones i 78% homes, amb edats entre 15-81 anys, amb edat mitjana de 39 anys, Criteris d'inclusió: fractura de terç mig de clavícula amb desplaçament superior a 1 cm, tractades de forma quirúrgica amb osteosíntesi amb placa, entre el 1 de gener de 2010 i el 31 de desembre del 2015, amb un seguiment posterior mínim d'un any. Criteris d'exclusió: fractura prèvia de la mateixa clavícula. Recollim variables epidemiològiques, característiques de la fractura, complicacions (retard de consolidació, no-unió, infecció, dehiscència, molèsties del material OS, reintervencions, etc), la funció de l'espatlla, recuperació de l'activitat esportiva i el grau de satisfacció del pacient (molt satisfet, satisfet, poc satisfet, gens satisfet).

Resultats

La taxa de complicacions ha estat del 8%.

La incidència de pacients que requereixen una segona cirurgia no és despreciable, sobretot per la retirada del material d'osteosíntesi (47%) i en menor mesura per realització d'una re-osteosíntesi per manca de consolidació, fallida de l'osteosíntesi o refractura (7%). No s'han reportat complicacions relacionades amb l'acte quirúrgic. La majoria de pacients han pogut retornar a les seves activitats habituals. Dolor tolerable i funció restablerta (100% amb Constant >80) i tornada a l'activitat esportiva (100%). El grau de satisfacció també ha estat molt elevat (100% satisfet o molt satisfet). S'han registrat unes pèrdues en el seguiment del 3%.

Conclusió

En pacients amb fractures de terç mig de clavícula desplaçades, amb tercer fragment o comminutes, la fixació amb placa sembla que augmenta lleugerament les possibilitats de consolidació i permet una mobilització precoç, facilitant la recuperació funcional, estalviant la immobilització perllongada de la cintura escapular a la que obliga el tractament conservador, assumint uns riscos quirúrgics acceptables i un índex de reintervenció no despreciable (50%)

Es necessiten estudis multicèntrics prospectius controlats i randomitzats per poder definir les indicacions estrictes del tractament quirúrgic vs conservador dels pacients amb fractures agudes del terç mig de clavícula.

CO-05 / 15:40 - 15:50

FRACTURES DE CAPITELLUM. LA NOSTRA EXPERIÈNCIA.

Marc Garriga Santamaria, Alejandro Fernández Bautista, Alfred Dealbert Andres, Llorenç Mateo Olivares
 Consorci Sanitari del Garraf, Sant Pere de Ribes, Barcelona

Introducció i objectius

Les fractures de capitellum són poc freqüents i estan produïdes habitualment per traumatismes de baixa energia com a resultat d'una compressió directa del cap de radi en hiperextensió o semiflexió del colze. Entorn a un 40% presenten lesions associades com la lesió del lligament colateral lateral o la fractura del cap de radi.

Material i mètodes

Presentem una sèrie de 8 fractures de capitellum en 8 pacients tractades al nostre hospital entre agost del 2012 i gener del 2017 mitjançant una reducció oberta i osteosíntesi.

Resultats

Tots els pacients van presentar una consolidació de la seva lesió obtenint una articulació estable i funcional que va permetre el retorn a la seves activitats de la vida diària, tant laboral com de lleure.

Conclusió

Les fractures de capitellum són lesions complexes amb un alt índex de lesions associades.

Identificar aquestes lesions així com una bona tècnica quirúrgica és important per l'obtenció de bons resultats postoperatoris.

CO-06 / 15:50 - 16:00

PRÒTESI DE RECOBRIMENT EN EL TRACTAMENT DE L'ARTROSI D'ESPATLLA.

Jordi Huguet Boqueras, Sergi López Hervas, Mònica Salomo Domenech, Ferran Fillat Gomà, Mariano Yuguero Rodríguez

HU Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

Introducció i objectius

La artroplàstia glenohumeral mitjançant la pròtesi de recobriment ofereix els avantatges de ser una opció en el tractament de l'artrosi preservant un major estoc ossi en vistes a possibles cirurgies de revisió, ser una opció en el tractament de l'artrosi posttraumàtica amb deformitat metafisària que impedeixi o dificulti la col·locació d'una tija humeral i representar una intervenció quirúrgica més curta i menys agressiva, que s'assumeix podria ser millor tolerada per malalts d'edat avançada.

No obstant això, és una hemiarthroplàstia i no està exempta de provocar usura de la glena que ens pot dificultar la conversió en una pròtesi total. D'altra banda, no és fàcil aconseguir l'offset planificat, apreciand en ocasions una sobredimensió de la pròtesi.

Objectiu de l'estudi: determinar si hi ha correlació estadísticament significativa entre la col·locació de la pròtesi, la usura de la glena i l'evolució clínica i funcional dels pacients

Materials i Mètodes

Presentem un estudi observacional en el qual es van incloure 22 dels 54 pacients als quals se'ls va col·locar una pròtesi de recobriment d'espatlla (Depuy) entre 2007 i 2011, avaluant els resultats clínics (dolor, balanç articular), funcionals (Subjective Shoulder Value -SSV-) i radiològics (angle cervicodifisari, variació del centre de rotació teòric, altura de l'implant i usura de la glena,) al final del seguiment.

Resultats

Els nostres resultats després d'un mínim de cinc anys de seguiment s'assemblen a les sèries publicades fins a la data, amb una millora significativa en el SSV per a tots els pacients estimant una espatlla de valor 76/ de 100, independentment de la patologia de base i d'altres variables secundàries estudiades, i un rang de mobilitat (113º/ 38/ ma-sacra) i dolor (EVA 3 en activitat 0 en repòs) que permet la seva autonomia en la realització d'activitats bàsiques. La usura de la glena, similar també a dades d'estudis previs, no resulta clínicament significativa en la nostra mostra ates la edat dels pacients.

Es tornaria a operar 96%.

Conclusió

Aquest tipus d'artroplàstia s'ha mostrat útil en el tractament de l'artropatia glenohumeral avançada, tant primària com secundària a altres processos patològics. S'obté una millora del dolor i un rang de mobilitat igual o superior al preoperatori, amb el que els pacients presenten habitualment més facilitat per desenvolupar les seves activitats bàsiques de la vida diària.

MALUC-TRAUMA

Dijous 11

Sala 2 - 15:00 - 16:00

Orals: CO-07 - CO-12

Moderadors: Dealbert, Alfred
Valera, Marius

CO-07 / 15:00 - 15:10

BLOQUEIG ILIO-FASCIAL EN L'ANALGESIA DE LA FRACTURA DE FÈMUR PROXIMAL A URGÈNCIES.

Marga Veloso Duran, Pablo Castellón Bernal, Margarita Novellas Canosa, Laura Puertas Molina, Saioa Quintas Álvarez, Francesc Angles Crespo
Fundació Mútua de Terrassa, Barcelona

Introducció i objectius

La major part dels pacients amb fractura de maluc presenten dolor intens a la seva arribada a Urgències. Tradicionalment, el tractament s'ha basat en la utilització de AINE's, analgèsics i opiacis que freqüentment presenten efectes secundaris. Una alternativa és l'anestèsia regional.

La unitat d'ortogeriatria va implementar un protocol per aquests pacients: analgèsia precoç, bloqueig ilio-fascial i cirurgia en menys de 24 hores. L'objectiu és avaluar l'eficàcia analgèsica del bloqueig ilio-fascial realitzat a Urgències a pacients de més de 65 anys amb diagnòstic clínic de fractura de fèmur proximal.

Material i mètodes

Entre gener i desembre 2016, 216 pacients van ingressar a Urgències amb diagnòstic de fractura de fèmur proximal. Les dades van ser recollides prospectivament. Variables analitzades: dolor en arribar a Urgències i 15-30 minuts després del bloqueig (EVA o PAINAD), necessitat de rescat i EVA, compliment del protocol, demora en inici del protocol, demora per la intervenció quirúrgica, edat, sexe, A.S.A i tipus de fractura.

Resultats

L'edat mitjana dels pacients va ser 84 anys (SD = 7.005). El 84% eren dones. El 72% eren A.S.A.III. 62 casos eren fractures extracapsulars. L'EVA mitjà pre-bloqueig va ser de 6,16 (SD = 2,82) i post-bloqueig de 3,17 (SD = 2,69) ($P < 0,00001$). La taxa de compliment del protocol analgèsic va ser del 84,25%. El bloqueig es va administrar en 15,41 minuts de mitjana (SD = 9,19). La mitjana de demora per la intervenció quirúrgica va ser 1 dia (RIQ 25%-75%:1-2). Per a la comparació de les mitjanes de les variables quantitatives es va utilitzar el test de comparació de mitjanes aparellades mitjançant l'estadístic t.

Conclusió

El bloqueig iliofascial és una tècnica analgèsica reproduïble, efectiva i segura. Pot constituir un pilar fonamental en l'estratègia analgèsica dels pacients amb fractura de maluc. Els altres dos pilars inclouen l'analgèsia precoç i la disminució de la demora per a la intervenció quirúrgica.

CO-08 / 15:10 - 15:20

LUXACIÓ ALTA DE MALUC: ARTROPLÀSTIA TOTAL DE MALUC AMB OSTEOTOMIA SUBTROCANTÈREA DE FÈMUR.

Iñaki Mimendia Sancho, Víctor Barro Ojeda, Diego Collado Gastalver, Andrea Sallent Font, Albert Gargallo Margarit, Alejandro Hernández Martínez
Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona

Introducció i objectius

L'artroplàstia total de maluc en la displàsia tipus luxació alta presenta grans dificultats en la restauració de la biomecànica del maluc, en l'elecció del tipus d'osteotomia i en l'elecció dels implants. L'acetàbul primitiu és hipoplàsic, insuficient i difícil de localitzar. Les tècniques de reconstrucció acetabular inclouen còtils petits, empelt d'os estructural i medialització del component acetabular.

D'altra banda el fèmur és hipoplàsic, antever i de canal estret. Les tècniques de reconstrucció femoral inclouen l'osteotomia femoral i la utilització de tiges femorals a mida, modulars, cuneiforms, cilíndriques i còniques.

L'estabilitat de l'osteotomia és un factor important i sovint precisa de l'ús de cables o plaques.

L'objectiu d'aquesta comunicació és presentar la nostra experiència en aquest tipus de displàsia amb l'ús d'una tija de geometria cònica associada a una osteotomia subtrocantèrica d'escurçament i un còtil hemisfèric petit.

Material i mètodes

Cohort consecutiva de 17 malucs en 13 pacients, que van ser diagnosticats com displàsia de maluc tipus luxació alta (Crowe tipus IV) entre 2008 i 2015.

Tots els malats van ser dones entre 35 i 44 anys (mitjana 39 anys).

Es va realitzar una avaluació clínica preoperatoria, als 3 i 6 mesos, al primer any i al final del seguiment postoperatori que inclou el test de Harris (HHS), el test d'Oxford (OT), les complicacions i la dissimetria.

L'avaluació radiològica va incloure l'allargament de l'extremitat, el temps de consolidació de l'osteotomia, la restauració biomecànica del centre de rotació, l'enfonsament de la tija i la presència de radioluscències.

Resultats

La mitjana de seguiment va ser de 55 mesos (12-102). El HHS (77,62) i el OT (24,1) van millorar significativament en el postoperatori.

La longitud mitjana de l'osteotomia va ser de 3,4 cm.(3-4,5)

El descens mitjà del centre de rotació va ser de 5,8 cm (4,5-7,2)

El temps mitjà de consolidació va ser de 5,5 mesos (4-7)

Com complicacions van tenir 1 luxació i un allargament excessiu que van requerir re-intervenció quirúrgica.

Conclusió

L'artroplàstia total de maluc en la displàsia tipus luxació alta és un repte quirúrgic. El descens del centre de rotació requereix una alliberació extensa dels teixits tous i sovint un escurçament de la diàfisis femoral. A nivell de l'acetàbul, és necessari l'ús de còtils hemisfèrics petits i de tècniques de reconstrucció acetabular per augmentar la cobertura. A nivell del fèmur, és recomanable realitzar una osteotomia d'escurçament. Deformitats del fèmur tals com una anteversió excessiva i l'estretament del canal femoral aconsellen l'ús de tiges d'anclatge diafisari. Les tiges de geometria cònica asseguren un anclatge diafisari ferm i resistència a la torsió degut a les seves estries longitudinals. Per aquest motiu ofereixen al mateix temps una excel·lent estabilitat primària en ambdós fragments de l'osteotomia femoral evitant l'ús de plaques o cables per estabilitzar-la.

CO-09 / 15:20 - 15:30

CARGOLS DE BLOQUEIG DISTAL EN TIGES MODULARS PER A REVISIÓ D'ARTROPLÀSTIA TOTAL DE MALUC EN DEFECTES OSSIS SEVERS.

Aleix Sala Pujals, Alfonso León García, Marc Tey Pons, Vito Andriola, Nerea Goicoechea Sabada, Fernando Marqués López

Hospital del Mar, Barcelona

Introducció i objectius

Les revisions de tija en casos amb un istme de fèmur insuficient (Paprosky IIIB i IV) o en fractures periprotèsiques Vancouver tipus B3 amb fractura de l'istme són rares però representen un repte important. En casos amb defectes Paprosky IIIB i IV, les revisions de tija amb fixació proximal sense ciment no es poden considerar per la pèrdua òssia extensa, i els de fixació distal recoberts amb hidroxiapatita tenen alts índexs de fracàs.

L'objectiu d'aquest treball consisteix en examinar si les tiges de revisió modulars no cimentades (Revitan curved; Zimmer GmbH, Winterthur, Switzerland) són adequades per a revisions de tija amb defecte de l'istme quan es fixen amb cargols de bloqueig distal.

Material i mètodes

Es va dissenyar un estudi prospectiu amb 27 pacients sotmesos a revisió de tija amb el sistema Revitan curved amb fixació distal amb cargols

Es va utilitzar el test Postel Merle d'Aubigné (MAP) per a avaluar la millora clínica. Es va utilitzar la classificació de Paprosky per a quantificar el grau de defecte femoral i la classificació d'Engh per a avaluar la fixació biològica de la tija.

Per l'anàlisi estadístic es va utilitzar el sistema SPSS per a Windows. El nivell de significació es va establir en $P < .05$.

Resultats

La cohort incloïa 16 homes i 12 dones amb una edat mitja de 74 anys (45-90). Durant un període de seguiment de 40 mesos (12-81), hi va haver 4 aflixaments de tija i 3 ruptures de cargols distals, dos dels quals perquè la tija era massa estreta. D'acord amb Engh et al, la fixació òssia de la tija es va produir en 18 casos i una fixació fibrosa estable en 5 casos. Hi va haver dos infeccions superficials i una infecció profunda que va requerir recanvi en dos temps. El MAP va augmentar d'11.26 punts en el preoperatori a 14.98 punts als 12 mesos.

Conclusió

El concepte de fixació addicional amb cargols de bloqueig distal és una opció de tractament útil pels casos d'artroplàstia de revisió amb defecte de l'istme.

CO-10 / 15:30 - 15:40

FUTBOLISTES I DEFORMITATS DE MALUC. ANGLE ALPHA DEL FÈMUR.

Roberto Seijas Vázquez¹, Pedro Álvarez Díaz¹, Óscar Ares Rodríguez², David Barastegui Fernández¹, Eduard Alentorn Geli¹, Ramón Cugat Bertomeu¹

¹ Universitat Internacional de Catalunya Mutualitat Catalana de Futbolistes, Barcelona

² Hospital Teknon Barcelona Hospital Clínic Barcelona Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona

Introducció i objectius

El pinçament femoroacetabular és una patologia biomecànica del maluc descrita fa poc temps. Les deformitats tant de la transició entre el cap i el coll femorals com la sobrecobertura acetabular, produeixen un conflicte mecànic a l'articulació, que té com elements patidors tant el labrum acetabular com el cartílag. Si bé no es coneixen amb precisió les causes d'aquestes anomalies de la normalitat, sí s'accepten que tenen relació a la patologia del pinçament, i que poden evolucionar cap a un procés degeneratiu artròsic.

Certes activitats físiques i esportives s'han vist relacionades amb una sol·licitació més gran de l'articulació del maluc i

també s'han relacionat amb una major freqüència en patologia de maluc.

L'angle alpha ens dona un valor del grau de deformitat a l'interval cap coll del fèmur, a nivell radiològic, orientant aquest maluc a una possibilitat major de presentar un pinçament femoroacetabular, en concret de la variant tipus cam de la deformitat femoroacetabular.

Les dades sobre poblacions generals situen l'angle alpha patològic ($>55^\circ$) entre el 10 i el 15% de la població. En esports, sobretot futbolistes, aquestes xifres poden superar el 40%.

Aquest treball avalua els valors de l'angle alpha en futbolistes asimptomàtics i futbolistes afectes de patologies freqüents per la seva relació amb l'esport, com meniscopaties, ruptures de lligament creuat anterior, osteopaties dinàmiques de pubis i òbviamment pinçament femoroacetabular.

Material i mètodes

En col·laboració amb la Mutualitat de Futbolistes de la Real Federación Española de Fútbol, s'han generat una sèrie d'estudis al marc d'investigació del maluc. S'ha recollit de forma prospectiva mitjançant radiografies de pelvis a diversos grups de futbolistes: pacients amb ruptura meniscal, ruptura de lligament, pubalgia i pinçament femoroacetabular. Tots ells al marc dels estudis preoperatoris es van fer estudi radiològic de la pelvis on es va mesurar l'angle alpha. De forma paral·lela es van fer radiografies en un grup de 20 futbolistes entre 12 i 14 anys per valorar les deformitats dels seus malucs al marc d'un estudi sobre pacients asimptomàtics. Tots els estudis es van fer sota autorització i consentiment informat tant dels pacients com dels pares o tutors si eren menors d'edat.

Resultats

Dels 5 estudis d'avaluació de maluc amb radiografies s'observa que els pacients asimptomàtics entre 12 i 14 anys presenten angles alpha $>55^\circ$ al 32% dels casos (població de 20 individus). Els pacients operats per patologia meniscal la taxa era del 42.86% d'angle patològic, sense diferències entre ambdós malucs. Als lesionats del LCA (15 malalts) eren del 60% d'angle anormal de forma global. Si analitzem per costat, ens trobem que el maluc del mateix costat que el lligament lesionat és anormal el 86%, mentre que el contra lateral és el 46%. A la patologia de pubis, sobre una població de 51 pacients, és el 88.2% de patològic, mentre que la freqüència en operats de pinçament femoroacetabular era del 100% (21 malalts).

Conclusió

Aquests estudis observacionals destaquen que la població adolescent futbolista presenta unes taxes d'angle alpha anormalment altes, sobre el 32%, mentre que en edat adulta presenta unes taxes d'angle alpha sobre els 40° , que també s'observen als malucs dels pacients amb patologia meniscal i als lesionats de creuat anterior al costat contra lateral, amb

unes xifres pràcticament iguals. Al costat homolateral dels lesionats de lligament creuat anterior les xifres són del 86%, mentre que els pubis són el 88,2% i els FAI el 100%.

Malgrat aquest treball presenta estudis descriptius, les anomalies de l'angle alpha podrien tenir relació amb alteracions del patró de marxa i mobilitat que podrien afavorir patologies típiques a la pràctica del futbol com la lesió de lligament creuat anterior, menisc, pubalgia o FAI.

CO-11 / 15:40 - 15:50

REVISIÓ DE FRACTURES PÈLViques I ACETABULARS QUIRÚRGiques EN ELS ÚLTIMS 18 ANYS.

Vanessa Ros Munné, Joel Sánchez Fernández, Albert Soler Cano, Ramón Girvent Montllor, Pere Torner Pifarré
Hospital Universitari Parc Taulí de Sabadell, Barcelona

Introducció i objectius

Les fractures de pelvis són les lesions òssies més greus per l'alta taxa de complicacions i mortalitat que tenen. En la pràctica general no són molt freqüents (3%) però creix l'incidència en el politraumàtic al igual que les fractures de cotilla, augmentant la seva incidència fins un 20%.

Fractura pèlvica, fractura de cotilla o les dues lesions en combinació, representen sens dubte un repte diagnòstic i terapèutic per la nostra especialitat.

Per això, hem volgut analitzar la nostra experiència en el maneig d'aquests pacients durant els últims 18 anys.

Material i mètodes

Es tracta d'un estudi retrospectiu que recull 88 pacients intervinguts quirúrgicament de fractura pèlvica, fractura acetabular o ambdues lesions en el nostre centre des del 1999 fins el 2016.

Resultats

Hem intervingut quirúrgicament 31 fractures de cotilla, 45 pèlviques i 12 fractures de pelvis associades a fractures acetabulars nomenades com Tile D.

Amb una edat mitja de 41 anys predominantment homes, l'accident de trànsit és el més freqüent seguit de les precipitacions. Es van detectar 12 fractures obertes i múltiples lesions associades en el 82% dels casos.

El 30% dels pacients van estar inestables hemodinàmicament i fins un 73% va rebre transfusió sanguínia. En 24 pacients es va requerir la realització d'arteriografia i 20 d'ells es van embolitzar.

Es van realitzar 8 packing pèlvics, 14 laparotomies i 6 colostomies de descàrrega.

Tots els pacients inestables hemodinàmicament es van cinxar i només es van col·locar 19 fixadors externs.

Les fractures de cotila es van intervenir sobretot durant la segona setmana d'ingrés, les fractures pèlviques amb més variabilitat i les fractures Tile D a partir de la tercera setmana postraumatisme.

Hem registrat 22 infeccions (25%) directament relacionades amb les següents variables (fractura oberta, abordatge quirúrgic combinat, rebre transfusió sanguínia, realització de procediments invasius com embolització, packing, laparotomia i colostomia), on s'ha calculat una OR amb un interval de confiança del 95% essent els resultats estadísticament significatius.

Malauradament, 14 pacients van patir una reintervenció i 10 fractures de cotila han acabat en PTM després d'uns anys.

Conclusió

Els pacients politraumàtics amb fractures pèlviques i/o acetabulars han de rebre una atenció multidisciplinària (anestesiologia, traumatologia, cirurgia general, radiologia intervencionista) tant en la fase inicial de resucitació, com en la segona fase quan el pacient està estable i requereix una estabilització definitiva de les seves lesions.

L'estudi d'aquests pacients ens serveix per ampliar els nostres coneixements i així millorar la seva atenció.

CO-12 / 15:50 - 16:00

VÀSTAG CURT TAPERLOC MICROPLASTY: RESULTATS AMB UN SEGUIMENT MIG DE 57.6 MESOS.

María Luisa Fontalva Guerrero, Jordi Cuñé Sala, Pablo Del Amo Génova, Laura García Nuño, Lluís Font Vizcarra, Juan Castellano Robles

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

Introducció i objectius

L'ús de vàstags curts ha guanyat popularitat als últims anys, al tractar-se d'un procediment que permet una major conservació del stock ossi, facilita la implantació mitjançant miniabordatges, així com també, teòricament facilitaria el procediment de revisió.

L'objectiu del present és la revisió dels nostres resultats en l'ús de vàstag curt.

Material i mètodes

Estudi descriptiu retrospectiu que recull des d'octubre de 2010 a novembre de 2014, les cirurgies a les que vam implantar 38 vàstags curts tipus TaperLoc Microplasty, en 6 dels quals va ser bilateral, amb un seguiment mig de 57.6 mesos (rang de 27-77 mesos). L'edat mitja dels pacients va ser de 54 anys (rang 28-67 anys), amb distribució per sexes de 20 homes i 14 dones.

La indicació principal va ser la coxartrosi primària en 31 casos. L'etiologia de la resta va ser: osteonecrosi del cap femo-

ral, coxartrosi secundària i recanvi d'una pròtesi tipus Resurfacing. La lateralitat: Dreta 23 i esquerra 16.

La via d'abordatge va ser posterolateral en tots els casos.

L'avaluació clínica i funcional es va realitzar mitjançant l'escala de Harris prequirúrgica i final. Per a la valoració radiològica es van utilitzar projeccions anteroposteriors per a mesurar l'enfonsament femoral, agafant un punt de referència fixe per a cada pacient (trocànter menor o línia biisquiàtica).

Resultats

El resultat funcional seguint l'escala de Harris va ser una milloria funcional passant d'una puntuació prèvia a la cirurgia de 51 a 96 a l'últim control.

L'estudi radiogràfic a l'últim control es va constatar fixació estable a tots els implants, encara que 2 casos han presentat un enfonsament del vàstag de 4 i 8 mm al primer any, que no han progressat.

Es va presentar 1 complicació intraoperatòria, una fractura periprotèsica de fèmur que es va tractar de forma conservadora (observada al control del 2n mes: corresponent a la pacient amb enfonsament de 8 mm) i sense repercussió clínica.

Les complicacions postoperatòries van ser: 1 Luxació al postoperatori immediat, solventada mitjançant reducció tancada i sense problemes posteriors.

Conclusió

La nostra revisió té una taxa de supervivència bona (100%) amb un seguiment encara curt, i amb una taxa de complicacions baixa.

GENOLL-1

Dijous 11

Sala 3 - 15:00 - 16:00

Orals: CO-13 - CO-18

Moderadors: *García de la Fuente, Juan Pedro
Castillo, Félix*

CO-13 / 15:00 - 15:10

NECESSITAT DE RESERVA DE SANG A LA PRÒTESIS TOTAL DE GENOLL.

Jorge Núñez Camarena, Marcelo Casaccia, María Mercedes Reverté Vinaixa, Joan Minguell Monyart, Nayana Joshi Jubert, Enric Castellet Feliu
Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona

Introducció i objectius

Una de les complicacions més freqüents de la pròtesi total de genoll és l'hemorràgia intraoperatòria. Estudis anteriors refereixen taxes transfusió de fins al 46%. Actualment la taxa de transfusió ha disminuït.

L'objectiu principal del nostre estudi és determinar la taxa actual de transfusió en la PTR primària; establint com a hipòtesi que no cal fer una reserva de sang a tots els pacients sotmesos a aquesta cirurgia. Com a objectius secundaris valorem: 1. Les taxes de transfusió depenen l'ús de la isquèmia durant tota la cirurgia o només per cimentar, i de l'ús o no del TXA. 2. Els factors de risc en els pacients que van necessitar transfusió de sang. 3. L'anàlisi dels costos de la reserva de sang.

Material i mètodes

Estudi de cohort històrica de tots els pacients operats de PTG primàries en nostra institució en el 2015. Es pren com criteris d'inclusió: Pacients amb diagnòstics de gonartrosi primàries degeneratives entre 55 i 88 anys i que hagin estat sotmesos a una PTG de superfície.

Es van recollir i van analitzar les variables demogràfiques i clíniques, incloent IMC i ASA, Hb preoperatòria i postoperatòria, i necessitat de transfusió. També es va classificar als pacients en 4 grups en funció de la utilització d'isquèmia durant tota la cirurgia o només per al moment de cimentar i en funció de l'ús o no d'TXA.

Grup 1: Isquèmia tota la cirurgia sense TXA. Grup 2: Isquèmia tota la cirurgia amb TXA. Grup 3: Isquèmia només per cimentar sense TXA. Grup 4: Isquèmia només per cimentar amb TXA. Per a la decisió de transfusió es va utilitzar el protocol del nostre hospital, considerant necessitat de transfusió si hi ha una Hb <8.0 g / dl, exceptuant pacients d'alt risc o que presentessin anèmia simptomàtica.

L'anàlisi estadística es va realitzar mitjançant el programa SPSS 20 (Austràlia, 2012, SPSS Inc.).

Resultats

Un total de 248 pacients van complir els criteris d'inclusió (167 dones i 64 homes). Edat mitjana 72.17 (DE 6.80) anys. Només 26 pacients de 233 van necessitar transfusió (11.15%). La necessitat de transfusió intraoperatòria va ser del 2.14% (5 pacients).

En els grups: El grup 1 (n = 76), va presentar una taxa de transfusió postoperatòria de (11.84%) i una taxa de transfusió intraoperatòria de (1.31%). El grup 2 (n = 52), va presentar una taxa de transfusió postoperatòria (1.92%), i no va presentar cap cas de transfusió intraoperatòria. El grup 3, (n = 60), va presentar una taxa de transfusió postoperatòria de (21.66%) i una taxa de transfusió intraoperatòria de (6.66%). El grup 4, (n = 43) va presentar una taxa de transfusió postoperatòria de (6.97%) i no va presentar cap cas de transfusió intraoperatòria.

El prendre anticoagulants orals (28,57% vs 10,13%; (O) = 3,54) i tenir un baix nivell d'Hb preoperatori $\leq 12,0$ g / dl (41,8% vs 10,2%; OR = 5,96) es van associar amb un major risc de transfusió. Altres factors com l'edat, el sexe, l'IMC, l'ASA i prendre antiagregants, no van ser factors de risc significatius. El cost de la reserva sanguínia per a la cirurgia, només el cost de proves creuades és de 40 euros. És per això que només si s'hagués eliminat la reserva de sang, s'hagués produït un estalvi sanitari de 9.920 euros en un any.

Conclusió

Actualment, amb una taxa de transfusió sanguínia postoperatòria i intraoperatòria tan baixa, creiem que es podria no sol·licitar la reserva de sang per a tots els pacients sotmesos a una PTR primària, la qual cosa produiria un estalvi sanitari. Creiem que la reserva sanguínia s'hauria de considerar només en pacients amb risc elevat com els que prenen anticoagulants i amb una Hb preoperatòria $\leq 12,0$ gr / dl.

CO-14 / 15:10 - 15:20

INFLUÈNCIA DE L'ALINEACIÓ POSTOPERATÒRIA EN EL RESULTAT CLÍNIC D'UNA PRÒTESIS TOTAL DE GENOLL.

Elisenda Giménez Valero, Joan Leal Blanquet, Juan Francisco Sánchez Soler, Raul Torres Claramunt, Pedro Hinarejos Gómez, Juan Carlos Monllau García
Hospital del Mar, Barcelona

Introducció i objectius

Un correcte posicionament dels components de la PTG és el que preocupa als cirurgians protètics. Molts autors han suggerit que si s'obté un eix femorotibial de 180° en el pla coronal és la situació ideal. El principal objectiu d'aquest treball és avaluar si l'alineació femorotibial influeix en la funció postoperatòria i la

qualitat de vida dels pacients que es sotmeten a una artroplàstia total de genoll. El segon objectiu de l'estudi és avaluar si la quantitat de correcció influeix en aquests resultats.

Material i mètodes

S'han revistat prospectivament 468 pacients amb varo i valg primari d'osteoartritis femorotibial tractats amb artroplàstia total de genoll durant un any. El seguiment va ser de 5 anys em tots els pacients.

Els pacients es van dividir en tres grups considerant l'alineació femorotibial. El primer grup amb un alineament d'entre -5 i 5 graus, el segon grup entre 6 i 10 graus i el tercer grup per sobre de 10 graus. No hi havia pacients amb un alineament postoperatori de més de -5 graus, entenent que el valor negatiu correspon a una alineació en valg. També es van dividir els pacients en tres grups per dur a terme el segon objectiu de l'estudi.

El primer grup contenia els pacients amb reducció de la deformitat en menys de 5 graus, el segon grup entre 5 i 10 i el tercer grup més de 10. En aquesta segona part de l'estudi es va diferenciar entre pacients amb varo o valg preoperatori. Les qualificacions en el postoperatori de KSS, SF-36, VAS i les diferències entre valors en pre i postoperatori dels tres test van ser utilitzades per analitzar els resultats en quant a funció, dolor i qualitat de vida. Es van comparar els resultats utilitzant ANOVA i post hoc testing.

Resultats

No es van trobar diferències entre els tres grups d'alineació pel que fa a la funció, qualitat de vida i dolor ($p > 0.05$). Tampoc es van trobar diferències depenent dels graus de correcció ($p > 0.05$). Es van trobar diferències en algunes categories del KSS o SF-36 ($p < 0.05$); aquestes diferències són estadísticament significatives però no clínicament rellevants.

Conclusió

Les nostres dades suggereixen que la deformitat postoperatoria després d'una artroplàstia total de genoll no modifiquen els resultats en quant a funció, dolor ni qualitat de vida. Avaluant aquests resultats podem concloure que la quantitat de graus de correcció no influeix en els resultats finals en termes de funcionalitat, dolor i qualitat de vida.

Per tant, podem confirmar la nostra hipòtesi inicial i també respondre als dos objectius del nostre estudi.

CO-15 / 15:20 - 15:30

FRACTURA FEMORAL PERIPROTÈSICA DE GENOLL: REVISIÓ CLÍNICA DE 38 CASOS.

Marcos Del Carmen Rodríguez, Carles Tramunt Monsonet, Gabriel Oliver Far, Marc Sánchez Martínez, Jose Luis Agulló Ferré

Hospital Universitari de Bellvitge, L' Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Introducció i objectius

Les fractures de fèmur proximals a pròtesis totals de genoll poden tractar-se de diverses formes: immobilització amb guix, reducció oberta i osteosíntesi amb placa o clau endomedul·lar, fixació externa o recanvi protèsic de genoll. L'elecció del tractament ha estat i segueix sent un assumpte de controvèrsia entre els especialistes. L'objectiu d'aquest estudi és conèixer els resultats comparatius dels diferents tractaments i millorar les indicacions terapèutiques, preveure i prevenir les possibles complicacions en el futur.

Material i mètodes

Revisem 38 casos ocorreguts al nostre centre entre els anys 2004-2016. Vam recollir dades del sexe, l'edat del pacient, el traç de fractura, la presència d'osteoporosi, l'estabilitat de la pròtesi prèvia (osteòlisi), el tipus de pròtesi, el tractament, l'ús intraoperatori d'empelt, el temps de consolidació, complicacions, temps de seguiment, i deambulació prèvia i l'alta. Utilitzem la classificació de Lewis i Rorabeck per classificar el tipus de fractura. Es va utilitzar el paquet estadístic IBM SPSS v20 per a l'anàlisi de les dades.

Resultats

L'edat mitjana de la mostra va ser de 79 +/- 8. Vint-i-nou pacients (76%) van ser seguits durant una mitjana de 19 mesos (interval entre 6 i 30 mesos). Vuit (21%) van morir i un cas es va perdre en el seguiment. Del total 12 casos van ser intervinguts amb placa mínimament invasiva (31%), altres 9 amb clau endomedul·lar retrògrad (26%), 9 van ser tractats de manera conservadora (24%), 5 osteosíntesi amb placa convencional o cargol placa lliscant 95° (13%), 1 va precisar de tractament amb fixador extern (3%) i un últim cas recanvi PTR (3%). En 3 casos es va utilitzar empelt ossi autòleg. Com a complicacions dos pacients van presentar pseudoartrosi d'origen infeccios, hi va haver cinc retards de consolidació, dues refractures i una inestabilitat protèsica durant el seguiment.

El clau retrògrad va tenir un temps de consolidació de 6 +/- 3 mesos. Un pacient va presentar fallada de l'osteosíntesi i un altre infecció de la pròtesi. La placa LISS va tenir un temps de consolidació de 7 +/- 3 mesos. Comparativament el temps de consolidació entre grups no va mostrar resultats estadística-

ment significatiu ($p=0.553$). Com a complicacions un pacient va presentar pseudoartrosi d'origen infeccios i un altre inestabilitat protèsica que va requerir de recanvi precoç. El nombre d'èxits (33%) va ser més gran en aquest grup. Els resultats analítics de deambulació van ser millors en el primer grup encara que no es van demostrar diferències estadísticament significatives (mitjana de 96 ± 11 [80-110] enfront de 86 ± 19 [40°-100°] amb $p = 0.282$). A la deambulació tant els intervinguts amb clau com els de placa empijoren respecte a la deambulació prèvia a la fractura (5 casos (50%) front 8 casos (75%).

Conclusió

L'elecció terapèutica definitiva en el nostre cas s'associa en gran manera al traç i localització de la fractura, la massa òssia prèvia, l'existència d'afluixament protèsic i l'estat basal del pacient. El sistema de classificació segons el desplaçament no és ideal com a única variable en la decisió terapèutica. L'elecció del clau retrògrad està en gran part condicionada pel traç de fractura i l'estoc ossi previ a aquesta, indicant-se en el nostre cas a fractures osteoporòtiques sense afectació de la cortical lateral. L'ús de la placa LISS ha anat en augment en els últims anys amb poques complicacions secundàries, però els pacients requereixen més temps per a la consolidació de les fractures i presenten deambulació amb pitjors resultats. El tractament conservador s'ha desplaçat a casos amb poca o nul·la deambulació prèvia. El recanvi protèsic està justificat en pacients amb inestabilitat protèsica amb molt bons resultats a l'alta. És necessari una mostra major per obtenir resultats estadísticament significatius.

No existeix conflicte d'interessos per part dels autors.

CO-16 / 15:30 - 15:40

UTILITZACIÓ DE SUTURA BARBADA EN EL TANCAMENT DE PRÒTESI TOTAL DE GENOLL. ESTUDI PROSPECTIU RANDOMITZAT.

Paula Serrano Chinchilla, Carlo Gamba, Joan Leal Blanquet, Raúl Torres Claramunt, Pedro Hinarejos Gómez, Joan Carles Monllau García

Parc de Salut Mar, Barcelona

Introducció i objectius

En termes de cirurgia protèsica de genoll, l'objectiu d'un correcte tancament de la ferida quirúrgica és la ràpida curació amb un resultat cosmètic acceptable, així com disminuir el risc de complicacions. Tanmateix, la reducció del temps quirúrgic en cirurgia protèsica de genoll s'associa a una disminució del risc d'infecció.

L'objectiu d'aquest estudi és comparar de forma prospectiva si la sutura barbada bidireccional disminueix el temps necessari per al tancament després d'una PTG, en el plànol

capsular i subcutani, en ser comparat amb la sutura convencional (Vycril). Secundàriament també analitzarem les infeccions, complicacions de la ferida quirúrgica així com el balanç articular. La hipòtesi és que no hi ha diferències en el temps de tancament de la ferida quirúrgica en PTG al comparar ambdós tipus de sutures.

Material i mètodes

Estudi prospectiu randomitzat simple cec. En el grup d'estudi s'ha emprat sutura contínua mitjançant sutura barbada bidireccional (Quill®, Bioser) i en el grup de control s'ha emprat sutura discontinua mitjançant sutura tipus poliglactina 910 (Vicryl®, Ethicon) després de la implantació d'una PTG. Com a criteris d'exclusió es van considerar; pacients amb cirurgies prèvies en el mateix genoll, cirurgies de revisió, necessitat de tascons o plançons, grans deformitats (var o valg $>15^\circ$; flexió $>20^\circ$) o al·lèrgies a components de la sutura.

Es van establir 2 grups; sutura barbada (Gr.Q) o vicryl (Gr.V). L'assignació a l'atzar es duia a terme al moment en què els components definitius de la pròtesi estaven implantats i previ a l'inici del tancament. En tots dos casos la sutura es va fer en 2 plànols (profund i superficial) de forma simultània per 2 cirurgians des del centre a les vores de la ferida. La tècnica quirúrgica, tancament de pell i protocol postoperatori va ser igual per a tots dos grups.

Les variables a estudi van ser; 1) Temps de sutura (segons en el tancament de càpsula, subcutani i global, 2) aparició de la infecció de la ferida quirúrgica (superficial o profunda) 3) dehiscència ferida quirúrgica (obertura d'almenys 1 cm) i 4) balanç articular.

Els resultats es van comparar utilitzant un test O de Mann-Whitney, amb una potència estadística del 80% i un error alfa de 0.05.

Resultats

Es van incloure un total de 85 pacients; 41 Gr.Q, 44 Gr.V. Tots dos grups eren comparables quant a sexe, edat, talla i índex de massa corporal. El temps de tancament global va ser menor en Gr. Q 6,28 (7,15 min) respecte Gr. V (7,15 min); ($p < 0.01$). També es van observar diferències al tancament de fàscia capsular; Gr. Q menor temps amb 0,46 min (27 seg.) de diferència respecte Gr.V (CI: -0,85-0,08; $p=0,02$). No es van observar diferències significatives en el pla subcutani: Gr.V 3,76 min; Gr.Q 6,28 min ($P=0,055$).

Durant l'estudi no es va observar cap pacient amb infecció profunda. No obstant això, 3 pacients van presentar infecció superficial de la ferida al Gr.Q, i només 1 al Gr.V ($p 0,34$). Es van observar 2 casos de dehiscència al Gr.Q, i 1 al Gr. V ($p= 0,6$).

No es va observar una correlació entre el temps de sutura i edat, pes o IMC.

Conclusió

La sutura barbada permet un tancament de la ferida amb menor temps respecte a la sutura interrompuda convencional, rebutjant-se així la hipòtesi inicial. No s'han trobat diferències en termes d'infecció profunda o superficial, freqüència d'infeccions, dehiscència i balanç articular entre GrV i Gr. Q.

No obstant això, l'estalvi de temps trobat és menor que el publicat en altres estudis previs i probablement té poca rellevància clínica. La utilització de sutura barbada no s'ha relacionat amb una variació significativa en la incidència de complicacions de la ferida quirúrgica.

CO-17 / 15:40 - 15:50

RESULTATS DEL TRACTAMENT DE LA DEGENERACIÓ MUCOIDE DEL LLIGAMENT CREUAT ANTERIOR.

Jorge Núñez Camarena, Diego Alejandro Ventura Garcés, Marcelo Casaccia, Joshi Nayana Jubert, Enric Castellet Feliu, Joan Minguell Monyart

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona

Introducció i objectius

La degeneració mucoide del lligament creuat anterior (LCA) és una patologia poc coneguda i poc freqüent. Descrita al 1999, presenta una incidència de l'1,3%. Actualment, amb el major ús de la ressonància magnètica (RMN), el nombre de casos reportats ha augmentat.

L'objectiu principal del nostre estudi és valorar els resultats quirúrgics del tractament artroscòpic de la degeneració mixoide del LCA. Com a objectius secundaris descrivim les característiques clíniques, radiològiques i anatomo-patològiques d'aquests pacients.

Material i mètodes

Estudi de cohorts històriques de tots els pacients amb degeneració mucoide del LCA tractats mitjançant artroscòpia entre el 2010-2016 al nostre centre. Criteris d'inclusió: pacients amb diagnòstic confirmat per RMN i anatomia patològica, i amb seguiment major a 12 mesos. De les històries clíniques es van recollir dades demogràfiques, clíniques, radiològiques i quirúrgiques. Els resultats quirúrgics es van valorar mitjançant la inspecció del rang articular, estabilitat articular i amb l'ús de 4 qüestionaris: EVA, IKDC, Lysholm i el grau de satisfacció subjectiva del pacient. S'utilitzà l'estadística descriptiva per a presentar els resultats. L'anàlisi estadístic es va realitzar per mitjà del programa SPSS 20 (Austràlia, 2012, SPSS Inc.).

Resultats

25 pacients van complir els criteris d'inclusió. 17 dones (68%) i 8 homes (32%). Edat mitjana 56.7 anys (DE 12.1). Seguiment 28.6 mesos (DE 18.5). El 100% presentava com a

principal símptoma la gonàlgia, la qual era exacerbada amb la flexió. A la RMN, el gruix promig del LCA en el tall sagital va ser de 14.2 mm (DE 2.8) i l'espai intercondili mig al tall axial fou de 20.38 (DE 2.1). El 52% presentà edema a nivell del fèmur distal o tibia proximal. En el 68% es van visualitzar quists intraossis i a parts toves. 3 pacients presentaren afectació del lligament creuat posterior (LCP).

Es realitzà una resecció completa de LCA a 16 pacients, una parcial a 7 pacients i en 2 pacients una resecció completa i plàstia en un mateix temps. El rang de mobilitat va millorar un promig de 21° (DE 10.3). L'EVA promig prequirúrgic fou de 7.9 punts (DE 0.45) i el postquirúrgic d'1.64 punts (DE 1.62). L'IKDC mitjà postquirúrgic fou de 70.5 (DE 11.09) i el Lysholm mitjà postquirúrgic fou de 80.8 (DE 13.8). El grau de satisfacció subjectiva va ser molt bo o excel·lent en el 96%. Del grup de pacients amb resecció completa, 7 (43.3%) presentaren Lachman i 3 (18.75%) un pivot residual. D'aquest grup, 2 pacients van necessitar una plàstia del LCA i 1 pacient una artroplàstia total de genoll.

Conclusió

El tractament artroscòpic de la degeneració mucoide del LCA, ja sigui mitjançant la resecció total, parcial o amb plàstia en un temps ofereix bons resultats clínics, disminuint i millorant la capacitat funcional del genoll. La resecció completa del LCA pot produir un Lachman i un pivot residual, que encara que no acostumen a produir inestabilitat, poden requerir una intervenció quirúrgica per a la seva correcció.

CO-18 / 15:50 - 16:00

PRÒTESIS TOTAL DE GENOLL AMB COMPONENT TIBIAL TOT-POLIETILÈ: EXPERIÈNCIA AL NOSTRE CENTRE.

Juan Pijoan Bueno, Juan Pedro García De La Fuente, Emilio Alcántara Vila

Hospital Sant Camil, Sant Pere de Ribes, Barcelona

Introducció i objectius

L'artroplàstia total de genoll (TKA) és un procediment reeixit amb més de 600.000 cirurgies realitzades en els EUA cada any. Es disposen de dos tipus d'implants tibials avui en dia: un dispositiu modular amb suport de metall o un implant tibial tot-poliètil·lè. Els implants que utilitzen suport tibial tot-poli presenten tres beneficis en comparació als implants que utilitzen suport tibial metàl·lic. Primer, elimina la interfase poliètil·lè-metall i per tant pot reduir desgast posterior i, en conseqüència, el risc d'osteòlisi. En segon lloc, l'ús d'un component tot-poliètil·lè redueix el cost de les cirurgies de pròtesis total de genoll en un 20-50%. I per últim, l'implant pot ser usat quan el pacient és al·lèrgic al metall (en combinació amb components femorals de ceràmica).

Tot i els resultats favorables en els estudis inicials, diversos desavantatges associats van ser reconeguts a finals de 1970 i principis de 1980. Els components tot-poliètil·lè tenen un major desgast amb el temps, molt rellevant a la zona medial en els casos de mala alineació en var. Això va conduir a la reducció de col·locació dels implants tot-poliètil·lè de manera que ara només s'utilitzen en l'1% de totes les pròtesis de genoll.

Tot i això, el tractament de la gonartrosis amb pròtesis total de genoll amb component tibial tot-poliètil·lè no s'ha d'abandonar, doncs creiem que hi ha part de la població que es podria beneficiar d'aquests implants, com podria ser gent d'edat avançada.

L'objectiu del nostre estudi és descriure els resultats de pacients sotmesos a artroplàstia total de genoll amb components tot-poliètil·lè.

Material i mètodes

Per a realitzar l'estudi es recull de la base de dades del nostre centre (Hospital Sant Camil) tots els pacients sotmesos a pròtesis total de genoll durant període 2009-2016. Dels pacients resultants es recullen els pacients de 80 o més anys sotmesos a pròtesis total de genoll.

Es realitza un estudi retrospectiu de la mostra obtinguda valorant balanç articular, classificació radiològica del grau de gonartrosis mitjançant escala de Kellgren i Lawrence, dies d'ingrés hospitalari, presència de complicacions postoperatòries i període necessari per a reincorporació a les activitats bàsiques de la vida diària i qüestionaris KOOS, LYSHOLM i IKDC.

Resultats

S'obtenen 124 pacients sotmesos a artroplàstia total de genoll i majors de 80 anys. De tots els pacients de la mostra, 50 van ser sotmesos a pròtesis total de genoll amb components tot-poliètil·lè.

La mitja d'edat de la mostra estudiada és de 82.3 anys. La valoració mitja de KOOS símptomes 82.14, KOOS dolor 80.56, KOOS activitat quotidianes 89.71, KOOS funció 60 i KOOS qualitat de vida 75. Valoració mitja de qüestionari Lysholm 87.2.

La satisfacció general dels pacients amb el procediment va ser qualificada com excel·lent per 30 (60%), molt bona per 14 (28%), bona per 2 (4%), i just per 4 (8%). Tots els pacients referien que es sotmetrien al procediment de nou, i que l'hi recomanaria a familiars o amics.

Dels pacients estudiats cap dels pacients s'ha sotmès a revisió de pròtesis de genoll amb motiu d'infecció ni d'afluixament. Cap dels pacients ha presentat complicacions relacionades amb la cirurgia.

Conclusió

En la mostra obtinguda s'han obtingut resultats favorables, doncs cap dels pacients, en el moment de l'estudi, presentava les complicacions descrites en anteriors estudis. El rang equi-

valent de moviment del genoll, la qualitat de vida després de la col·locació de l'implant, la supervivència, les complicacions i la taxa de revisió semblen no poder refusar l'opció d'implantar components tot-poliètil·lè en pacients d'edat avançada. La rellevància d'aquest estudi és mostrar la relació del cost i l'efectivitat de l'implant en qüestió, i que poden presentar bons resultats en certa part de la població, en el nostre cas, gent d'edat avançada.

INFECCIONS

Dijous 11

Sala 4 - 15:00 - 16:00

Orals: CO-19 - CO-22

Moderadors: Alcántara, Emili

Font, Lluís

CO-19 / 15:00 - 15:10

UTILITAT DE L'ADDICIÓ DE SÈRUM FISIOLÒGIC DURANT UN RECANVI PROTÈTIC DE GENOLL I MALUC PER MILLORAR LA RENDIBILITAT DELS CULTIUS CONVENCIONALS.

Ignacio Molinas Moya, Luís Lozano Lizarraga, Laura Morata Ruiz, Ernest Muñoz Mahamud, Álex Soriano Viladomiu, Guillem Bori Tuneu

Hospital Clínic de Barcelona

Introducció i objectius

En el tractament de la infecció crònica protètica, la identificació del microorganisme causant de la infecció és essencial per poder fer una antibioteràpia específica contra aquest microorganisme causant de la infecció. S'ha descrit que la mostra més rendible dels cultius convencionals és el líquid articular inoculat en vials d'hemocultius. Tot i així, no és infreqüent que en el moment de fer l'artrotomia el cirurgià no trobi líquid articular.

L'objectiu de l'estudi és avaluar si l'addició de sèrum fisiològic a l'articulació en el moment de fer l'artrotomia, augmenta la rendibilitat dels cultius convencionals durant un recanvi protètic.

Material i mètodes

Estudi prospectiu dels recanvis de maluc i genoll realitzats en el nostre centre des de novembre de 2015 a novembre de 2016. Un cop feta l'artrotomia de genoll i maluc i preses les mostres líquides, es va instil·lar sèrum fisiològic a l'articulació i es va mobilitzar l'articulació. Acte seguit, es van prendre dues mostres del líquid i es van inocular en vials d'hemocultius. La resta de la cirurgia es va realitzar de manera convencional.

Es van comparar els cultius obtinguts de manera preoperatòria per artrocentesi, així com les 6 mostres convencionals obtingudes en el moment de la cirurgia (2 cultius de líquid articular, 2 mostres sòlides de la sinovial i 2 mostres sòlides de la membrana) amb les 2 mostres líquides de sèrum fisiològic.

Resultats

De tots els recanvis, 11 genolls i 8 malucs (19 en total) van tenir almenys un cultiu positiu a les mostres de sèrum fisiològic. En aquests 19 casos, en 12 els resultats del cultiu de les mostres de sèrum van coincidir amb alguna de les altres mostres preses.

En 7 casos el resultat dels cultius de les mostres de sèrum va ser positiu, mentre que en les altres mostres va ser negatiu; 2 casos eren pacients amb fístula, 3 casos van tenir antecedents previs d'infecció o posteriorment van desenvolupar una infecció pel mateix microorganisme aïllat al sèrum i en 2 casos es va aïllar un *Bacillus* de probable contaminació.

En cap pacient amb dues mostres de sèrum negatives es va trobar dues de les altres mostres positives.

Conclusió

En la nostra experiència, la instil·lació de sèrum fisiològic a l'articulació durant el recanvi d'una pròtesi quan no trobem líquid articular, pot ser una solució per tal d'obtenir una mostra líquida pel cultiu.

CO-20 / 15:10 - 15:20

EXISTEIX OSTEOMIELITIS EN L'OS PERIPROTÈTIC D'UNA PRÒTESI DE GENOLL O MALUC EN LA INFECCIÓ CRÒNICA?

Silvia Àngulo Acosta, Luis Lozano Lizarraga, Álex Soriano Viladomiu, Consuelo Climent Climent, Laura Morata Ruiz, Guillem Bori Tuneu

Hospital Clínic, Barcelona

Introducció i objectius

En la infecció crònica protètica la majoria dels microorganismes es troben adherits a l'implant formant una biopel·lícula, i només una petita part es troben lliures als teixits periprotètics. En la literatura trobem molts estudis sobre l'estudi de la presència o no d'infecció en la membrana periprotètica però no hem trobat estudis de l'os periprotètic. L'objectiu de l'estudi va ser valorar la presència o no d'infecció òssia de l'os periprotètic en pacients sotmesos a un recanvi protètic en 1-temps per una infecció crònica d'una pròtesi de genoll o maluc.

Material i mètodes

Estudi prospectiu de l'os periprotètic des del punt de vista anatomopatològic en pacients sotmesos a un recanvi protètic en 1-temps per una infecció crònica d'una pròtesi de genoll o maluc. Per l'estudi microbiològic intraoperatori es van realitzar un mínim de 4 cultius dels teixits periprotètics i per l'estudi anatomopatològic es van estudiar dues mostres de membrana periprotètica i dues mostres de l'os periprotètic. En el cas de la infecció crònica de maluc es va analitzar: membrana periprotètica del fèmur, membrana periprotètica de l'acetàbul, os de la zona trocantèrica i os del fons de l'acetàbul. En el cas de la infecció crònica de genoll es va analitzar: membrana periprotètica del fèmur, membrana periprotètica de la tibia, os del replà tibial i os del còndil femoral. Es va considerar que existia osteomielitis quan en l'estudi anatomopatològic de l'os periprotètic es van trobar signes d'infecció òssia.

Resultats

Entre el gener del 2014 i el gener del 2017 es van intervenir 29 pacients de recanvi en 1 temps per infecció crònica periprotètica (21 malucs i 8 genolls). En 23 pacients la histologia de la membrana periprotètica va ser positiva per infecció i només en 4 pacients la histologia va ser positiva per infecció òssia (3 malucs i 1 genoll). Els microorganismes implicats en aquests 4 pacients van ser *Staphylococcus epidermidis* (2), *Staphylococcus lugdunensis* (1) i *Klebsiella pneumoniae* (1).

Conclusió

L'existència d'osteomielitis en l'os periprotètic d'una pròtesi de genoll o maluc en una infecció crònica protètica és del 13,7% en la nostra sèrie.

CO-21/ 15:20 - 15:30

EXISTEIX UNA CORRELACIÓ ENTRE CULTIUS OBTINGUTS EN UNA INFECCIÓ D'ARTROPLÀSTIA PRECOÇ AMB EL CULTIU OBTINGUT DURANT LA CIRURGIA DE RECANVI ASÈPTIC?

Macarena Morales Yáñez, Maria Tibau Alberdi, Marta Ginesta Serrano, Rafael Tibau Olivan, Mercè Font Bilbeny
Hospital de Mataró, Barcelona

Introducció i objectius

El propòsit d'aquest estudi és investigar si existeix una correlació entre obtenir cultius positius durant una cirurgia de recanvi asèptic amb una infecció d'artroplàstia precoç.

Material i mètodes

S'ha portat a terme un estudi retrospectiu de cirurgia de recanvi protètic de genoll, maluc i espatlla durant un període des del 2007 fins desembre 2015. El període de seguiment va ser entre 1 i 9 anys .

Resultats

El nombre de recanvis revisats va ser de 183, que corresponen a 180 pacients.

76 cultius van ser positius per a un o més microorganismes. *Staphylococcus epidermidis* va ser l'organisme aïllat amb més freqüència, seguit d'altres *Staphylococcus coagulans* negatius.

En 5 casos (6,5%) es va desenvolupar infecció aguda postartroplàstia. En 3 d'aquests casos (60%) els cultius previs eren positius, però només en un sol cas, un dels microorganismes aïllat durant la infecció aguda era el mateix que l'aïllat durant el recanvi.

Conclusió

La presència de cultius positius intraoperatoris en els recanvis asèptics d'artroplasties semblen no tenir valor per predir futures infeccions, així com tampoc tindria valor com a predictor de l'agent etiològic en el cas d'infecció postquirúrgica.

CO-22 / 15:30 - 15:40

INFECCIONS A PACIENTS SOTMESOS A UNA ARTROPLÀSTIA DE MALUC EN CONTEXT D'UNA FRACTURA DE FÈMUR PROXIMAL AL NOSTRE CENTRE.

Rocio Gabriele Montenegro, Xavier Crusi Sererols, Aranzazu González Osuna, Laura Noguera Alonso
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Introducció i objectius

Les infeccions a les artroplasties de maluc en context de fractures de fèmur proximal és una gran preocupació actual degut a l'elevada incidència d'aquestes. La taxa d'infeccions és variable, i les noves branques d'investigació cerquen noves mesures per a reduir la mateixa.

Els objectius d'aquesta revisió són relacionar la taxa d'infeccions a pacients als que se'ls hi ha realitzat una artroplàstia de maluc, després d'haver patit una fractura de fèmur proximal al nostre centre, i valorar possibles factors que hagin contribuït al desenvolupament de la infecció.

Material i mètodes

Van dissenyar una revisió retrospectiva dels pacients als que se'ls hi ha realitzat una artroplàstia de maluc en context d'una fractura de fèmur proximal entre els anys 2014 i 2015. Es van incloure 438 pacients, i van ésser classificats depenent de dades demogràfiques, tipus de procediment quirúrgic, microorganisme causal, i factors de risc.

Resultats

La taxa d'infeccions després d'una artroplàstia parcial monopolar va ser de 1,5% i després d'una parcial bipolar de 5,9%. Després d'una artroplàstia total de maluc va ser de 2,2%. Cap pacient va rebre una valoració preoperatòria mèdica, excepte per part de l'equip d'anestèsia.

Es va relacionar una taxa major d'infecció a pacients amb factors de risc modificables. L'edat no es va relacionar significativament amb major nombre d'infeccions. La majoria de les infeccions es van diagnosticar a les 3 setmanes posteriors a la cirurgia. El 8% van precisar d'una altra cirurgia.

Conclusió

Algunes mesures addicionals contra els factors modificables es podrien dur a terme per a disminuir la taxa d'infeccions als pacients sotmesos a una artroplàstia de maluc en context d'una fractura de fèmur proximal.

La majoria d'infeccions precoços es van resoldre després de l'administració d'una teràpia antibiòtica oral d'ampli espectre.

La valoració preoperatòria acurada del pacient per assolir nivells de salut òptims podria disminuir la taxa d'infeccions.

TUMORS

Dijous 11

Sala 4 - 15:00 - 16:00

Orals: CO-23 - CO-23

Moderadors: Alcántara, Emili

Font, Lluís

CO-23 / 15:40 - 15:50

MIXOMES INTRAMUSCULARS: UNA ENTITAT POC FREQUENT I DE DIFÍCIL DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL. REVISIÓ DE 22 CASOS.

Laura Noguera Alonso, Laura Velasco González, Rocío Gabriele Montenegro, Ana Peiró Ibáñez, Laura Trullols Tarragó, Isidro Gracia Alegría

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Introducció i objectius

El mixoma intramuscular és un tumor benigne de parts toves poc freqüent (0,1-0,3 / 100.000 habitants). Majoritàriament es presenten com a tumors únics, i quan són múltiples poden formar part de síndromes com la síndrome de Mazabraud o la síndrome de McCune-Albright. No se n'han descrit malignitzacions, i la recidiva local és infreqüent.

El diagnòstic diferencial radiològic i anatomopatològic d'aquesta lesió és ampli, i inclou diversos tumors malignes d'estirp mixoide.

Objectiu

Revisar els errors de diagnòstic diferencial a l'estudi d'imatge i histològic preoperatori a la nostra sèrie de mixomes intramusculars a extremitats.

Material i mètodes

Vam realitzar una revisió retrospectiva de 22 casos de mixomes intramusculars tractats al nostre centre entre gener 2007 i febrer 2015.

Es van avaluar els diagnòstics pre-operatoris, la localització, la recidiva local i les complicacions.

Resultats

Els malalts estudiats tenen una mitjana d'edat de 67.5 anys (48a-92a), essent el 50% homes. El 77,2% estan localitzats a la cuixa, el 18,1% en cintura escapular, i el 4,5% en musculatura pèlvica.

La grandària mitjana en el moment diagnòstic és de 4.19 cm (2 - 8.5 cm).

Previ a l'estudi histològic i basant-se en l'estudi d'imatge, el 17% va ser remès al nostre centre orientat com sarcoma de

parts toves i en el 43% dels casos revisats en comitè previ a la biòpsia, existien dubtes raonables de la presència d'un sarcoma d'estirp mixoide de malignitat intermitja-alta.

En 4 dels 22 casos, la histologia de la mostra obtinguda per biòpsia tancada guiada per TC presentava dubtes diagnòstics amb sarcomes de grau intermedi.

En cap cas es va produir recidiva local, ni va ser necessària adjuvència.

Conclusió

Donada la similitud en les proves diagnòstiques preoperatories amb altres entitats de pitjor pronòstic (tumors d'estirp mixoide amb malignitat intermitja), és important fer un diagnòstic anatomopatològic per mitjà d'una biòpsia tancada per tru-cut.

Recomanem la resecció d'aquest tipus de tumoracions per completar el diagnòstic i evitar errors en el diagnòstic diferencial amb greus conseqüències per al pacient.

MÀ

Divendres 12

Sala Plenària - 09:00 - 10:00

Orals: CO-24 - CO-29

Moderadors: Comellas, Esther
Nolasco, Olga

CO-24 / 09:00 - 09:10

ESTUDI PROSPECTIU COMPARATIU DE L'ARTROPLÀSTIA DE SUSPENSÍO AMB LA TÈCNICA DE BURTON-PELLEGRINI PER AL TRACTAMENT DE LA RIZARTROSI.

Paula Serrano Chinchilla, Gemma Pidemunt Moli, Marta Cuenca Llavall, Joan Cebamanos Celma
Parc de Salut Mar, Barcelona

Introducció i objectius

L'objectiu del present estudi és investigar si existeixen diferències funcionals postoperatories en pacients amb rizartrosi tractats mitjançant trapezectomia associada al sistema de suspensió Zip-Tight enfront d'aquells tractats mitjançant trapezectomia i reconstrucció lligamentosa amb interposició tendinosa de flexor carpis radialis (Burton-Pellegrini).

Material i mètodes

Es dissenya un estudi prospectiu comparatiu que inclou 40 pacients amb rizartrosi tractats en un mateix centre entre 2014 i 2015. Dos grups a estudi segons la tècnica quirúrgica aplicada, grup un amb trapezectomia associada al sistema de suspensió Zip-Tight i un segon grup amb trapezectomia i reconstrucció lligamentosa amb interposició tendinosa de flexor carpis radialis (Burton-Pellegrini). Els grups són comparables respecte a edat, sexe i temps d'evolució.

S'inclouen pacients amb rizartrosi grau III- IV de Eaton-Glickel amb fracàs de tractament conservador. S'exclouen pacients amb cirurgies prèvies en aquesta articulació, intervenguts d'ambdues mans durant el període d'estudi o amb temps de seguiment inferior a un any.

Les variables d'estudi: dolor amb escala EVA, mobilitat mitjançant Kapandji, abducció radial i abducció palmar del polze, test Quick DASH i força de puny i pinça d'ambdues mans.

En l'anàlisi estadística, s'aplica la prova exacta de Fisher de Mann-Withney per avaluar les diferències entre els dos grups i la prova de Wilcoxon per a dades aparellades per comparar la força.

Resultats

S'inclouen 35 pacients, en el grup un (sistema Zip-Tight) 19 pacients amb una mitjana d'edat de 66 anys, 84% dones i 18

mesos [16-21] de temps d'evolució. El grup dos (Burton-Pellegrini) inclou 16 pacients, 68 anys de mitjana, 81% dones i 20 mesos [14-22] d'evolució.

Es troben diferències significatives en el dolor ($p=0,017$), sent la mitjana d'EVA d'1[0-5] per al grup un i EVA de 5[2,75-7] per al grup dos. A més, es troben diferències en el Quick DASH ($p=0,001$) sent aquest de 18[6-25] per al grup un i 52,3[31-75] per al grup dos.

Destaca que respecte a la mà contra lateral, la força de puny i pinça en el grup Zip-Tight és del 92,5% i 85,7% respectivament en comparació del grup Burton-Pellegrini que és 92,10% i 73,33%, malgrat sense mostrar significació estadística.

Conclusió

Els pacients tractats amb el sistema Zip-Tight presenten millor funció i menor dolor postoperatori respecte als tractats amb la tècnica clàssica de Burton-Pellegrini.

La artroplàstia de suspensió és una tècnica adequada per la rizartrosi a causa de la recuperació precoç demostrada prèviament i els bons resultats funcionals descrits.

CO-25 / 09:10 - 09:20

TRÍADA TERRIBLE DE COLZE. RESULTATS CLÍNICS I FUNCIONALS.**Sergio López Hervás**, Alexandre Berenguer Sánchez, Marc Valls Mellado, Pere Torner Pifarré

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

Introducció i objectius

La tríada terrible de colze és una lesió potencialment greu que pot tenir repercussions importants per als pacients pel que fa al balanç articular i la capacitat funcional. Tradicionalment, els resultats descrits no eren exactament satisfactoris fins que no es van conèixer els estabilitzadors primaris i secundaris del colze, moment a partir del qual es va poder construir un protocol quirúrgic aplicable a aquestes lesions.

Material i mètodes

L'objectiu d'aquest estudi és avaluar la resposta al tractament estandarditzat aplicat actualment al nostre centre, que consisteix en una seqüència "de dins cap a fora", és a dir, la reparació de l'apòfisi coronoide, el cap del radi i el complex lligamentós lateral, seguint aquest ordre. Si la inestabilitat persisteix després d'aquests procediments quirúrgics, la reparació del complex lligamentós medial o la fixació externa poden estar indicades.

Presentem un estudi observacional retrospectiu en el qual s'avaluen els resultats clínics i funcionals dels 11 pacients diagnosticats al nostre centre d'una tríada terrible de colze entre el 2005 i el 2015.

Es va mesurar el rang de flexoextensió i pronosupinació, així com la força de pressió. Els pacients van realitzar dos qüestionaris funcionals: el MEPS (Mayo Elbow Score) i el DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand). Finalment, es van avaluar les inestabilitats, l'artrosi radiològica i les calcificacions heterotòpiques, així com les revisions quirúrgiques necessàries.

Resultats

Vam trobar un rang de moviment de 116° per a la flexoextensió i de 173° per a la pronosupinació. El 95% dels pacients tenien resultats bons o excel·lents segons el MEPS, i la puntuació mitjana obtinguda en el DASH va ser de 19. No es va detectar cap inestabilitat, i només un pacient va requerir una revisió quirúrgica a causa d'una migració d'un vis.

Conclusió

És important posar èmfasi en la importància de la preservació del cap del radi, quan sigui possible, o la realització d'una artroplàstia de la mateixa quan no ho sigui, intentant evitar el sobredimensionament dels components de la pròtesi, ja que tenim la sensació que aquest fet s'associa amb pitjors resultats a mig termini.

La tríada terrible de colze és una lesió complexa, en la qual és de vital importància el coneixement de les estructures estabilitzadores del colze per aconseguir un tractament més adient i uns millors resultats.

CO-26 / 09:20 - 09:30

SÍNDROME COMPARTIMENTAL CRÒNIC D'AVANTBRAÇ: ESTUDI DIAGNÒSTIC MITJANÇANT RMN DINÀMICA.**David Campillo Recio**, Gerardo Méndez Sánchez, Ignacio Esteban Sanfeliu, Sergi Barrera Ochoa, David Cáncer Castillo, Xavier Mir Bullo

ICATME-Hospital Universitari Dexeus, Barcelona

Introducció i objectius

El síndrome compartimental crònic d'avantbraç (SCCA) és una entitat poc freqüent i que particularment genera dificultat en el seu diagnòstic a causa de la gran variabilitat en la seva forma de presentació. El diagnòstic d'aquesta entitat és eminentment clínic, recolzat per la mesura de pressió intracompartimental (PIC).

Tot i això, actualment s'està introduint la utilització de la RMN dinàmica, com a nova tècnica diagnòstica incruenta. L'objectiu d'aquest estudi és avaluar la RMN dinàmica en el diagnòstic del SCCA.

Material i mètodes

Es van incloure 21 pacients amb clínica compatible de SCCA i valors diagnòstics positius de PIC. En tots ells, es va avaluar mitjançant RMN, la diferència d'edema muscular compartimental previ i posterior a un test d'esforç del compartiment afecte. Tots els pacients van ser tractats mitjançant fasciotomia compartimental selectiva i controlats evolutivament amb RMN dinàmica als 3 i 6 mesos de la intervenció. L'avaluació clínica dels pacients es va realitzar mitjançant l'EVA i el DASH pre i post-quirúrgic.

Resultats

Tots els pacients van presentar un augment de l'edema compartimental a la RMN dinàmica prèvia al tractament quirúrgic. Van ser intervinguts 26 casos de SCCA d'un o dels dos avantbraços. Després de la intervenció, tots els pacients van presentar una millora significativa de l'EVA, el DASH i simptomàtica després de l'exploració amb maniobres d'esforç, podent incorporar-se de forma habitual a les seves activitats esportives. En la comparació entre la RMN d'esforç pre i postoperatòria, s'evidencia la presència d'edema en els compartiments afectats i intervinguts, sense canvis significatius després de la intervenció i persistint l'edema, tot i la millora simptomàtica de tots els pacients.

Conclusió

La RMN dinàmica pot complementar el protocol diagnòstic del SCCA en aquells casos més complexos. Es tracta d'un mètode diagnòstic incruent i selectiu d'aquells compartiments afectes, facilitant una descompressió específica d'aquells compartiments afectes i disminuint l'agressivitat intraoperatoria. No obstant això, després de la seva repetició als 3 i 6 mesos postoperatoris, no s'evidencien canvis radiològics significatius, persistint l'edema dels compartiments tot i la millora clínica i simptomàtica dels pacients. Per la qual cosa, no el considerem un bon mètode de seguiment postoperatori, o fins i tot diagnòstic, en aquells casos que hagin presentat una cirurgia prèvia de descompressió compartimental.

CO-27 / 09:30 - 09:40

REVISIÓ DE LES FRACTURES DE LA BASE DE LA FALANGE MITJA TRACTADES MITJANÇANT UN SISTEMA D'ARTRODIASTASI.

Mariano Balaguer Castro, Alexandre Berenguer Sánchez, Francesc Antoni Marcano Fernández, Pere Torner Pifarré
Parc Taulí Hospital Universitari - Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Sabadell, Barcelona

Introducció i objectius

Les lesions de la base de la falange mitja són lesions complexes i difícils de tractar que poden causar diverses complicacions com ara rigidesa, dolor i/o artrosi. Entre les opcions de tractament disponibles, una de les més utilitzades és el sistema d'artrodiastasi descrit per Suzuki mitjançant l'ús d'agulles i gomes.

Material i mètodes

Es van identificar tots els pacients que s'havien sotmès a artrodiastasi per al tractament d'aquest tipus de fractures durant els últims 12 anys a la nostra institució. Es va realitzar un estudi transversal amb recollida de dades retrospectiva obtinguda a partir del seu registre mèdic. La mostra total va incloure 13 pacients.

Es van analitzar diferents variables: sexe, edat, dit afecte, lateralitat, tipus de lesió, mecanisme de la lesió, tipus d'anestèsia, demora quirúrgica, temps quirúrgic, temps de seguiment, balanç articular, l'escala Strickland i les complicacions. L'anàlisi descriptiva va mostrar la mitjana, desviació estàndard, les variables quantitatives màxima i mínima i la freqüència absoluta i relativa de cada categoria de variables qualitatives.

Resultats

La majoria dels pacients estudiats van ser homes, el dit lesionat amb més freqüència va ser el cinquè i la lesió més freqüent va ser la de tipus III (segons la classificació de Hasting). Segons l'escala de Strickland ajustada, vam obtenir 2 excel·lents resul-

tats (15,4%), 4 bons (30,8%), 7 regulars (53,8%) i cap dolent. Dels 13 pacients tractats, 8 (61,5%) van tenir complicacions.

Conclusió

El sistema d'artrodiastasi mitjançant agulles i gomes és una opció de tractament simple en comparació amb altres sistemes amb resultats regulars o bons per tractar aquest tipus de fractures.

CO-28 / 09:40 - 09:50

PSEUDOARTROSI D'ESCAFOIDES. TRACTAMENT AMB EMPELT OSSI NO VASCULARITZAT: RESULTATS FUNCIONALS I TÈCNICA QUIRÚRGICA.

Marc Garriga Santamaria, Alejandro Fernández Bautista, Emili Alcántara Vila, Llorenç Mateo Olivares
Consorci Sanitari del Garraf, Sant Pere de Ribes, Barcelona

Introducció i objectius

La pseudoartrosi d'escafoides carpià és una patologia derivada per la presència d'una fractura que no ha estat diagnosticada en molts dels casos. Existeixen múltiples tècniques quirúrgiques descrites pel seu tractament. Presentem la nostra experiència en el tractament d'aquesta patologia mitjançant la osteosíntesi amb autoempelt no vascularitzat.

Material i mètodes

Presentem una sèrie de 10 pacients diagnosticats de pseudoartrosi d'escafoides carpià tractades al nostre hospital entre 2010 i 2015 amb reducció oberta i fixació interna amb autoempelt no vascularitzat (9 de radi distal i 1 d'olècranon).

Resultats

Tots els pacients van presentar una consolidació de la seva lesió obtenint una recuperació funcional de la seva extremitat que els va permetre el retorn a les seves activitats de la vida diària, tant laboral com de lleure.

Conclusió

La reducció oberta i fixació interna amb autoempelt no vascularitzat és un bon tractament per la resolució de les pseudoartrosi d'escafoides carpià. La obtenció de l'empelt del radi o l'olècranon disminueix la morbiditat i l'índex de complicacions postoperatories.

CO-29 / 09:50 - 10:00

REVISIÓ TRACTAMENT TRAPEZI METACARPIANA MITJANÇANT TÈCNICA SUSPENSOPLASTIA.

Alejandro Fernández Bautista, Marc Garriga Santamaria, Ana Canalías, Llorenç Mateo Olivares
 Consorci Sanitari del Garraf, Sant Pere de Ribes, Barcelona

Introducció i objectius

L'intervenció per rizartrosis és una de les més prevalents amb la pràctica diària. Existeixen diferents tècniques, com la de Burton Pellegrini, Weilby o les artroplasties amb implant. En totes s'aconsegueixen bons resultats funcionals i milloria de dolor, no obstant s'objectiven de forma comuna el col·lapse articular al llarg del temps. Al 2014 Dr. García Elias descriu nova tècnica de suspensoplastia per disminuir el col·lapse articular. L'objectiu de l'estudi es descriu la nostra experiència en l'ús d'aquesta tècnica els últims 2 anys.

Material i mètodes

Realitzem un treball descriptiu retrospectiu de revisió de casos clínics de l'any 2014 al 2016. Revisen un total de 21 cirurgies en 20 pacients. Seguiment mig de 9 mesos (de 6 a 12 mesos). Es revisen els ítems alçada radiològica, força de pressió, temps quirúrgic, complicacions i satisfacció del pacient.

Resultats

Com a resultats obtenir un baix índex de complicacions: 1 cas de col·lapse, 1 luxació de plàstic sense simptomatologia, 4 casos hiperalgèsia ferida. Reportem un grau de satisfacció del procediment bo o excel·lent del 85%. Temps quirúrgic mig de 58 min amb una disminució de la força pressió similars als procediments de reconstrucció lligamentosa.

Conclusió

En conclusió es tracta d'una tècnica reproduïble, amb la que hem tingut uns bons resultats inicials tant funcionals com radiològics, amb un índex de complicacions baix.

GENOLL-2

Divendres 12

Sala 2 - 09:00 - 10:00

Orals: CO-30 - CO-32

Moderadors: Collado, Pere
 Mir, Pere

CO-30 / 09:00 - 09:10

DOLOR NEUROPÀTIC COM A CAUSA DE PTG DOLOROSA: TRACTAMENT AMB DENERVACIÓ PARCIAL.

Laia Berta Compte, Rafael González Hernández, Marta Baraldés Canal, Ferran Fonseca Mallol, Katia Martínez Miguelez, Miguel Ángel Froufe Siota
 Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona

Introducció i objectius

Els bons resultats de les artroplasties total de genoll, amb desaparició del dolor i recuperació de la funció articular ha fet augmentar el nombre d'implants col·locats i la previsió és que continuï augmentant en un futur.

Als 10 anys aproximadament un 90% dels implants evolucionen satisfactòriament, però existeix un petit percentatge que presenta un dolor de tipus neurític, als que etiquetem en el grup de PTG doloroses sense diagnòstic o com a síndrome de dolor locoregional complex.

Material i mètodes

Es realitza l'anàlisi retrospectiu de 6 pacients que presenten dolor persistent després de més de 6 mesos de l'artroplàstia total de genoll (rang 9-24 mesos). Un dels pacients va ser reintervingut en dues ocasions.

En cadascun d'ells es va descartar l'afluixament o mala alineació dels components, inestabilitat i la infecció com a possibles causes de la simptomatologia.

El dolor va ser avaluat pre i postoperatòriament amb la Knee Society Score i l'escala visual analògica del dolor (EVA). Per ser candidats a la denervació havien de presentar una reducció major a 4 punts en la EVA després del bloqueig selectiu de les branques nervioses afectades.

Resultats

En tots els pacients es va denervar com a mínim una branca nerviosa (12 branques en total).

La branca més comunament implicada va ser la infrarrotuliana del nervi safè (41.6% dels casos), seguida del nervi femorocutani intern (33.3%), ambdós amb un abordatge a nivell medial.

El 83% dels pacients van millorar en el postoperatori immediat i aquesta millora es va mantenir durant un seguiment de 6.16 mesos (rang 3-9 mesos)

El dolor va disminuir de 8.83 punts en la EVA (rang 6-9) a 3.17 (rang 0-7) i la valoració segons el Knee Society Score ha millorat de 40.4 punts (funcionalitat pobre) a 73.4 punts (resultat bo).

Conclusió

El diagnòstic de PTG dolorosa per causa neurítica necessita correlació clínica i anatòmica de la possible lesió causant del dolor, i l'hem de contemplar en pacients amb gonàlgia després d'intervencions quirúrgiques o traumatismes quan la resta de proves complementàries són estrictament normals.

CO-31 / 09:10 - 09:20

CIRURGIA DE REVISIÓ DE LA RECONSTRUCCIÓ DEL LLIGAMENT ENCREUAT ANTERIOR ASSOCIANT UNA TENODESI EXTRAARTICULAR LATERAL (TÈCNICA DE LEMAIRE MODIFICADA): EXPERIÈNCIA CLÍNICA HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRÓN.

Eric Rodríguez Montserrat, Joan Minguell Monyart, Enric Castellet Feliu, Maria Mercè Reverté Vinaixa, José Vicente Andrés Peiró, Matias Vicente Goma-Camps
Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona

Introducció i objectius

El fracàs de la plàstia del Lligament Encreuat Anterior (LEA) és al voltant del 10-20%. Els resultats de la replàstia són inferiors i suposen un gran repte quirúrgic. L'objectiu és descriure els resultats clínics de la cirurgia de revisió del lligament encreuat anterior associant-hi una tenodesi extraarticular lateral (tècnica de Lemaire modificada).

Material i mètodes

Estudi prospectiu descriptiu i analític d'una sèrie de casos clínics del mateix centre (HUVH) des del 2014, tractats quirúrgicament amb una replàstia utilitzant al·loinjert + reconstrucció del lligament anterolateral (tècnica de Lemaire modificada). Es descriuen els resultats clínics preoperatoris i postoperatoris als 6 mesos i a l'any de la cirurgia.

Resultats

Hem realitzat 26 replàsties amb una mitja d'edat de 34.8 anys (16-65) i un seguiment mínim d'1 any. Tots ells complien els criteris d'inclusió de l'estudi. El nombre total de pèrdues ha estat de 6 pacients. 9 pacients tenen un seguiment inferior a l'any.

La mitja de reintervenció va ser d'1.8 vegades (1-4) amb un 25% més d'una fallida de la plàstia. La clínica predominant va

ser la inestabilitat i dolor medial de genoll (36%). L'exploració física evidenciava: Lachman ++ i Pivot-shift ++ en el 100%. Calaix anterior 88%.

Lesions associades en el 90%. Afectació del menisc intern MI en el 72% dels pacients, condropatia femoral en el 57% i tibial en el 36% i lesió del menisc extern ME en el 27%.

Com a complicacions destaca en un dels pacients una ruptura de la replàstia de LEA sense ruptura de la plàstia extraarticular.

Com a complicacions menors es va produir una dehiscència de ferida quirúrgica i una cefalea postpunció raquídica.

La taxa de laxitud residual va ser del 18% (2 pacients van presentar Lachman i Pivot-shift +).

La mitja preOP i postOP als testos són: Lysholm 70à90, IKDC 58'9à78'5 i SF12v2 46,2 -->57'5.

Conclusió

Els resultats de la replàstia de LEA clàssica són inferiors als obtinguts al nostre centre amb l'associació de la tècnica de Lemaire modificada. És per això que considerem que associar-hi la plàstia extraarticular és una opció a tenir en compte en els casos de fracàs d'una plàstia primària de LEA.

CO-32 / 09:20 - 09:30

CRIBRATGE I DESCOLONITZACIÓ NASAL I CUTÀNIA PREOPERATÒRIA DE PORTADORS NASALS DE S. AUREUS EN CIRURGIA PROTÈTICA DE GENOLL. ESTUDI RETROSPECTIU.

A. Romero, A. Marrón, M. Brugués, I. Jiménez, X. Pelfort
Hospital de Igualada, Barcelona

Introducció i objectius

La infecció protètica de genoll és una complicació amb una elevada morbiditat el principal organisme patògen de la qual, especialment en la infecció protètica aguda, és l'*Staphylococcus aureus* sensible (SASM) o resistent a meticil·lina (SARM). Els pacients portadors intranasals de *S. aureus* tenen un major risc de presentar infeccions del lloc quirúrgic per aquest microorganisme. Alguns treballs han demostrat que la descolonització amb mupirocina tòpica intranasal i rentats amb sabó de clorhexidina poden ser útils per disminuir l'índex d'infeccions per aquest germen.

L'objectiu d'aquest treball és avaluar si la instauració d'un protocol de cribatge i descolonització de *S. aureus* nasal en els pacients als quals s'intervé de pròtesi total de genoll aconseguix una disminució de la incidència d'infecció postquirúrgica.

Material i mètodes

Estudi retrospectiu on es va comparar la incidència d'infecció postquirúrgica en pacients intervinguts de pròtesi de genoll entre abril de 2014 i desembre de 2016, als que es va realitzar estudi de detecció de colonització nasal per *S. aureus* i eradicació si procedia, respecte a una cohort històrica de pacients intervinguts entre setembre de 2009 i desembre de 2013 no descolonitzats per no estar implantat encara el protocol. Es van incloure un total de 818 pacients (418 en el grup intervenció i 400 en la sèrie històrica) diagnosticats de gonartrosi als que es va intervenir d'una pròtesi total primària de genoll. El cribatge es va realitzar mitjançant la utilització de frotis nasal. El protocol de descolonització realitzat va consistir en l'aplicació simultània de mupirocina 2% intranasal 3 cops al dia i dutxes amb sabó de clorhexidina durant els 5 dies previs a l'ingrés. La profilaxi prequirúrgica en ambdós períodes d'estudi es va realitzar amb cefazolina 2g i vancomicina 1g en pacients al·lèrgics a betalactàmics o portadors de SARM.

Resultats

Del total de 818 pacients revisats es van obtenir dos grups comparables en quant a sexe, edat, ASA i risc d'infecció del lloc quirúrgic (escala NNIS).

En el grup intervenció es van revisar inicialment 418 pacients, 15 dels quals van ser exclosos per no haver-se aplicat el protocol correctament, quedant 403 pacients vàlids per l'anàlisi. En 87 pacients el frotis nasal va ser positiu per *S. aureus*

(21,53%), 79 positius per SASM (90,8%) i 8 per SARM (9,2%). En aquest període es van produir un total de 5 infeccions postquirúrgiques, una d'elles causada per *S. aureus* en un pacient no portador nasal, mentre que en el grup control es van diagnosticar 17 infeccions totals de les quals 8 van ser causades per *S. aureus*. Es va observar una disminució significativa de la incidència d'infeccions totals (1,24% enfront a 4,2%) $p=0,009$ i de les causades per *S. aureus* (20% enfront a 47%)

El 21,53% dels pacients programats per a intervenció quirúrgica de pròtesi de genoll són portadors nasals de *S. aureus*. La implantació d'un protocol de detecció i descolonització nasal i cutània de portadors es va associar a una disminució significativa de la taxa global d'infecció quirúrgica i específicament a la ocasionada per *S. aureus*.

No obstant, l'estudi presenta certes limitacions. Malgrat que ambdós grups van ser comparables, al llarg dels anys inclosos en l'estudi es van implementar diferents mesures d'optimització preoperatòria i de prevenció d'infecció (protocol de ràpida recuperació, canvi d'antisèptic prequirúrgic) que van poder influenciar els resultats obtinguts.

Conclusió

El cribatge i descolonització nasal i cutània dels portadors nasals de *S. aureus* abans de la cirurgia de pròtesi de genoll pot contribuir a la disminució de la infecció quirúrgica global i a la causada per aquest patògen. Cap portador nasal descolonitzat va presentar una infecció quirúrgica per *S. aureus*.

MISCÈL·LANIA

Divendres 12

Sala 2 - 09:30 - 10:00

Orals: CO-33 - CO-35

Moderadors: Collado, Pere
Mir, Pere

CO-33 / 09:30 - 09:40

LA ANTEVERSIÓ COMBINADA PREDIU ADEQUADAMENT L'ESTABILITAT EN LA ARTROPLÀSTIA TOTAL DE MALUC?

Jorge Núñez Camarena, Víctor Barro Ojeda, Alejandro Hernández Martínez
Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona

Introducció i objectius

La luxació és la causa més freqüent de revisió en l'artroplàstia total de maluc (ATM) durant els primers 5 anys després de la cirurgia. Les causes que influeixen en l'estabilitat de l'ATM es relaciona amb les característiques del pacient, les característiques dels implants i en la tècnica quirúrgica. En relació a la tècnica quirúrgica el xoc entre el component femoral i el acetabular es considera causa de luxació. Es considera que una anteverció combinada d'ambdós components entre 25° i 50° és segura per evitar el xoc fèmoreo-acetabular.

L'objectiu d'aquest treball és comprovar si esta anteverció combinada, considerada segura, prediu adequadament l'estabilitat en l'ATM.

Material i mètodes

Estudi de cohorts. Entre l'any 2009 i 2015 van ser intervinguts en el nostre centre 1289 ATM primàries. Es van presentar 34 casos de luxació (2.63%). 20 dones i 14 homes. Edat mitjana 71.08 (DE +/- 11.08) anys. Es va a realitzar un anàlisi clínic del temps entre cirurgia i 1er episodi de luxació, nombre de luxacions i necessitat de re-intervenció. Radiològicament es va analitzar l'anteverció acetabular, femoral i combinada. El concepte d'AC es va aplicar basat en l'equació de Widmer (anteverció acetabular + 0,7 x anteverció femoral). L'AC de 37 ° ± 10 ° va ser considerar com la "zona segura". Les dades radiogràfiques es van mesurar mitjançant una tomografia axial computeritzada (TAC). El seguiment mitjà va ser de 32 mesos (rang 5-61).

Resultats

La majoria de les ATM luxades (73,5%) tenien una anteverció acetabular correcta. L'anteverció acetabular mitjana va ser de 15.1° ± 9.4°. A més, el 38.2% de les ATM luxades tenien una anteverció femoral correcta. L'anteverció femoral mitjana

va ser de 8.4° ± 17.2. Finalment el 35.3% (12 de 34) de les ATM luxades tenien una anteverció combinada correcta. L'anteverció combinada mitjana va ser de 21.1° ± 16.5.

Conclusió

La luxació a l'ATC és multifactorial i encara que una anteverció combinada correcta és necessària per evitar el xoc fèmoreo-acetabular, no es pot considerar com a una zona segura per predir una luxació en l'ATM.

CO-34 / 09:40 - 09:50

CLAU ENDOMEDULAR DE TÍBIA ANTERÒGRAD: ABORDATGE SUPRAPATEL·LAR VS ABORDATGE TRANSROTULIÀ. REDUCCIÓ POSTQUIRÚRGICA ACCEPTABLE?

Katia Martínez Miguélez, Núria Fernández Noguera, Núria Turallols Vidal, Laia Berta Compte, Didac Masvidal Sanz, Miguel Ángel Froufe Siota
Hospital Universitari Josep Trueta, Girona

Introducció i objectius

Les fractures diafisàries de tibia són la causa més freqüent de fractures d'ossos llargs. Els mecanismes en que es produeixen són: traumatismes directes (accidents de trànsit d'alta energia, precipitacions...) o traumatismes indirecte (accidents de baixa energia, caigudes des de pròpia alçada) per forces d'inflexió i rotació on actuen com a importants braços de palanca.

El tractament quirúrgic definitiu per tal d'estabilitzar la fractura és l'enclavament medul·lar. Històricament la via d'abordatge de l'enclavament anterògrad ha estat transrotuliana, però des de fa uns anys està canviant la tendència cap a l'abordatge suprapatel·lar.

Material i mètodes

Presentem una revisió retrospectiva de 66 casos de pacients amb una edat < 85 anys (rang 13-81) que van patir fractures de tibia (classificació d'OTA 42 A-C) durant el període de temps de 2012 fins 2016, els quals se'ls va realitzar reducció i fixació interna amb clau endomedul·lar anterògrad tipus Expert de Synthes®.

S'ha revisat segons el sexe, tipus d'accident, la lateralitat, classificació OTA de les fractures, tipus d'abordatge, temps inici càrrega completa, alineació postoperatòria en el pla frontal i sagital, temps de consolidació radiològica, complicacions postquirúrgiques i necessitat de reintervenció.

Resultats

De la mostra de 66 casos de pacients amb enclavament tibial anterògrad, 40 pacients van ser tractats a través d'un abordatge transrotuliana i 26 de manera suprapatel·lar.

La mitjana d'edat va ser de 41.1 anys (rang 14-81). A l'estudi hi havia 72.8% homes i 28.2% dones.

La lateralitat més freqüent va ser dreta (59.1%).

En la revisió radiològica postquirúrgica, seguint els criteris de Johner i Wruhs, dels pacients tractats amb abordatge transrotulà s'observa una reducció acceptable (tant al pla frontal com sagital) en el 90.1%. En canvi, en els pacients tractats de manera suprapatel·lar, s'observa una reducció acceptable del 93.9%.

Conclusió

La via d'abordatge suprapatel·lar en la tècnica d'enclavament endomedul·lar anterògrad presenta diferents avantatges: facilitar la reducció fractuària, reducció dolor prepatel·lar postoperatori, mantenir el pacient en decúbit supí en pacients politraumàtics, disminució del temps quirúrgic...

En el nostre cas, de la mostra dels 66 casos es pot extreure que no hi ha diferències significatives en la reducció radiològica postquirúrgica de l'abordatge suprapatel·lar i transrotulà. També podem concloure seguint els criteris de Johner i Wruhs, que la reducció ha estat satisfactòria en > 90% dels casos, inclús amb un millor % en els casos d'abordatge suprapatel·lar, sent no estadísticament significativa.

CO-35 / 09:50 - 10:00

FIXADOR EXTERN DE COLZE. UNA PERILLOSA CORBA D'APRENENTATGE. REVISIÓ D'11 CASOS.

Luis Trigo Lahoz, Laura Noguera Alonso, Camila Chanes Puiggrós, Claudia Lamas Gómez, Ignasi Proubasta Renart
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Introducció i objectius

El fixador extern de colze és una tècnica que s'utilitza en l'actualitat per al tractament d'algunes fractures i luxacions del colze, per protegir la reconstrucció o reparació de lligaments col·laterals i per mantenir o assegurar la congruència de l'articulació ulnohumeral en determinats casos.

L'objectiu del nostre estudi és revisar les complicacions derivades de l'ús de fixador extern de colze al nostre Hospital.

Material i mètodes

Des de 2009 a 2016 hem revisat 13 fixadors de colze implantats o controlats en el nostre Servei. (11 pacients, 13 fixadors). 3 Orthofix (Orthofix Inc., Mckenny Texas), 4 DJD II (Stryker, Kalamazoo. EL MEU), 4 Prefix (Orthofix Inc., Mckenny Texas), 2 Hoffmann 2 (Stryker, Kalamazoo. EL MEU). L'edat mitjana ha estat 53,7 anys i el Rang (33-82 anys).

La distribució per sexes: 4 homes i 7 dones. La indicació ha estat fractura o luxació oberta en 5 casos, protecció de la reconstrucció o reparació dels lligaments col·laterals en 4 casos i

per mantindre la congruència articular per diferents processos en 4 casos.

Resultats

Hem observat una elevada taxa de lesions neurològiques: 5 casos (38%), 6 nervis afectats. 4 lesions del nervi radial i 2 del nervi cubital. Dues lesions del nervi radial es van resoldre espontàniament, de les altres dues una d'elles es va convertir a seqüela permanent i una altra va precisar revisió quirúrgica i una sutura nerviosa termino terminal. De les lesions cubitals una d'elles es va resoldre espontàniament i una altra va precisar un alliberament quirúrgic del nervi. Totes les lesions es van objectivar després de la col·locació del fixador. Una pacient va precisar d'amputació transhumeral a causa de la gravetat de les lesions inicials. Un pacient va precisar de tractament antibiòtic per infecció dels pins. En 3 pacients es va realitzar un desbridament quirúrgic encara que per raons no relacionades exclusivament amb el fixador. No va haver-hi cap cas d'afluixaments de pins.

Conclusió

L'alta incidència de complicacions neurològiques en la nostra sèrie ens alerta especialment. En la bibliografia estan descrites aquest tipus de lesions encara que en percentatges menors o com a casos clínics aïllats. Això ens indueix a una autocrítica per la realització de la tècnica quirúrgica per la nostra banda. També existeix la possibilitat que aquestes complicacions es donin en més casos dels comunicats fins al moment. Creiem important posar especial atenció als aspectes tècnics i anatòmics en aquesta cirurgia. Per tot això pensem que l'ocupació de fixadors externs de colze hauria de realitzar-se per cirurgians amb experiència en aquest camp.

PEU

Divendres 12

Sala Plenària - 12:00 - 12:30

Orals: CO-36 - CO-38

Moderadors: Ureña, Raquel
Castro, Conxi

CO-36 / 12:00 - 12:10

CIRURGIA D'AVANTPEU A PACIENTS DEPRESSIUS: OPERAR O NO OPERAR?

Jorge Amestoy Ramos, Daniel Pérez Prieto, Tulia Ferrer Catasús, Javier Lizano Díez, Gemma González Lucena, Alberto Ginés Cespedosa
Parc de Salut Mar, Barcelona

Introducció i objectius

La influència de la depressió a la cirurgia ortopèdica ha sigut àmpliament estudiada en els últims anys. D'altra manera, si parlem de cirurgia d'avantpeu (CA) no hi ha estudis al respecte.

El nostre objectiu és avaluar si la presència de simptomatologia depressiva influeix en els resultats de qualitat de vida i funcionalitat després de la CA.

Material i mètodes

Estudi de cohorts prospectiu que inclou els pacients intervinguts quirúrgicament de patologia d'avantpeu entre 2012-2014. Van ser assignats al grup 1 o al grup 2 en funció de la presència o absència de simptomatologia depressiva, respectivament. Es va estudiar la qualitat de vida mitjançant el SF36 i la funcionalitat mitjançant l'escala AOFAs. Es van recollir en el preoperatori, a l'any de la cirurgia i es va calcular el canvi net.

Resultats

Dels 97 pacients, 22 van ser inclosos en el grup de depressius (22.7%). Tant el grup 1 com el 2 van millorar amb respecte al preoperatori en el test AOFAs ($p < 0.05$). Al comparar resultats preoperatoris, postoperatoris i el canvi net entre els dos grups no es van trobar diferències en cap paràmetre excepte en el sumatori mental del SF-36 preoperatori (MSC) amb una puntuació de 40,18 punts en el grup 1 i 48,62 punts en el grup 2 ($p = 0.006$). En el postoperatori el MCS del grup 1 va millorar fins als 45,50 punts mentre que el grup 2 es va mantenir pràcticament igual (48,28 punts), sense existir en aquest moment diferències entre ambdós grups ($p = 0.56$).

Conclusió

La CA millora la funcionalitat dels pacients independentment de si presenten símptomes depressius o no. Encara que els

pacients depressius presentin pitjors puntuacions mentals en qualitat de vida percebuda en el preoperatori, aquestes puntuacions milloren a l'any de la cirurgia fins a apropar-se a la mitja poblacional i igualant-se als pacients no depressius.

La simptomatologia depressiva no hauria de suposar una contraindicació per a la CA. Segons aquests resultats, els pacients que presenten simptomatologia depressiva podrien millorar el seu estat anímic després de la CA.

CO-37 / 12:10 - 12:20

OSTEOTOMIA TIPUS ZADEK COM A TRACTAMENT QUIRÚRGIC EN TENDINOPATIA INSERCIONAL AQUÍLIA CRÒNICA.

Enrique Pich-Aguilera Blasco, Maria Eulàlila López Capdevila, Alejandro Santamaría Fumas, Alejandro Domínguez Sevilla Emilia Gil Gil Rodríguez, Josep Miquel Sales Pérez
CSI, Sant Joan Despí, Barcelona

Introducció i objectius

La tendinopatia insercional del tendó d'Aquilles és una patologia freqüent en esportistes, però també apareix en persones sedentàries. El tractament és inicialment conservador, amb un ventall ampli de possibilitats. En casos amb evolució no satisfactòria tenim diverses opcions quirúrgiques, entre les quals l'osteotomia de Zadek presenta uns bons resultats preliminars. El nostre objectiu en aquest estudi és demostrar la validesa del canvi d'orientació de l'angle de la deformitat posterior del calcani en la patologia mencionada.

Material i mètodes

Estudi retrospectiu amb 12 peus (11 pacients) amb una edat mitjana de 49 anys, diagnosticats de tendinopatia aquília insercional crònica sense millora amb 6 mesos de tractament conservador.

Intervinguts entre els anys 2013 i 2016 al nostre centre mitjançant osteotomia calcània de cunya dorsal i fixació amb dos cargols d'esponjosa espira parcial de 6.5 mm.

Es valoren les escales AOFAS, VISA-A i EVA de forma pre i post-operatòria, i paràmetres radiològics com l'angle d'inclinació del calcani, longitud del calcani i angles de Fowler-Phillips. El seguiment mitjà va ser de 14.33 mesos.

Resultats

Tots els pacients van millorar clínicament.

L'escala EVA va millorar de 8 a 2 punts, l'AOFAS de 41.5 a 86.5 i VISA-A de 25.83 a 76.41.

Conclusió

Segons els resultats obtinguts al nostre centre l'osteotomia posterior del calcani seria una bona tècnica a valorar en casos

de teninopatia aquília crònica sense milloria amb tractament conservador. Biomecànicament, la reducció de la tensió sense disrupció del tendó porta a un alleujament simptomàtic de tots els pacients.

CO-38 / 12:20 - 12:30

TRACTAMENT DE L'HALLUX RÍGIDUS MITJANÇANT ARTRODESI METATARSO Falàngica amb placa DORSAL.

Marta Comas Aguilar, Ana Méndez Gil, Glòria Albertí Fitó, José María Jimeno Torres, Eugenio Jimeno Torres
ICATME - Hospital Universitari Dexeus, Barcelona

Introducció i objectius

L'Hallux Rígidus (HR) pot definir-se com l'afectació degenerativa de la primera articulació metatarsofalàngica i del complex sesamoideu.

Afecta entre el 2,5 i el 5% de la població major de 50 anys d'edat.

Més prevalent en dones, existint història familiar positiva en 2/3 dels casos. En aquests casos, és bilateral en el 95%.

Es tracta de l'artrosi més freqüent de peu i turmell i de la segona patologia més freqüent en aquest àmbit, després de l'hallux valgus. La principal simptomatologia és el dolor, la restricció de la mobilitat i l'osteofitosi periarticular.

L'objectiu primordial d'aquest estudi és avaluar els casos d'hallux rígidus tractats mitjançant artrodesi metatarsofalàngica amb placa dorsal, analitzant les característiques dels pacients, resultats radiològics, simptomatologia, consolidació, complicacions, possible retirada de material d'osteosíntesi i qualitat de vida al mes, sis i dotze mesos.

Material i mètodes

Es tracta d'un estudi retrospectiu de les artrodesis metatarsofalàngiques amb placa dorsal, per al tractament dels hallux rígidus classificats com a Caughlin III-IV, atesos en el nostre centre, entre 2013 i 2016.

Revisió de les històries clíniques i avaluació telefònica, mitjançant qüestionaris específics, sobre la situació actual.

Resultats

Anàlisi de 12 casos: 7 homes i 5 dones. Edat mitjana de 61,2 anys. 20% dels casos presentaven comorbiditat prèvia. 8 casos drets, 4 casos esquerres. 1 cas havia estat sotmès a intervenció quirúrgica prèvia. Intervenció quirúrgica en règim ambulatori. Un 5% dels casos va presentar persistència del dolor a la marxa. En cap cas es va procedir a la retirada del material d'osteosíntesi. Cap cas d'infecció registrat. Avaluació mitjançant test AOFAS pre i post-quirúrgic i mitjançant SF-12 i SF-36 actual.

Conclusió

La tècnica quirúrgica descrita es reserva per a graus III-IV de la classificació de Caughlin. Es troba en discussió l'ús de plaques, cargols o pròtesi metatarsofalàngiques per al tractament d'aquesta patologia. Els resultats de les pròtesi han estat controvertits, precisant, moltes d'elles, de rescat amb artrodesi. De les artrodesi, s'ha descrit l'ús de cargols, plaques i altres implants, associant, o no, l'ús d'injert en funció de l'stock ossi del pacient i la presència o no d'hallux minus. Segons la literatura, i en la nostra experiència, l'ús dels actuals sistemes de plaques, permetent compressió a nivell de l'artrodesi, comporta una solució efectiva, permetent controlar l'angulació definitiva al ser aquestes preconformades.

L'hallux rígidus suposa una minva important en la qualitat de vida dels pacients, requerint d'un tractament individualitzat, depenent de l'estadi clínic-radiològic. En casos d'hallux rígidus graus III-IV, la tècnica descrita és actualment el patró or, consistint en un procediment poc agressiu, amb una taxa de complicacions molt baixa, i afavorint una ràpida recuperació del pacient, millorant així la seva qualitat de vida.

RAQUIS

Divendres 12

Sala 2 - 12:00 - 12:30

Orals: CO-39 - CO-41

Moderadors: Jorge, Carles

González Cañas, Lluís

CO-39 / 12:00 - 12:10

CANVI DE L'ESCALA DEL DOLOR DEL SRS-22 DESPRÉS DE LA CIRURGIA EN PACIENTS AMB ESCOLIOSI IDIOPÀTICA.

Núria Mariano Martín, Mireia Lanza Martínez, Joan Bagó Granell, Antonia Matamalas Adrover, Elisa D'Agatta, Ferran Pellisé Urquiza

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona

Introducció i objectius

L'efecte de la cirurgia sobre el dolor percebut en pacients amb escoliosi idiopàtica (EI) no ha estat plenament analitzat.

L'objectiu és analitzar i comparar la qualitat de vida entre dos grups de pacients diagnosticats d'EI i tractats quirúrgicament que presenten diferent nivell de dolor abans de la cirurgia.

Material i mètodes

Es van incloure 109 pacients (edat mitja 18a.) (85% dones) diagnosticats d'EI i tractats quirúrgicament mitjançant una fusió posterior instrumentada. El temps de seguiment mitjà va ser de 20,5 mesos. 39 pacients (35,8%) es van incloure en el grup de dolor no acceptable (Grup Dolor, subescala de dolor SRS-22 < 3,8) i 70 pacients (64,2%) en el grup de dolor acceptable (Grup No Dolor, subescala de dolor SRS-22 major o igual a 3,8). L'anàlisi estadístic va incloure la comparació de les dades preoperatòries, postoperatòries i el canvi mitjà després del tractament quirúrgic entre els dos grups.

Resultats

En el grup No Dolor, un 21% dels pacients va presentar un empitjorament del dolor i només un 25,7% van millorar per sobre de la mínima diferència clínicament important (MDCI); en el grup Dolor, només un 7,6% van reportar un empitjorament del dolor, mentre que el 92,3% dels pacients van millorar per sobre de la MDCI.

Conclusió

Els pacients amb dolor preoperatori no acceptable tenen una pitjor puntuació a totes les dimensions i al score total del SRS-22 en comparació amb el grup No Dolor. El grup Dolor mostra major millora després del tractament quirúrgic en totes les es-

cales del SRS-22 però idèntica satisfacció amb el tractament. En aquest grup, un major percentatge de pacients milloren per sobre de la MDCI de l'escala de dolor. No obstant, en el moment del seguiment, ambdós grups només s'han igualat en la subescala de salut mental i imatge corporal. Pel contrari, el grup No Dolor segueix presentant millors puntuacions en les escales de dolor, funció i score total.

CO-40 / 12:10 - 12:20

ASSOCIACIÓ ENTRE FRACTURA VERTEBRAL TORÀCICA I FRACTURES COSTALES. INFLUÈNCIA EL RESULTAT RADIOLÒGIC POSTOPERATORI A MITJÀ TERMINI.

Jorge Núñez Camarena, Antonia Matamalas Adrover, Pilar González Tartiè, Manuel Ramírez Valencia, Joan Bago Granell, Ferran Pellisé Urquiza

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona

Introducció i objectius

La caixa toràcica juga un paper important en l'estabilitat de la columna vertebral. Es desconeix la implicació que aquesta té en el tractament de la fractura vertebral toràcica (FT). El nostre objectiu és descriure una població de pacients amb FT associades a fractures de la caixa toràcica, i avaluar la influència de les fractures costals / externals associades amb el resultat radiològic postquirúrgic.

Material i mètodes

Es van revisar de manera retrospectiva dels pacients intervinguts mitjançant artròdesi posterior instrumentada per FT secundàries a traumatismes d'alta energia entre 2010-2014. Es van recollir i van analitzar les variables demogràfiques, quirúrgiques i radiològiques. Es van recollir les característiques de les fractures i lesions toràciques associades i es va calcular l'Índex de Severitat del Trauma Toràcic (TTSS). Es va mesurar la cifosi local (CL) i regional (CR), el percentatge de translació (% T) i de compressió anterior (% CA) i posterior (% CP) del cos vertebral inicial, postoperatori i al final del seguiment. Calculem la correcció obtinguda després de la cirurgia i la pèrdua de correcció final. La mostra es va dividir en dos grups depenent del nombre (0-3 vs > 3) de fractures costals.

Resultats

43 pacients (edat mitjana 39.9 anys; 74.4% homes; 65.1% lesió medul·lar). Un 39.6% de fractures tipus B i un 34.9% tipus C (classificació AO). El TTSS mitjà va ser de 5.5 (0-19) punts. Un 41.9% va associar > 3 fractures costals i un 30.2% una fractura externa. El seguiment mitjà va ser de 23.3 mesos. Els pacients amb > 3 fractures costals associades tenien un major % de fractures múltiples i fractures tipus C amb un % T significativament més gran. El % de pacients amb fractures externals també

va ser més gran en aquest grup. No obstant això el nombre de nivells instrumentats, la pèrdua de correcció de les diferents variables radiològiques i les complicacions / reintervencions associades a l'implant van ser similars.

Conclusió

Un 55.8% dels pacients tenien fractures costals. Els pacients amb > 3 fractures costals tenen un traumatisme vertebral i tòrax més sever. La presència de fractures costals associades no sembla influir en els nivells instrumentats ni en el resultat radiològic final a la nostra mostra.

CO-41/ 12:20 - 12:30

EVOLUCIÓ DEL TRACTAMENT CONSERVADOR DE LES INFECCIONS SUPERFICIALS EN CIRURGIA DEGENERATIVA DE COLUMNA LUMBAR.

Sergi Rodríguez Alabau, Gemma Vilà Canet, David Cáncer Castillo, Anna García De Frutos, Maria Teresa Ubierna Garcés, Enric Cáceres Palou

ICATME- Hospital Universitari Quiron Dexeus, Barcelona

Introducció i objectius

En certes ocasions, rere una cirurgia de columna lumbar, pot ser difícil diferenciar una infecció superficial d'una infecció profunda.

L'objectiu d'aquest estudi es conèixer la prevalença i l'evolució a mig plaç dels pacients diagnosticats d'infecció superficial rere cirurgia degenerativa columna lumbar tractats de manera conservadora, així com determinar les complicacions tardanes i comparar els resultats funcionals i l'evolució del dolor d'aquest grup de pacients amb un grup control al final del seguiment.

Material i mètodes

Revisió retrospectiva de la base de dades del nostre centre des de gener 2011 fins desembre 2014 incloent totes les cirurgies degeneratives de columna lumbar realitzades, tant instrumentades com sense instrumentar.

Es diagnostica d'infecció superficial segons els criteris del "Center for Disease Control and Prevention" juntament amb l'obtenció d'un cultiu positiu obtingut en condicions d'esterilitat durant els 30 primers dies post-operatoris.

Tots els casos es van tractar amb antibiòtic via oral segons antibiograma. El seguiment mig va ser de 30 mesos. Al final del seguiment es va realitzar RMN a tots els pacients i RMN i TAC al grup de pacients instrumentats per descartar complicacions.

Finalment es va comparar el dolor segons escala visual analògica (EVA) i la funció segons Oswestry Disability Index (ODI) amb un grup control de pacients intervinguts de patologia similar, obtinguts de la mateixa base de dades.

Resultats

11 pacients (1,19%) d'una mostra de 920 van complir els criteris diagnòstics d'infecció superficial. Sis eren cirurgies instrumentades tipus TLIF i 5 sense instrumentar.

Tots ells es van tractar amb antibiòtic via oral amb una durada mitja de 21 dies. Al final del seguiment cap d'ells va evolucionar a infecció profunda que requerís desbridament. Els pacients instrumentats no van mostrar imatges d'afluixament de material ni de falta de fusió en les proves d'imatge realitzades ni cap RMN va mostrar canvis de senyal suggestius d'infecció profunda. Els valors d'ODI i EVA no van mostrar diferències significatives respecte el grup control.

Conclusió

La conclusió d'aquest estudi és que si una infecció superficial derivada d'una cirurgia de columna degenerativa lumbar és tractada correctament de manera conservadora durant el primer mes postquirúrgic, és poc probable que derivi a una infecció profunda. L'evolució del dolor i la funció d'aquest grup de pacients és similar a la dels pacients que no pateixen aquesta complicació.

MILLORS COMUNICACIONS ORALS

Divendres 12

Sala Plenària - 15:30 - 16:30

Millors orals: MO-01 - MO-06

Moderadors: Torner, Pere

Puig, Lluís

MO-1

MEGAPRÒTESIS MODULARS EN EL TRACTAMENT DE LA INFECCIÓ CRÒNICA PERIPROTÈSICA AMB UN DEFECTE OSSI MASSIU.

Matias Vicente Goma-Camps, Mireia Lanza Martínez, Carles Amat Mateu, Lluís Carrera Calderer, Pablo Corona Pérez-Cardona

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona

Introducció i objectius

El tractament de casos terminals d'infecció periprotèsica (IPP), on a l'existència d'una infecció activa, s'hi afegeix un defecte ossi massiu, és un repte. En aquest escenari l'ús d'una megaprotèsis modular (MPM) es converteix en una opció per poder solucionar la gran pèrdua de reserva òssia. Des d'un punt de vista teòric, l'ús d'implants amb grans superfícies metàl·liques podria afavorir l'adherència bacteriana i ser un obstacle per a la curació de la infecció. El principal objectiu del nostre estudi és valorar la recidiva de la IPP amb l'ús d'una MPM, establint la hipòtesis de que la taxa de curació no és inferior a les aconseguides amb implants estàndards. Com a objectius secundaris valorem les principals complicacions i el grau de satisfacció dels pacients i la supervivència de l'implant.

Material i mètodes

Es realitza un anàlisi retrospectiu de 27 pacients afectes d'una infecció periprotèsica crònica de genoll o maluc tractats mitjançant l'ús d'una MPM en un o dos temps quirúrgics. Tots els pacients van ser operats entre 2010 i 2014 a la nostra institució. Les dades demogràfiques, clíniques i quirúrgiques es van obtenir dels informes clínics. Classifiquem les MPM en tres tipus: Tipus I (substitució fèmur proximal), tipus II (substitució fèmur distal) i tipus III (artroplàstia total de fèmur). Es va valo-

rar el grau de satisfacció dels pacients amb tres qüestionaris: EVA (escala visual analògica), SAPS (Self-Adminstrated Patient Satisfaction Scale) i LEFS (Lower extremity functional scale). L'objectiu principal és avaluar la curació de la infecció amb un seguiment mínim d'un any. Es va utilitzar l'estadística descriptiva per presentar els resultats. Les variables quantitatives es van comparar mitjançant la prova t de t-Student (paramètrics) considerant un valor de $p < 0,05$. Les dades es van analitzar utilitzant el programa estadístic Stata 14 (StataCorp LP, EUA).

Resultats

Un total de 27 pacients (12 homes i 15 dones) amb una mitjana d'edat de 73,2 anys (DE 11,56) s'adaptaven als criteris d'inclusió. Segons el tipus de MPM, els casos es divideixen: 5 al grup I, 12 al grup II i 10 al grup III. La mitjana de cirurgies prèvies va ser de 3 (DE 0,389). La mitjana del temps quirúrgic va ser de 212,9 minuts (DE 84,06) amb una estança hospitalària de 20,5 dies d'ingrés (DE 13,47). Com a complicacions intraoperatòries cal destacar una lesió del nervi CPE (neuroapràxia), una lesió de l'arteria poplítica i una lesió de la vena poplítica. Com a complicacions a llarg termini destaquen una amputació, una fractura periimplant i dues luxacions. La taxa de reintervenció va ser del 33%. Durant el període de seguiment no hem tingut cap cas d'afluixament asèptic, presentant només un cas de recanvi degut a la recidiva de la infecció. Respecte a la curació de la infecció, s'ha presentat en un 81,48% dels pacients. La mitjana en els qüestionaris va ser de 37 LEFS (DE 17,4), de 276,9 SAPS (DE 52,5) i de 4,69 VAS (DE 3,4). El test de LEFS va presentar una diferència de mitjanes significativa entre els diferents grups de pacients (-23,52 IC: -39,4 a -7,6).

Conclusió

Segons el nostre coneixement, aquest és l'estudi amb la mostra més gran de pacients tractats amb una megaprotèsis degut a una infecció periprotèsica fins la data actual. Després d'un o més anys de seguiment, el 81,4% dels pacients estan lliures de recidiva sèptica, confirmant la nostra hipòtesis inicial. L'ús de les megaprotèsis modulars és una opció en el tractament d'aquest tipus de patologia quan es porta a terme per una unitat d'experts, encara que presenta complicacions potencialment greus.

MO-2

INDUCCIÓ DE L'OSTEONECROSI DE CAP FEMORAL MITJANÇANT L'ÚS PERCUTANI DE CRIOTERÀPIA I POSTERIOR TRACTAMENT AMB BIOMATERIALS: MODEL ANIMAL EN OVELLA

Alba López Fernández¹, Víctor Barro Ojeda², Mònica Ortiz Hernández³, Maria Pau Ginebra Molins³, Maria Cristina Manzanares Céspedes⁴, Roberto Vélez Villa²

1. Enginyeria Tissular Musculoesquelètica, Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), Barcelona,
2. Enginyeria Tissular Musculoesquelètica, Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR) - Servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona
3. Grup de Biomaterials, Biomecànica i Enginyeria de Teixits, Departament de Ciència dels Materials i Enginyeria Metal·lúrgica, EEBE, Barcelona
4. Unitat d'Anatomia i Embriologia Humana, Departament Patologia i Terapèutica Experimental, Universitat de Barcelona (UB), Barcelona

Introducció i objectius

L'osteonecrosi de cap femoral (ONCF) afecta principalment a pacients joves i actius, sense tractament l'entitat progressa en pocs anys cap a deformitat i incongruència articular, presentant al seu estadi avançat canvis degeneratius articulars, dolor i incapacitat funcional, generant un impacte socioeconòmic important. Tot i que existeixen factors que s'han relacionat directament amb l'ONCF (fractures, corticoides, alcohol, irradiació, malaltia de Caisson), l'etiologia i la patogènesi persisteixen incertes. El tractament de l'ONCF representa pel cirurgià ortopèdic un gran repte degut a la gran variabilitat clínica i radiològica d'aquesta entitat. El desenvolupament d'estudis experimentals representa una eina de gran utilitat ja que ens ajuda a acabar de definir la patogènesi de la malaltia i alhora estudiar noves opcions de tractaments preclínic.

Material i mètodes

El model experimental va consistir en induir experimentalment osteonecrosi al cap femoral dret de 12 ovelles adultes mitjançant la introducció d'una sonda percutània de crioteràpia amb un sistema d'heli i argó (Cryo-44 Crioprobe, Endocare Cryocare, HealthTronics). A les 6 setmanes posteriors a la inducció de l'ONCF, els animals es dividiran en tres grups terapèutics, la descompressió central s'associarà amb un dels següents tractaments, excepte el grup control al qual no se li aplicarà cap tractament afegit: Grup A: tractament amb concentrat de moll d'os i grànuls de β TCP (4 ovelles), Grup B: tractament amb rhBMP-2 i grànuls de β TCP (4 ovelles), Grup C: tractament de descompressió òssia central (4 ovelles). Després d'un seguiment total de 12 setmanes, l'ONCF serà avaluada

per RM. Els caps femorals obtinguts seran estudiats per microtomografia computaritzada (microCT), proves de biomecànica, anàlisi histològic i immunohistoquímic per tal d'avaluar el potencial regeneratiu ossi de cada tractament.

Resultats

Es va realitzar la inducció d'ONCF en 17 ovelles. Del total d'ovelles incloses 12 van completar les 6 setmanes d'inducció de la lesió i van ser distribuïdes en els diferents grups d'estudi. La resta d'animals no van completar l'estudi degut a complicacions posteriors. Es va observar regeneració òssia en tots els grups estudiats ja que s'observa la presència de formació d'os nou sobre les trabècules preexistents lesionades en major o menor grau, tot i que no podem establir diferències significatives entre els grups.

Conclusió

Els tractaments obtinguts s'han demostrat segurs ja que no s'han observat alteracions sistèmiques ni analítiques que suggereixin una alteració sistèmica ni local. Tots els tractaments aplicats estimulen la regeneració òssia, en major o menor grau, ja que promouen la formació d'os nou sobre les trabècules preexistents en la zona de la lesió.

MO-3

PREVENCIÓ DEL SAGNAT POSTOPERATORI: ESTUDI MULTICÈNTRIC, RANDOMITZAT, PARAL·LEL I CONTROLAT AVALUANT L'EFICÀCIA DE L'ÀCID TRANEXÀMIC I LA COLA DE FIBRINA EN PACIENTS INTERVINGUTS PER FRACTURA SUBCAPITAL DE FÈMUR

Camila Chanes Puiggrós¹, Marcos Jordan Sales¹, Pablo Castellón², Mónica Salomó³, José María Mora⁴, María José Martínez Zapata⁵

1. Servei de Traumatologia i Ortopèdia. Hospital de la Santa Creu I Sant Pau, Barcelona
2. Servei de Traumatologia i Ortopèdia. Hospital Universitari Mútua Terrassa, Barcelona
3. Servei de Traumatologia i Ortopèdia. Consorci Hospitalari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona
4. Servei de Traumatologia i Ortopèdia. Hospital Universitari Terrassa, Barcelona
5. Servei d'Epidemiologia i Salut Pública-Centro Cochrane Iberoamericano. IIB Sant Pau. Hospital de la Santa Creu I Sant Pau, Barcelona

Introducció i objectius

L'associació del sagnat postoperatori important en context de cirurgia per fractura femoral és ben coneguda. L'objectiu va ser avaluar l'eficàcia de l'àcid tranexàmic i de la cola de fibrina tòpica en la reducció del sagnat postoperatori i de la necessitat

de transfusió sanguínia en la cirurgia per fractura subcapital de fèmur.

Material i mètodes

Estudi randomitzat, multicèntric (5 centres espanyols), obert i paral·lel amb 3 grups comparatius: cola de fibrina (Evicel®) més hemostàsia habitual (grup 1), àcid tranexàmic tòpic més hemostàsia habitual (grup 2) i hemostàsia habitual (grup 3).

Es van incloure pacients adults, homes i dones, amb fractura subcapital de fèmur. La randomització es va estratificar per centres i pròtesis i va ser implementada mitjançant una taula aleatòria generada per ordinador. La distribució del tractament va ser realitzada centralment via telefònica.

La variable principal va ser pèrdua de sang quantificada en mil·lilitres mitjançant els drenatges en el postoperatori. Altres variables secundàries van ser la pèrdua total de sang calculada segons la fórmula Nadler i la proporció de pacients que va requerir transfusió sanguínia.

Resultats

161 pacients van ser inclosos; 36 (22.4%) homes i 125 (77.6%) dones, amb edat mitjana de 84 anys (SD8.5). 57 pacients al grup 1, 52 al grup 2 i 52 al grup 3. El sagnat quantificat en els redons van ser de 170 (135)ml, 197 (169)ml, i 150 (124) ml, respectivament ($p=0.256$). La pèrdua total de sang va ser 1613 (DE1023)ml al grup 1, 1565 (DE855)ml al grup 2, 1180 (DE791)ml al grup 3 ($p=0.056$). En el període postoperatori un total de 63 pacients van requerir transfusió sanguínia; 25 al grup 1, 22 al grup 2 i 16 al grup 3 ($p=0.321$).

Conclusió

L'anàlisi preliminar mostra que tant l'àcid tranexàmic com la cola de fibrina tòpica no van ser útils en reduir la quantitat de sagnat als redons comparat amb les mesures d'hemostàsia habituals en pacients intervinguts per fractura subcapital de fèmur.

MO-4

CARACTERÍSTIQUES ÒSSIES DE LA TUBEROSITAT BICIPITAL EN LA REINSERCIÓ DEL TENDÓ DEL BÍCEPS DISTAL: ESTUDI ANATOMORADIOLÒGIC

Alexandre Lázaro Amorós¹, José Ballesteros Betancourt², Manuel Llusà Pérez², Xavier Cardona Morera De La Vall¹, Xavier Gómez Bonsfills¹

MC Mutual, Barcelona
Hospital Clínic de Barcelona

Introducció i objectius

L'objectiu de l'estudi ha estat avaluar la importància de la densitat i el gruix de la cortical de la tuberositat del radi en la resistència dels implants en les reinsercions del tendó del bíceps distal. En aquest estudi hem mesurat la densitat i gruix cortical en l'os de les diferents parts de la tuberositat bicipital del radi en ossos de cadàver.

Material i mètodes

Es van utilitzar setze braços de cadàver per a aquest estudi. Es va realitzar una tomografia computeritzada (MDTC) a cada radi proximal i es va mesurar el gruix i la densitat de la cortical anterior i posterior així com en l'os trabecular anterior en les diferents parts de la tuberositat bicipital. Es va realitzar una anàlisi estadística i de concordança dels resultats.

Resultats

En els nostres exemplars les parts mitja i distal de la cortical anterior i l'os trabecular anterior eren més gruixudes, (mitjana 11,3 mm SD 2.72 i 11.17 mm SD 3.05), amb una diferència significativa en comparació amb la part proximal (10,3 mm SD 2.35). Els tres segments de la cortical posterior eren tots més gruixuts en comparació amb els de la cortical anterior (proximal 3,15 mm SD 1,31; mitja 3,33 mm SD 1,5; distal 3,34 mm SD 1,43), però sense diferències estadístiques entre elles. La densitat òssia mesurada era equivalent a les tres parts de la cortical anterior i en l'os trabecular [proximal 1.924,63 SD 547,22; mitja 1.848,19 SD 538,59; distal SD 2100.47 396.32 Unitats Hounsfield (HU)]. La cortical posterior era més densa en comparació amb la cortical anterior i l'os trabecular anterior en tots els segments (proximal 1.962,63 SD 223,57; mitja 1.907,16 SD 232,08; distal 1.987,06 SD 189,12 HU), però sense diferències estadístiques entre les tres parts.

Conclusió

A partir dels resultats d'aquest estudi anatómic hem demostrat que la cortical anterior i l'os trabecular anterior de les regions mitja i distal de la tuberositat bicipital són més gruixudes que la part proximal, creiem que aquests segments podrien donar una millor resistència als implants monocorticals. Les nostres troballes suggereixen que les parts més fortes de la tu-

berositat bicipital són la proximal i mitja de la cortical posterior. Si utilitzem un implant bicortical la perforació a través del radi creiem que hauria de ser en aquestes parts. A més, considerem que aquestes zones donen més marge de seguretat per evitar danys en la branca interòssia posterior del nervi radial, lesió que es produeix durant la perforació del forat cortical posterior de la tuberositat radial.

MO-5

IMPACTE DE LA FRACTURA VERTEBRAL EN EL RESULTAT FINAL DEL PACIENT POLITRAUMÀTIC

Matias Vicente Goma-Camps, Pilar González Tartièrre, Manuel Ramírez Valencia, Antonia Matamalas Adrover, Marylin Riveiro Vilaboa, Ferran Pellisé Urquiza
Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona

Introducció i objectius

Hi ha pocs estudis que avaluïn l'impacte de la fractura vertebral (FV) en el context d'un politraumatisme. L'objectiu va ser avaluar l'impacte de la FV sense lesió medul·lar (LM) en la qualitat de vida, dolor i salut mental a mig / llarg termini en aquests pacients.

Material i mètodes

Revisió retrospectiva de pacients politraumàtics ingressats entre 2010 i 2015 al nostre centre, i estudi transversal de qualitat de vida i estat psicològic a mig / llarg termini mitjançant l'administració de qüestionaris específics (EQ5D, PCL, HADS). Criteris inclusió: > 18 anys, Index Severity Score (ISS) ≥ 16. Criteris exclusió: Glasgow Outcome Scale Extended (GOSE) ≤ 3 en el moment d'inclusió, pacients amb LM. Es van comparar els resultats dividint la mostra segons presència de FV (FV vs no FV).

Resultats

85 pacients de 177 van acceptar participar, 32 d'ells van contestar als qüestionaris (edat mitjana 50,3; 78,1% homes). 21 pacients tenien alguna FV, el 70% es classificaven segons l'AO com tipus A1 i A2. Els accidents de trànsit van ser el mecanisme més freqüent de traumatisme. Només un pacient del grup de FV va ser degut a un intent d'autòlisi. L'estada hospitalària mitjana va ser de 57,6 dies (28,09 a UCI) durant la qual el 46,9% de la mostra va presentar alguna complicació major. Els pacients amb FV van tenir significativament un major nombre de lesions a l'ingrés (FV 7,6 vs no FV 4,7). No obstant, no hi va haver diferències en cap de les escales de gravetat del trauma (ISS: FV 22,4; no FV 25), excepte en AIS Cap (FV 1,8; no FV 3,1) i AIS columna.

Un 39,5% de la mostra va ingressar amb TCE greu. El temps mitjà des del traumatisme fins a la resposta als qüestionaris va ser de 44,6 mesos (14-80).

Un major percentatge del grup de pacients amb FV presentaven algun problema (72,2%), o problemes extrems (16,7%) en la dimensió del dolor / malestar del EQ5D (OR = 12), a més van tenir pitjor puntuació en qualitat de vida global (EQ5D índex FV = 0,5; no FV = 0,9) a mig / llarg termini. Aquest grup de pacients va puntuar pitjor en l'escala d'estrès posttraumàtic (PCL FV = 40,5; no FV = 27).

Conclusió

La FV associada a un politraumatisme multiplica per 12 el risc de patir dolor i malestar, fins i tot anys després de la lesió respecte a pacients amb un traumatisme de mateixa gravetat sense FV. Això sembla afectar la qualitat de vida global. A més, aquests pacients pateixen més símptomes d'estrès posttraumàtic.

MO-6

REGISTRE D'ARTROPLÀSTIES DE GENOLL DE CATALUNYA: QUINA EVIDÈNCIA RECOLZA A LES NOSTRES PRÒTESIS?

Raquel Samaniego Alonso¹, Elena Gaviria Parada¹, Miquel Pons Cabrafiga¹, Olga Martínez Cruz², Mireia Espallargues Carreras²

1. Hospital San Rafael, Barcelona

2. Registre d'Artroplasties de Catalunya, Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS), Barcelona

Introducció i objectius

En el nostre medi és cada vegada més acceptat i necessari realitzar una activitat sobre la base de l'evidència científica i, en el camp de la cirurgia protètica, la tècnica i els implants haurien de regir-se pels mateixos principis. Els registres nacionals d'artroplasties permeten analitzar aquesta pràctica i avaluar els resultats de la mateixa. L'objectiu del nostre treball és analitzar l'evidència científica que dona suport als models d'artroplàstia total de genoll implantats en els hospitals d'utilització pública de Catalunya.

Material i mètodes

Per mitjà de la base de dades del Registre Català d'Artroplasties (RACat) vam realitzar una revisió retrospectiva de les artroplasties totals primàries de genoll (CR, PS, constreta i frontissa) realitzades entre 2005-2013, exclouent els models implantats en un nombre ≤ 10 unitats. La recerca d'evidència científica es va basar en el "Orthopaedic Data Evaluation Panell" (ODEP, Regne Unit). Si el model encara no estava recollit a la base de dades, varem utilitzar altres motors de cerca reconeguts internacionalment com PubMed, Tripdatabase i Google Acadèmic, classificant l'evidència segons l'escala Oxford.

Resultats

De les 42.087 pròtesis implantades, es van analitzar 41.947 (99.68%) corresponents a 74 models; la resta corresponia als models implantats en un nombre ≤ 10 unitats. En 25 models ($n = 23619$) (56.3%) es va trobar evidència ODEP. En 13 models ($n = 4715$) (11.24%) no es van trobar evidències clíniques que recolzin científicament el seu ús. En els 36 models restants ($n = 13713$) (32.69%) predominaven els estudis de nivell IV amb una baixa evidència.

Conclusió

Hi ha un nombre significatiu de pròtesis implantades (11.24%) en les quals no s'ha trobat evidència científica. Cal destacar el nombre de models, 36 d'un total de 110, amb una implantació ≤ 10 unitats que correspon al 0,32%. La implantació d'un registre d'artroplasties s'ha revelat com una eina extremadament útil que permet analitzar i extreure conclusions que permeten millorar l'eficiència d'aquesta tècnica quirúrgica.

CARTELLS CIENTÍFICS

ESPATLLA

P-01

LUXACIÓ ERECTA D'ESPATLLA AMB COMPROMÍS VASCULAR: A PROPÒSIT D'UN CAS.

Joan Vilanova Laguna, Vanesa Vega Ocaña, Andrea Manent Molina, Rubén Sánchez Naves, Miquel Sales Pérez
CSI-Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Barcelona

Introducció i objectius

Les luxacions gleno-humerals són una de les patologies traumàtiques de l'espatlla més freqüents als nostres serveis d'urgència. Dins d'aquestes, són rares (al voltant del 0,5% segons la literatura) les luxacions erectes, conseqüència d'un mecanisme axial bruscat que condiciona una luxació inferior del cap humeral, amb interposició del deltoïdes, que impedeix el retorn a la seva posició anatòmica.

Material i mètodes

Presentem una pacient de 69 anys, amb antecedents d'osteoporosi i tremolor essencial. Consulta a urgència després de caiguda casual amb elevació en abducció de l'extremitat superior dreta i impotència funcional. L'estudi radiològic mostra luxació erecta d'espatlla dreta i artropatia degenerativa severa. Clínicament associa fredor i hipostèsia a nivell de la mà ipsilateral. Es procedeix a reducció tancada amb persistència de la simptomatologia neuro-vascular distal, pel que es realitza angio-TAC de l'extremitat, objectivant-se una oclusió curta (18 mm) de l'artèria axil·lar.

Resultats

Sota indicació de Cirurgia Vascular s'inicia tractament amb HBPM endovenosa, i recuperació progressiva de la clínica vascular.

Durant el seguiment se sol·licita RMN que mostra una ruptura massiva de manegot dels rotadors, que condiciona una impotència funcional severa. A l'any, amb una milloria de la permeabilitat vascular del 80% resta pendent d'artroplàstia total d'espatlla.

Conclusió

La luxació erecta d'espatlla és una entitat poc freqüent. Requereix una acurada exploració neuro-vascular, per tal de diagnosticar lesions associades que poden posar en risc la funcionalitat de l'extremitat. En cas de lesió vascular, és imperatiu l'inici del tractament de la mateixa per a evitar lesions isquèmiques irreversibles.

Si s'associa a una edat avançada i artropatia degenerativa, cal valorar l'integritat del manegot dels rotadors, ja que pot condicionar la necessitat de futures intervencions durant el seguiment.

P-02

RESULTATS DE LA REPARACIÓ PER ARTROSCÒPIA DEL MANEGOT DELS ROTADORS EN MAJORS DE 65 ANYS.

Andrea Manent Molina, Vanesa Vega Ocaña, Rubén Sánchez Navas, Joan Vilanova Laguna, María José Muñoz Arnedo, Miguel Velasco Roca
Consorci Sanitari Integral, Barcelona

Introducció i objectius

La patologia del manegot dels rotatoris és una patologia freqüent, predominantment en pacients d'edat avançada (> 20%). Aquesta patologia contribueix a la disfuncionalitat de l'espatlla i a la seva progressió a artropatia glenohumeral. L'augment de la demanda funcional d'aquests pacients presenta un repte per a l'elecció del tractament adequat, existint controvèrsia ja que presenten bons resultats tant la reparació per artroscòpia com l'artroplàstia invertida d'espatlla. L'objectiu d'aquest estudi és valorar els resultats de la reparació de les ruptures de manegot per artroscòpia en majors de 65 anys.

Material i mètodes

Revisió de tots els pacients majors de 65 anys d'edat intervinguts de ruptura de manegot mitjançant artroscòpia d'espatlla (01/2011 - 12/2014) al nostre centre. Es van valorar balanços articulars previs i postoperatoris fins a 2 anys de seguiment, la concordança entre les proves diagnòstiques (RMN) i les troballes intraoperatories, el tractament realitzat i el test de Constant final.

Es va realitzar estudi estadístic SPS.

Resultats

Revisem 120 pacients, amb edat mitjana 71 anys (65-84), predominant sexe femení i Constant previ mitjà de 50'15. En 20 no es va evidenciar ruptura realitzant únicament neteja. En 51 pacients es va trobar trencament massiva del manegot (18 artropatia glenohumeral associada), no sent reparable en 36 pacients (Constant 72,88). D'aquests 36, 4 pacients es van intervenir de pròtesi invertida d'espatlla en menys de 2 anys.

A la resta de pacients (66) es va realitzar sutura tendinosa amb tancament complet. Hi van haver 2 casos de re-ruptura i 1 cas que va precisar una pròtesi d'espatlla.

Constant mitjana als 2 anys de 79'86, amb bons resultats.

Conclusió

En la nostra experiència la cirurgia artroscòpica del manegot és el tractament d'elecció en la majoria d'aquests pacients ja que presenten molt bons resultats. Només un 6% dels que presenten trencaments del manegot van requerir a la llarga una artroplàstia invertida per mala evolució.

P-03

FRACTURA DE TERÇ MIG DE CLAVÍCULA ASSOCIAT A LUXACIÓ ACROMIO-CLAVICULAR EN UN PACIENT POLITRAUMÀTIC.

Massimiliano Conte Desinano, Jose Sánchez González, Gustavo Adolfo Lúcar López
Hospital de Mataró, Barcelona

Introducció i objectius

Segons els patrons típics de fractura i de les línies de força que travessen els fragments ossis i articulacions adjacents, no és freqüent en la literatura trobar associades fractures del terç mig diafisial amb luxacions acromio-claviculares. D'altra banda, les fractures de terç lateral poden associar-se més sovint a luxacions d'aquest tipus.

Material i mètodes

Un home de 38 anys és dut al servei d'urgències com a codi Politrauma a causa d'un accident de trànsit moto-cotxe. Després de descartar lesions majors toraco-abdominals i cranio-cervicals, destaca a l'exploració una deformitat important a la cintura escapular esquerra i a la mà ipsilateral.

Després de realitzar proves diagnòstiques complementàries, el pacient es diagnostica finalment d'una fractura de terç mig de la clavícula esquerra, desplaçada, sense aparent comminució, associada a luxació acromio-clavicular de tipus IV segons Rockwood i grau III segons Allman, i d'una luxació carpó-metacarpiana del 2on a 5è amb fractura de la base del 5è metacarpí.

La decisió terapèutica fou quirúrgica.

La fractura-luxació carpo-metacarpiana, després d'un intent de reducció tancada i immobilització amb guix, es va tractar mitjançant reducció tancada i fixació amb agulles de Kirschner.

La fractura del terç mig de la clavícula es va tractar mitjançant osteosíntesi amb placa de baix perfil i cargols, associant la reparació dels lligaments córaco-claviculares i acromio-claviculares, tot protegint els procediments quirúrgics amb un període d'immobilització post-operatòria més llarg.

Resultats

Durant el seguiment post-operatori, la fractura-luxació metacarpiana va millorar progressivament fins a una recuperació gairebé completa del balanç articular i muscular, de la mateixa manera que la lesió clavicular, persistint una infra-reducció indolora de la articulació acromio-clavicular.

Conclusió

La luxació acromioclavicular associada a una fractura de terç mig de clavícula és una situació excepcional que pot passar desapercebuda, sobretot en pacients politraumàtics, pel que s'ha de mantenir un alt nivell de sospita per diagnosticar-la.

P-04

NECROSIS AVASCULAR DEL CAP HUMERAL, ABORDATGE QUIRÚRGIC EN ESTADIS INICIALS

Ramón Servitja Tormo, Ramón Clos Molina, Jaime Morales de Cano

Hospital Universitari de Vic, Barcelona

Introducció i objectius

A propòsit d'un cas de necrosis avascular de cap humeral en estadi III (classificació de Cruess) es planteja tractament quirúrgic després del fracàs del tractament conservador. Es realitza revisió bibliogràfica del tema.

Presentem una dona de 56 anys, que ha realitzat tractament crònic amb corticoides per a un trasplantament hepàtic, afecte de necrosis avascular estadi III. S'indica tractament quirúrgic adient pel seu cas.

Material i mètodes

Es realitza abordatge artroscòpic inicial per a valorar la condropatia, i extracció de cossos lliures intrarticulars informats en les proves d'imatge. Seguidament es realitza des de cara lateral un foratge de la zona necròtica (amb control intrarticular per artroscòpia i monitoritzat amb escopia) i s'aporta cèl·lules mare de cresta ilíaca i plasma ric en plaquetes a nivell del cap humeral.

Resultats

L'evolució postoperatòria ha estat bona, donant-li l'alta a les 24 hores. En els controls posteriors la pacient ha millorat la clínica àlgica en les AVD, i en conseqüència el rang de mobilitat.

Conclusió

Recomanen tractament amb forage en estadis III o estadis I i II quan ha fallat el tractament conservador. Per estadis més evolucionats o fracàs de forage es recomana artroplàstia d'espatlla.

MÀ

P-05

SÍNDROME D'IMPACTACIÓ D'ESTILOIDES CUBITAL DEL CARP. TRACTAMENT ARTROSCÒPIC.

Albert Broch Suau, Antoni Salvador Albarracín, Lluís Ximeno Roca, David Torras Desumbila
Hospital Sant Celoni, Barcelona

Introducció i objectius

Pacient dona de 42 anys, treballadora de moviments repetitius que presenta dolor a zona ulnar dorsal del canell dret d'1 any d'evolució, sense traumatisme previ. Clínicament presenta dolor ulnar amb test de Ruby +, Linsheid +, Nakamura +, sense inestabilitat radiocubital distal evident.

Radiològicament presenta estiloides cubital amb excés de longitud (8 mm) i empremta a nivell del triquetrum a les imatges de RNM.

Material i mètodes

Es practica artroscòpia de canell dret seguint tècnica habitual amb portals 3-4 i 6R standards. Es localitza la zona de la estiloides cubital. S'observa la zona d'impacte al triquetrum. Es practica resecció de la punta de la estiloides aproximadament 3 mm.

Resultats

Resultat òptim immediat amb desaparició del dolor ulnar i millora de la funció del canell, negativitzant-se els tests referits.

Conclusió

La resecció artroscòpica de la estiloides cubital al síndrome d'impactació ulnar estiloidea és un procediment segur, molt poc agressiu per la seva condició de tècnica artroscòpica. A la vegada l'artroscòpia permet revisar la totalitat de l'articulació descartant altres patologies, i confirmant per tant la sospita diagnòstica.

P-06

HERNIA DISCAL AMB MIGRACIÓ POSTERIOR EPIDURAL. A PROPÒSIT D'UN CAS.

Marta Romero Gómez, Neus Rusalleda Morell, Aina Ruiz Puig, Xavier Chornet Pahisa, Javier López Soilan, Ángeles María Sanjuan Castillo

Corporació de Salut del Maresme i la Selva, Blanes-Calella, Barcelona

Introducció i objectius

La migració posterior epidural d'un fragment d'hèrnia discal lumbar és una presentació clínica infreqüent.

Presentem el cas d'un pacient de 49 anys, amb antecedents d'artritis reumatoide, que ingressa al nostre servei per presentar dolor lumbar d'inici brusc amb irradiació a ambdues cames i sensació de debilitat després de sobreexforç.

Material i mètodes

A l'exploració clínica destaca radiculàlgia L5-S1 bilateral de predomini dret, sense dèficits motors ni sensitius, amb Lassègue positiu bilateral i reflexes conservats, així com absència de signes de mielopatia.

Es procedeix a la realització d'estudi d'imatge mitjançant RMN la qual en destaca l'aparició d'una hèrnia discal posterior paramedial dreta L2-L3 extruïda que oblitera l'espai epidural antero-lateral, amb presència, a aquesta alçada, una tumoració de parts toves, de localització epidural posterior amb lateralització dreta que suggereix probable fragment discal segregat, que condiciona una estenosi amb desplaçament del sac teçal a L2-L3. S'observa captació de contrast a la perifèria de la lesió, que suggereix fragment discal.

Es decideix realització d'infiltracions peridurals sense millora del quadre i finalment es procedeix a intervenció quirúrgica consistent en discectomia L2-L3 i exèresi de fragment discal migrat.

Resultats

El curs postoperatori procedeix de forma correcta, amb millora de la sensació de debilitat i del dolor radicular d'ambdues extremitats.

El pacient és donat d'alta i segueix controls a dispensari.

Conclusió

És coneguda la migració de fragments de disc intervertebral en relació amb hèrnies discals, que es pot acompanyar de diverses alteracions clíniques a les extremitats inferiors l'aparició de la síndrome de la cauda equina.

La migració epidural posterior és extremadament rara i en >50% ve acompanyada de cauda equina. S'atribueix la baixa prevalència a la presència de barreres anatòmiques que limiten la migració posterior.

Cal realitzar el diagnòstic diferencial amb metàstasis, tumors extradurals, abscessos, quists sinovials i hematomes.

Davant d'un pacient amb un dèficit neurològic cal plantejar-se aquesta possibilitat diagnòstica i plantejar-ne el tractament quirúrgic d'urgència si es tracta d'un dèficit progressiu.

P-07

FRACTURA VERTEBRAL AMB PROGRESSIÓ CATASTRÒFICA: A PROPÒSIT D'UN CAS.

Laia Berta Compte¹, Mònica Pèlach Nadal¹, Anna Vañó Pujol², Joan Bagó Granell³, Núria Turallols Vidal¹, Miguel Àngel Froufe Siota¹

¹ Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona

² Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona

³ Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona

Introducció i objectius

La columna toracolumbar representa el lloc més freqüent de fractures espinals.

Existeix una controvèrsia significant en el maneig de les fractures toracolumbals tipus burst i tot i els algorismes existents, l'estratègia de tractament a seguir segueix sense estar establerta.

Material i mètodes

Presentem el cas d'una pacient de 67 anys que acudeix a urgències per caiguda des d'una escala de 2 metres amb la consegüent fractura del cos de T10 a expenses de terç anterior amb extensió a columna mitja però mur posterior conservat, amb mínima pèrdua d'altura i sense focalitat neurològica. La pacient marxa d'alta amb analgèsia a demanda. En els controls corresponents a consultes s'objectiva progressió de l'aixafament i dolor metamèric a nivell de T10.

Als 5 mesos continua amb dolor intens i no tolera la deambulació.

Es realitza RMN on s'observa absència de consolidació i aparició d'osteonecrosis al seu interior, pel que es tractaria d'una fractura inestable i es decideix intervenir quirúrgicament. Sota control neurofisiològic es realitza fusió T6-L1 + corpectomia de T10 i col·locació de malla via costotransvesectomia.

La pacient presenta quadre de ili paralític durant la seva estada hospitalària, que s'acaba resolent i actualment evoluciona correctament amb milloria de la simptomatologia dolorosa.

Resultats

El dolor avaluat segons l'escala EVA ha millorat postoperatoriament, amb milloria de la simptomatologia i sense restriccions per a la realització de les ABVD.

En les proves radiogràfiques s'observa milloria de l'angle cifòtic de 40° a 13°.

No hi van haver complicacions intraoperatories.

Conclusió

Les indicacions potencials de realitzar una cirurgia en una fractura vertebral inclouen un compromís del canal 50%, pèrdua d'alçada vertebral d'un 50% o superior, 30° de cifosis, afectació de paret posterior o disrupció del complexe lligamentós posterior.

A part d'aquests criteris, no hi ha pautes que ens ajudin a decidir quines fractures es beneficiarien més d'un tractament conservador o bé d'un quirúrgic.

S'ha vist que l'abordatge tradicional de corpectomia i fixació pedicular posterior amb cargols és una tècnica segura i fiable per a aquest tipus de fractures però pot comportar dolor significat postoperatori i ilis freqüents. No obstant, permet corregir satisfactòriament la cifosis amb visualització directe i una bona fusió posterior.

P-08

VALOREM REALMENT BÉ LES LUMBÀLGIES A URGÈNCIES?

M^a Dolores Villalba González¹, Iván Fuentes López¹, Carlos Jorge Santos¹, Alfred Dealbert Andrés¹, Guillermo Cortés Ledesma¹, Llorenç Mateo Olivares²

¹ Tarragona

² Barcelona

Introducció i objectius

El plasmocitoma és una lesió caracteritzada per mostrar una infiltració de cèl·lules plasmàtiques clonals. L'Estudi de medul·la òssia ha de mostrar menys d'un 5% de cèl·lules plasmàtiques.

Les lesions osteolítiques i la localització més freqüent és a nivell vertebral.

El pacient no sol presentar una simptomatologia general (només afectació local).

Estudi de medul·la òssia ha de mostrar menys d'un 5% de cèl·lules plasmàtiques.

Presentem dos casos de lumbociatàlgia amb un diagnòstic final poc freqüent.

Material i mètodes

CAS 1

Home de 55 anys, sense antecedents personals d'interès, que acudeix a urgències per lumbociatàlgia dreta de dos mesos d'evolució. Ingressa al servei de Traumatologia per mal control del dolor. Es realitza una ressonància magnètica lumbar on s'observa una massa sacra dreta amb afectació de forats de

conjunció ipsilaterals de S1 a S4. Com a possibles diagnòstic tenim Mieloma/plasmocitoma, M1, cordoma. S'amplia l'estudi amb un TC toraco-abdominal, proteïnograma i marcadors tumorals tots normals. Finalment es realitza una punció guiada per TC que ens dona el diagnòstic de plasmocitoma. Es complementa l'estudi amb seriada ossi on només hi ha lesió a sacre. Aspirat medul·lar (immunofenotip M.O) compatible amb plasmocitoma solitari i orina de 24 h: component de cadenes lleugeres Lambda. Amb tot això, arribem al diagnòstic de Plasmocitoma Bence Jones Lambda.

CAS 2

Home de 70 anys, com antecedent personal d'interès presenta artrodesi lumbar posterolateral L3-L5 del 2003. Acudeix a urgències per lumbociatàlgia dreta d'1 setmana d'evolució, ingressa al servei de Traumatologia per mal control del dolor. Es realitza un TC lumbar on s'observa lesió lítica a nivell del cos de L3 amb component de parts toves. Posteriorment, es decideix realitzar una ressonància magnètica lumbar on s'objectiva una lesió de característiques agressives a nivell del cos de L3 amb alteració de la senyal del disc L2-L3 (sospita de espondilodiscitis). Les anteriors proves complementàries realitzades, com el pacient del cas 1, són negatives i es decideix realitzar una punció guiada per TC que ens dona el diagnòstic de plasmocitoma.

Resultats

Els dos pacients van iniciar radioteràpia urgent i realitzen control a la unitat de hematologia amb bona resposta al tractament.

Conclusió

- La majoria de les lumbàlgies es tracten de esquinços i/o contractures lumbar.
- Darrere de cada lumbàlgia pot amagar-se un problema greu.
- Bona exploració i anamnesi
- Maneig correcte en cada cas. Valoració d'ingrés.

GENOLL

P-09

PLÀSTIA DE LCA. COMPLICACIONS EN UNA CIRURGIA "RUTINÀRIA". GENOLL.

José L. Bada Jaime¹, Javier Solanas Marcen¹, Pedro Amorós Barceló¹, Ester Navarro Cano¹, Neus Ruscalleda Morell², Juan Carlos Teixidor Martí¹

¹ Corporació de Salut del Maresme i la Selva, Blanes, Girona

² Servei de Resonància Magnètica. Q Diagnòstica. Hospital Comarcal de la Selva, Blanes, Girona

Introducció i objectius

Hi ha intervencions que es realitzen amb assiduitat en un servei de Cirurgia Ortopèdica i arriben a crear automatismes en la seva execució, l'aparició dels mateixos comporta que aquestes cirurgies siguin considerades com una actuació rutinària. Quan es presenta una complicació, aquesta obliga a revisar els passos realitzats per intentar minimitzar la seva repetició i considerar els riscos que es poden presentar en aquest tipus de cirurgia.

Material i mètodes

Es tracta d'un pacient de 16 anys, jugador de bàsquet, que al febrer de 2016 pateix un accident esportiu amb ruptura del lligament creuat anterior del genoll esquerre.

Es planifica la reconstrucció del LCA mitjançant una plàstia amb empelt autòleg de tendons isquiotibials per artroscòpia. Com a sistema de fixació femoral es fa servir el sistema Femoral Intrafix TM i per a la fixació tibial el sistema Biointrafix[®] de DePuy Synthes. El abordatge femoral es realitza per una via antero-medial. Col·locada la plàstia i la beina, es produeix la pèrdua de visió i un moviment bruscat amb la pèrdua de visualització i control del mateix del cargol amb la pèrdua del mateix i sospita de trencament de l'extrem de la guia de litinol. S'intenta la localització artroscòpica de tots dos elements, que és infructuosa. Se suspèn la cirurgia per superar les dues hores d'isquèmia i es decideix programar una nova cirurgia en un segon temps. Es realitza una radiografia de control que confirma la localització del fragment de guia, però no es visualitza el cargol. Es descarta la realització d'una resonància magnètica (RM) pel risc de mobilització de la guia de litinol.

A les 72 hores es procedeix a una artroscòpia de revisió. Es localitza el fragment de la guia de litinol, que es retira mitjançant artroscòpia, recolzada amb l'intensificador d'imatges. Durant l'artroscòpia es revisen els recessos subcuadrípital, lateral i medial així com el buit popliti i la càmera anterior, sense localitzar el cargol pel que es decideix suspendre la cirurgia en superar de nou el temps d'isquèmia.

Al cap de tres setmanes es realitza una RM que mostra la presència del cargol interferencial en el buit popliti, en localització superar-postero-externa, a nivell intercondíleo. Es programa cirurgia oberta, que es porta a terme a les cinc setmanes de la primera cirurgia. Per una via posterior de genoll es procedeix a la localització i retirada del cargol interferencial.

Resultats

El postoperatori d'aquesta tercera intervenció discorre sense incidències. S'inicia una pauta de deambulació amb càrrega progressiva i s'empra un immobilitzador articular de genoll, amb limitació de la flexió-extensió, per a la deambulació durant les tres primeres setmanes. L'evolució del pacient és correcta, amb seguiment del programa de fisioteràpia habitual del servei de rehabilitació. No ha presentat en cap moment alteracions neurològiques o vasculars secundàries a les cirurgies amb temps d'isquèmia prolongat. No presenta limitació en l'extensió secundària a l'abordatge posterior.

Conclusió

Hem d'intentar que les cirurgies habituals no es converteixin en rutinàries. La cirurgia de reconstrucció de LCA s'ha convertit en els nostres dies en una cirurgia freqüent en molts serveis de Cirurgia Ortopèdica i no hem de baixar la guàrdia. Com s'ha comprovat una cirurgia considerada senzilla pot presentar nombroses complicacions, que de vegades poden hipotecar el resultat final, en ocasions de forma irreversible. Revisant les complicacions de la cirurgia de LCA crida l'atenció que es una intervenció amb taxes de complicacions globals des d'un 1,34% a un 16,5% segons les sèries que es revisen. Destaquen les infeccions, les fractures, les relacionades amb els sistemes de fixació o les lesions d'estructures vasculars i nervioses.

P-10

LA POSICIÓ AL CAMP D'UN JUGADOR DE FUTBOL TÉ INFLUÈNCIA EN LES LESIONS ASSOCIADES AMB LA RUPTURA AGUDA DEL LEA? COMPARATIVA ENTRE DAVANTERS I DEFENSES CENTRALS.

Roberto Seijas Vázquez, David Barastegui Fernández, Pedro Álvarez Díaz, Gilbert Steinbacher, Eduard Alentorn Geli, Ramón Cugat Bertomeu

Artroscopia GC. Fundació Garcia Cugat. Mutualitat Catalana de Futbolistes, Barcelona

Introducció i objectius

La ruptura completa del lligament encreuat anterior representa un gran repte en medicina i traumatologia de l'esport. L'anàlisi d'aquestes lesions es cabdal degut a la seva llarga recuperació, així com les conseqüències a llarg termini sobre el genoll i el gran cost econòmic que suposen.

La lesió completa del lligament encreuat anterior implica un traumatisme important a nivell del genoll que es relaciona amb lesions associades tant meniscals amb condrials.

Dintre del terreny de joc les diverses posicions que ocupen els jugadors d'un equip fan que la manera de jugar sigui diferent.

L'objectiu d'aquest estudi és avaluar si la posició del jugador dintre del terreny de joc (comparant els defenses centrals i els davanters centre) en la pràctica del futbol influeix en l'associació de lesions meniscals i condrials rere la lesió completa del LEA

Material i mètodes

Es varen seleccionar de la base de dades pertanyent al nostre equip dintre de la Mutualitat Catalana de Futbol 50 defenses centrals i 50 davanters centre intervinguts de cirurgia de reconstrucció del LEA. Els jugadors van ser entrevistats i es van recollir dades sobre el seu mecanisme de lesió previ a la cirurgia. Dintre de la base de dades es van recollir dades de l'edat, sexe, dominància, lateralitat, tipus de terreny de joc, i tacs de les botes així com el tipus de pràctica i el minut de la lesió. També es varen recollir les lesions associades en meniscos i cartílag.

Resultats

Els 100 jugadors de futbol inclosos en l'estudi es van dividir en dos grups segons si jugaven de central o de davanter centre, tots ells tenien un Tegner de 9-10. Presentaven una edat mitja de 22 ± 5 anys el grup de centrals amb una proporció H:D de 21:4, sense obtenir diferències amb el grup de davanters que tenien una edat mitja de 21 ± 5 anys i seguien la mateixa proporció H:D. Tots els jugadors inclosos a l'estudi jugaven en camp de futbol 11 en gespa artificial.

El genoll que més freqüentment va ser lesionat va ser el dret (58% en centrals respecte el 64% en davanters) per un mecanisme indirecte (92% dels davanters respecte un 84% dels centrals).

Tot i ser predominantment una lesió causada per un mecanisme indirecte, es van trobar diferències significatives en la incidència de lesions per mecanisme directe en el grup de centrals respecte el de davanters.

Respecte les lesions meniscals, el percentatge de lesió associat es va situar en un 50% dels davanters mentrestant que als centrals va ser d'un 70%, també es varen observar diferències en la incidència de lesions meniscals internes en centrals (21/50) que en davanters (10/50) observant-se que el menisc extern en aquest grup era el més afectat tot i que amb incidències similars entre els dos grups (15 davanters vs 14 centrals). Pel que respecta a les lesions condrials, l'aparició va ser del 20% en centrals mentrestant als davanters va ser del 12%, la major part de les quals van ser lesions de grau I-II amb poca significació clínica a curt termini.

Conclusió

- L'associació de lesions en meniscs rere la ruptura del LEA té una alta prevalença d'aparició en jugadors de futbol.
- Tot i que el mecanisme d'acció predominant és el traumatisme indirecte, s'ha de destacar l'augment de lesions per traumatisme directe en els centrals.
- La posició del jugador en el terreny de joc influeix en el tipus de lesió associada amb major incidència de lesions meniscals en els centrals respecte dels davanters i amb afectació predominant del menisc intern en els primers.
- Les lesions condrials tenen menor prevalença que les meniscals i no hi ha diferències entre els grups, essent d'un grau baix de lesió (I-II).

P-11

FRACTURA DE RÒTULA ASSOCIADA A RECONSTRUCCIÓ DE LIGAMENT PATEL·LO-FEMORAL MEDIAL MITJANÇANT CARGOLS. INTERFERENCIALS. A PROPÒSIT D'UN CAS

Joan Pijoan Bueno, Joan Minguell Moñart, María Mercedes Reverte Vinaixa

Clínica Corachán, Barcelona

Introducció i objectius

La luxació de ròtula recurrent és una condició que tendeix a afectar més a pacients entre 20-30 anys. Les luxacions primàries ocorren amb freqüència a causa de traumatismes directes d'alta energia.

Hi ha factors que predisposen a la luxació: major angle Q, laxitud lligamentosa generalitzada, història familiar, displàsia troclear o patel·la alta.

Hi ha diferents estructures que aporten estabilitat a l'articulació. L'articulació femoro-patel·lar orienta la ròtula durant la major part del seu recorregut en flexió, mentre que les parts toves estabilitzen la ròtula durant l'extensió. Un dels principals estabilitzadors de la ròtula en extensió és el lligament patel·lo-femoral medial.

El lligament patel·lo-femoral medial actua com a estabilitzador per evitar la subluxació lateral de ròtula, i és una estructura que habitualment és danyada després dels episodis de luxació lateral de ròtula. El lligament està tens en extensió i perd tensió durant flexió.

La tècnica quirúrgica per tractar la inestabilitat femoro-patel·lar continua sent poc clara. La literatura proveeix nombrosos mètodes de reparació del lligament patel·lo-femoral medial, amb variacions en l'elecció de l'empelt, els dispositius de fixació ossis, la tensió de l'empelt i la posició en la qual s'ha de fixar el mateix.

Entre les tècniques de reconstrucció, una de les més habituals és la lligamentoplastia amb ancoratge a fèmur i ròtula mitjan-

çant cargols interferencials, procés que requereix tunelització dels mateixos.

Una de les complicacions més greus reportades en aquesta tècnica és la fractura de ròtula. Una opció alternativa és fer una lligamentoplastia mitjançant ancoratges o túnels comunicants per reduir així el risc de fractura. No s'han descrit casos d'aquestes fractures en pacients sotmesos a fixació mitjançant ancoratges ossis, tot i que la taxa d'inestabilitat persistent és més gran.

Presentem un cas de fractura de ròtula després de ser sotmès a cirurgia reconstructiva de lligament patel·lo-femoral medial mitjançant cargols interferencials.

Material i mètodes

Pacient baró de 20 anys d'edat. El pacient acudeix a consultes externes després de presentar diversos episodis de luxació lateral de ròtula de cama dreta després d'un primer episodi traumàtic.

Presenta aprehensió patel·lar i tilt lateral de ròtula. Es realitza ressonància magnètica nuclear que evidencia alteració en el senyal sobre aleró medial de patel·la.

Es procedeix a realitzar una lligamentoplastia patel·lo-femoral medial mitjançant gracilis autòleg ancorat a ròtula mitjançant cargols interferencials. Durant el període postoperatori el pacient no va presentar complicacions, iniciant la càrrega i la mobilització activa després de 48 hores post-quirúrgiques. Als 2 mesos postquirúrgics el pacient va iniciar activitat física de forma progressiva. A les 12 setmanes, durant una marxa prolongada, presenta de forma sobtada dolor i impotència funcional del genoll intervingut. Es realitza radiografia simple que evidencia fractura de ròtula que travessa el túnel proximal de ròtula.

A l'exploració quirúrgica es va objectivar integritat de la plàstia presentant ancoratge al voltant de dos túnels de ròtula. Es procedeix a la retirada del cargol interferencial, i a la síntesi mitjançant cerclatge amb filferro.

Resultats

Post-operatòriament es va immobilitzar al pacient amb ortesis bloquejada en extensió durant 6 setmanes permetent la càrrega protegida amb croses immediatament després de la intervenció. Després de les 6 setmanes d'immobilització va iniciar exercicis de flexo-extensió de genoll per a augment del rang articular. Va presentar bona evolució de ferida quirúrgica. El seu rang de mobilitat actual, als tres mesos post-quirúrgics és de 0 / 120° sense presentar de moment clínica d'inestabilitat femoro-patel·lar.

Conclusió

Les fractures de ròtula després de la reconstrucció del lligament patel·lo-femoral medial són una entitat poc freqüent, tot

i això no s'ha de menysprear a l'hora de triar quina tècnica quirúrgica utilitzar davant d'un cas d'inestabilitat patel·lo-femoral. Encara que presenta una de les complicacions més severes, la reconstrucció mitjançant cargols interferencials és la que presenta menor taxa de fracàs.

P-12

TROCLEOPLASTIA: REMOLDEJAT DEL SOLC SENSE AGRESSIÓ DEL CARTÍLAG MÉS RECONSTRUCCIÓ DEL LLIGAMENT PATELOFEMORAL MEDIAL

David Cáncer Castillo, Federico Ibáñez Malvestiti, Maximiliano Ibáñez Malvestiti, Àngel Masferrer Pino, Xavier Pelfort López, Joan Carles Monllau García
ICATME- Hospital Universitari Dexeus, Barcelona

Introducció i objectius

La luxació recidivant de ròtula és un problema de complexa resolució donats els múltiples factors anatòmics que acostumen a estar alterats. A més, freqüentment al moment d'avaluar un pacient amb aquesta patologia, presenta ja algun antecedent quirúrgic.

L'objectiu d'aquest treball és mostrar una tècnica quirúrgica combinada, on el mateix acte quirúrgic es va realitzar una trocleoplastia segons la tècnica de Dejour et al. I una reconstrucció del lligament patelofemoral medial mitjançant al·loempelt de tendó quadricipital.

Material i mètodes

Cas d'un pacient masculí, de 20 anys d'edat que consulta per episodi de re-luxació de ròtula esquerra, al incorporar-se d'una cadira.

Exploració: rang de mobilitat de 0/120°, i aprehensió entre els 0 i 50° de flexió, que s'acompanyava de subluxació lateral.

Antecedents quirúrgics:

–2011: Desinserció proximal d'isquiotibials i tunelització dels mateixos de forma obliqua en ròtula amb alliberació d'aleró rotulà lateral (14 anys d'edat). Complicació: fractura de ròtula als 2 mesos post-operatoris.

– 2014: Acut a la nostra consulta per recidiva de l'inestabilitat. Presentava: genu valg bilateral de 3°, patel·la alta (Caton-Deschamps: 1.44 , i Insall-Salvatti de 1.13). Displasia troclear tipus C de Dejour, ròtula tipus IV de Wiberg i una TAGT de 17 mm bilateral, sense anomalies torsionals.

Donada l'edat del pacient (17 anys) es va realitzar una distalització i medialització de la tuberositat anterior de la tibia (TAT) i reconstrucció del lligament patelofemoral medial amb al·loempelt, sense actuar sobre la tròclea.

– Gener 2016: Extracció de material d'osteosíntesis

En juliol de 2016 pateix un nou episodi de luxació rotuliana (al aixecar-se d'una cadira).

Proves complementaries:

- TAGT dreta 17 mm, esquerra 15 mm
- Bàscula dreta 22°, esquerra 15°
- Displasia tipus C de Dejour
- ICD 1.06, IS 0.95

Donat aquest escenari i l'edat del pacient (20 anys) es va realitzar una trocleoplastia oberta, sense agressió del solc troclear. Es va utilitzar una fressa d'ós per ressecar l'ós esponjós sota la tròclea, des de proximal i progressivament es va anant deprimint i creant un nou solc troclear mantenint indemne la superfície condral. Un cop aconseguida la correcció desitjada es va fixar el flap mitjançant un implant de peek tipus CrossFT (Conmed-Livatec) de 4.5 mm col·locat en l'intecòndil que conté 2 sutures irreabsorbibles. Aquestes sutures es van fixar mitjançant dos implants de peek tipus PopLok (Conmed-Livatec) de 3.5 mm, col·locant un en la cara lateral del còndil femoral lateral i un altre central, mantenint la depressió del nou solc creat.

Es va obtenir una banda de tendó quadricipital de 7 cm de longitud i un gruix de 6 mm, mantenint la seva inserció. Es va realitzar una sutura tipus Krackow en el terme proximal amb una sutura Herculine (Conmed-Livatec) i es va fixar en la inserció anatòmica del lligament patelofemoral medial a nivell del còndil femoral medial amb un implant tipus PopLock. Aquesta fixació es va realitzar a 30° de flexió. Intraoperatoriament es va comprovar l'estabilitat rotuliana amb un rang de mobilitat de 0/120°.

Es va mantenir el genoll en extensió durant dues setmanes i es va autoritzar la carrega propioceptiva. Posteriorment va iniciar mobilitat passiva continua en rang 0/90° fins la quarta setmana, i posteriorment es va indicar augmenta la flexió de forma progressiva. Es va mantenir la fèrula al deambular fins la sisena setmana.

Resultats

Als 3 mesos postoperatoris no es van registrar complicacions. L'escala de Kujala va passar de 66 a 81 punts. Radiològicament i per tomografia femoropatellar es va aconseguir la correcció dels signes de displàsia troclear.

Conclusió

Aquesta tècnica quirúrgica ha ofert un resultat acceptable en l'escala de Kujala i una correcció radiogràfica correcta. Aquesta tècnica permet la correcció de la displàsia, mantenint la indemnitat de la superfície condral i aconseguint uns resultats similars als de la tècnica convencional.

P-13

CARGOL BIOREABSORBIBLE METÀL·LIC EN LA FIXACIÓ OSTEOCONDAL DE GENOLL.

Josep Batllo Sabala, Pere Mir Batlle, Francesc Sotos Ródenas, Miquel Pulgarin Domínguez, Saray Fernández Muñoz, Anna Saborido Mañas
Hospital de Berga, Barcelona

Introducció i objectius

Els fragments osteocondals són exigents a l'hora de triar quin mecanisme de fixació es fa servir. Els cargols bioreabsorbibles de polilàctic i poliglicòlic es trenquen i no presenten la reabsorció que es dona en altres localitzacions no articulars. La utilització d'un cargol de magnesi pot ajuntar les avantatges de tractar-se d'un cargol reabsorbible i mantenir les avantatges dels implants metàl·lics.

Material i mètodes

Pacient de 27 anys que debuta amb dolor i vessaments al genoll. Presenta una osteocondritis grau IV (osteocondritis dissecant) amb fragment lliure condral. S'intervé quirúrgicament cruentant el focus i fixant el fragment (20 x 11 mm) amb 3 cargols canulats Magnezix (2,2.7 i 2.7). La descàrrega es manté durant 12 setmanes. Es presenta l'evolució clínica satisfactòria i les imatges de fixació osteocondral persistent als 8 mesos.

S'observa la ruptura d'un dels caps dels 3 cargols.

Resultats

Els cargols de Magnezix (aleació de Magnesi) pràcticament no produeixen artefactes metàl·lics (es poden realitzar RMN I TC) i presenta una estabilitat similar al titani. Ademés evita la osteopènia associada a la utilització d'implants metàl·lics (stress shielding) i això es produeix perquè presenta una relació tensió-distensió similar a la de l'ós. No es necessària una segona intervenció per la retirada de material.

Els implants d'aleació de Magnesi no presenten augment de temperatura en la ressonància a diferència dels cargols d'acer o de titani. L'experimentació animal mostra que el cargol de magnesi es converteix en fosfat tricàlcic després de 12 mesos.

Conclusió

El cargol bioreabsorbible metàl·lic presenta simultàniament algunes avantatges del metall (duresa, evita osteopènia per stress-shielding) i les dels cargols bioreabsorbibles (evitar la retirada, possibilitat de fer ressonàncies de seguiment). El cap s'ha de deixar molt enterrat perquè es pot trencar.

P-14

BURSITIS ANSERINA GEGANT. A PROPÒSIT D'UN CAS.**David Cáncer Castillo**¹, Miquel Videla Ces², Héctor Corominas Macías²¹ ICATME- Hospital Universitari Dexeus, Barcelona² Consorci Sanitari Integral - Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Barcelona,**Introducció i objectius**

La pota d'ànec, formada per la inserció conjunta del semi-tendinós, recte intern i sartori a nivell tibial, conté en el pla submuscular una bossa serosa coneguda com bursa anserina o bursa de la pota d'ànec.

En aquest nivell poden produir-se diversos tipus de patologia en forma de tendinitis, tenosinovitis, bursitis, entesitis o fascitis.

La bursitis anserina és causa freqüent de dolor medial en el genoll, d'incidència exacta desconeguda, predisposada per l'obesitat, deformitat en valg del genoll, diabetis mellitus, artrosis i tipus d'activitat física.

El diagnòstic es basa en l'exploració física, anamnesis, i proves complementàries com la ultrasonografia o la ressonància magnètica.

El tractament conservador és suficient per al maneig de la majoria de les bursitis anserines, però en ocasions es requereix de mesures més agressives, com l'extirpació de la bursa.

Material i mètodes

Presentem el cas d'un pacient de 83 anys afecte d'una tumoració en genoll esquerre d'un any d'evolució, localitzada a nivell de la pota d'ànec, tractada mitjançant drenatges en diverses oportunitats i estudiat per cirurgians vasculars que descarten patologia vascular.

En l'exploració física presenta una tumoració a nivell medial de genoll esquerra, sense rubor ni augment de calor local, dolorosa a la palpació.

Proves complementàries:

- Ecografia: Bursa anserina amb engruiximent hiperecogènica en les seves parets, de 17 x 11 cm

- Ressonància magnètica: Masa de 17 x 11 cm hiperecogènica en T2, corresponent amb bursa anserina, que comprimeix estructures veïnes.

Donat el temps d'evolució i el fracàs de les mesures conservadores, es procedeix a l'exèresi quirúrgica de la bursa.

Resultats

Anatomia patològica: Teixit d'aspecte sacular de 17 x 11 x 3 cm, tractant-se d'una lesió quística amb component inflamatori crònic en la paret, compatible amb bursa anserina.

El pacient realitza un postoperatori favorable, autoritzant-se la càrrega completa als 7 dies de la cirurgia i portant mitges de compressió durant 6 setmanes. Als 6 mesos de la cirurgia

el pacient presenta una cicatrització correcta, realitza marxa sense limitació i sense ajuda d'ortosis externes.

Conclusió

La bursitis anserina és una patologia freqüent, en el que el símptoma clínic acostuma a ser un dolor localitzat a nivell medial del genoll. El diagnòstic és clínic, recolzat en proves d'imatge com l'ecografia i la ressonància magnètica.

El maneig clínic és principalment conservador, però aquesta patologia pot desembocar en una inflamació bursària de gran mida, que requerirà un estudi exhaustiu per oferir una estratègia terapèutica adient que permeti al cirurgià ortopèdic solucionar el problema. L'exèresi de la bursa, sense altres gestos associats, aporta un resultat clínic satisfactori en el cas presentat.

P-15

SINOVITIS VILLONODULAR PIGMENTADA - REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA A PROPÒSIT D'UN CAS CLÍNIC.**Marta Comas Aguilar**, Ana Méndez Gil, Glòria Albertí Fitó, José María Jimeno Torres, Eugenio Jimeno Torres
ICATME - Hospital Universitari Dexeus, Barcelona**Introducció i objectius**

La Sinovitis Villonodular Pigmentada (SVP) és una extranya malaltia proliferativa benigna de l'articulació sinovial, de la bursa sinovial i de la beina tendinosa. Majoritàriament és un procés monoarticular, afectant principalment al genoll, seguit del maluc, turmell, espatlla i colze.

Afecta amb més freqüència a individus entre 30 i 40 anys d'edat. S'ha reportat predomini masculí, tot i que aquesta dada roman en controvèrsia. Té una incidència estimada de 2 a 8 casos per milió anuals en la població general. En nens, no existeixen dades actuals sobre la incidència, però s'estima que aquesta és substancialment més baixa que en la població general.

Material i mètodes

Revisió bibliogràfica sobre l'etiopatogènia, presentació clínica i en tècniques d'imatge, histologia, mètodes diagnòstics i tractament d'aquesta malaltia, a propòsit d'un cas clínic, avaluant així les diferents patologies amb les quals realitzar el diagnòstic diferencial. L'objectiu és definir un algorisme diagnòstic-terapèutic a seguir en els diferents casos.

Resultats

Es presenta el cas clínic d'un pacient home de 20 anys d'edat, sense al·lèrgies medicamentoses conegudes, que el desembre de 2016, després de realitzar pràctica esportiva, inicia gonàlgia esquerra, amb vessament intraarticular. Posteriorment, als dos

mesos, el pacient pateix nou traumatisme, amb vessament intraarticular, presentant dolor amb la hiperflexió del genoll. A l'exploració física, el pacient refereix dolor a la flexió forçada del genoll, al compartiment posterior. No presència de vessament intraarticular.

Augment de temperatura local i impotència funcional. Diagnòstic de SVP focal en compartiment posterior i medial del genoll esquerre.

S'exposa l'algorisme diagnòstic-terapèutic a seguir, després de realitzar una recerca bibliogràfica extensa.

Conclusió

La Sinovitis Villonodular Pigmentada és un trastorn sinovial que freqüentment afecta al genoll, podent ésser classificada com a localitzada o difusa.

Per arribar al seu diagnòstic és important la realització d'una exhaustiva exploració física i proves d'imatge, sent la Resonància Magnètica Nuclear la més rellevant. El diagnòstic es confirma mitjançant histologia.

El tractament quirúrgic és el 'gold standard' i, segons la forma de SVP de la que es tracti i en la localització en la que es trobi, aquest diferirà.

La sinovectomia, ja sigui per via oberta o artroscòpica, presenta baixes taxes de recurrència, en les formes localitzades. En les formes difuses, el tractament està sotmès a debat, degut a les altes taxes de recurrència. S'ha observat èxit amb la combinació d'artroscòpia anterior i sinovectomia posterior oberta. No es recomana l'ús de radioteràpia per al tractament de la SVP difusa degut a la seva toxicitat i al desenvolupament de noves teràpies mèdiques dirigides que poden suplantar la necessitat d'intervenció quirúrgica.

P-16

FRACTURA - ARRANCAMENT D'ESPINA TIBIAL EN PACIENT ADULT. A PROPÒSIT D'UN CAS.

Georgina Sàrries López, Ramón Servitja Tormo, Daniel Estévez Saboal, Patricio Vergara Saboal, José Valero Lanau, Jaime Morales de Cano

Hospital Universitari de Vic, Barcelona

Introducció i objectius

A propòsit d'un cas de fractura per arrencament d'espina tibial IIIA de Meyers and McKeever en un adult analitzem la fisiopatologia i el tractament indicat, prèvia revisió bibliogràfica. Presentem un cas d'un noi de 21 anys que després de fer un mal gest amb el genoll D jugant a futbol presenta vessament articular extraient-se 120cc d'hemartros amb greix i un estudi radiològic simple on s'evidencia fractura d'espina tibial.

Material i mètodes

Es tracta quirúrgicament amb tècnica artroscòpica practicant-se reinserció de l'espina tibial mitjançant tunelitzacions a tibia i sutura amb Fiber a través del LCA.

Resultats

L'evolució postquirúrgica va ser satisfactòria, començant deambulació amb càrrega als 10 dies postquirúrgics. El seguiment als 2 mesos és satisfactori, amb retorn al seu lloc de treball habitual.

Conclusió

La particularitat d'aquest cas està en la baixa incidència d'aquesta lesió en adults, sent més freqüent en nens degut a que la ossificació incompleta de la tibia fa que l'espina tibial sigui més vulnerable al seu arrencament que a la ruptura del LCA, sent aquesta la lesió més freqüent en l'adult amb aquest mecanisme lesional, recomanant tractament artroscòpic en cas de desplaçament del fragment.

P-17

TROCLEOPLÀSTIA EN LUXACIÓ RECIDIVANT DE RÒTULA; LA NOSTRA EXPERIÈNCIA.

Andrea Sallent Font, Joan Minguell Monyart, Guillermo Triana López de Santamaría, Marc Aguilar García, María Mercedes Reverte Vinaixa, Enric Castellet Feliu
Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

Introducció i objectius

La luxació recidivant de ròtula afecta al 2-3% de les lesions de genoll. L'edat d'aparició més freqüent és entre els 10 i 20 anys, amb una distribució semblant entre dones i homes. Les causes més freqüents són la laxitud lligamentosa, els antecedents familiars i/o personals, antecedent traumàtic o malalties genètiques. Entre les anomalies anatòmiques trobem la mala-lineació (distància TA-GT >20 mm), patela alta o la displàsia troclear. La trocleoplàstia ha sigut prèviament descrita per a corregir una displàsia troclear severa, ocurrent la luxació patellar amb el genoll a 90° així com con un angle TA-GT augmentat.

Material i mètodes

Revisió retrospectiva dels primers tres casos de trocleoplàstia realitzats en el nostre centre entre març 2013 i novembre 2015 per displàsia troclear severa que generava luxació recidivant de ròtula. Per la classificació de displàsia troclear es va utilitzar la classificació de Dejour que divideix en quatre tipus la displàsia.

Resultats

Tres pacients (2 dones, 1 home) amb edats entre 18 i 27 anys van ser intervinguts de trocleoplàstia durant el temps descrit.

Dos dels tres pacients havien sigut intervinguts prèviament al genoll afecte per la luxació, recidivant en ambdós casos. En tots els casos es va realitzar una tècnica oberta descrita per Vicente Sanchis-Alfonso i es va associar una reconstrucció del lligament patelofemoral medial (amb aloempelt) a la cirurgia. Tots els pacients van seguir el mateix protocol de rehabilitació. Tots es van reincorporar a les seves activitats normals als 3 mesos postoperatoris, amb un balanç articular complet i sense dolor. A dia d'avui, cap d'ells ha presentat nous episodis de luxació.

Conclusió

La trocleoplàstia està indicada després de cirurgies prèvies fracassades, displàsia severes o luxació amb el genoll a 90°. No hem trobat un algorisme exacte d'indicació, per lo que recomanem individualitzar en cada cas. Tot i que existeix tant la tècnica oberta com artroscòpica, nosaltres escollim la oberta en tots els casos.

MALUC-TRAUMA

P-18

CAUSA INUSUAL DE DEBILITAT CLÍNICA DE PSOES-ILÍAC EN PACIENT AMB COIXESA NO DOLOROSA. A PROPÒSIT D'UN CAS.

Robert Seijas Vázquez, David Barastegui Barastegui Fernández, Xavier Cuscó Segarra, Eduard Alentorn Geli, Pedro Álvarez Díaz, Ramon Cugat Bertomeu
Artroscopia GC. Fundación Garcia Cugat. Mutualitat Catalana de Futbolistes, Barcelona

Introducció i objectius

La patologia de maluc comprèn un grup de lesions en els quals l'impingement femoroacetabular i les lesions del labrum ocupen la major freqüència d'aparició, no obstant, hi ha un espectre de lesions extrarticulars en el maluc que poden causar dolor i coixesa i són necessàries d'incloure al diagnòstic diferencial. Una d'aquestes lesions és la derivada de la patologia del psoes.

El psoes és el principal múscul flexor del maluc i la seva patologia es troba molt relacionada amb la disfunció articular de la mateixa, essent causa habitualment de dolor i coixesa. Habitualment els símptomes clínics es deriven de la hipertonia muscular, la retracció muscular i de tot l'espectre clínic del ressalt del psoes. La debilitat del múscul psoes no és una causa freqüent de disfunció del maluc però pot ocasionar alteracions de la marxa difícils de tractar.

Presentem el cas d'una pacient que presenta una causa infreqüent de dolor de maluc i coixesa secundària a debilitat muscular de psoes per compressió extrínseca del múscul a nivell intrabdominal.

Material i mètodes

Descrivim el cas d'una dona de 63 anys sense antecedents clínics d'interès que acudeix a consultes per presentar coixesa sense dolor a nivell de maluc dret de mesos d'evolució. Durant l'exploració clínica no s'observaren alteracions en el rang articular passiu amb presència de debilitat de 3/5 en la força de flexió del maluc sense altres alteracions.

En les radiografies de pelvis i malucs no es van identificar patologia a nivell esquelètic i es va recomanar completar estudi amb ressonància magnètica de pelvis on es va observar una marcada atrofia de psoes dret respecte contra lateral en tot el seu trajecte paravertebral observant en els talls superiors una imatge de massa en pol inferior renal. Al realitzar aquesta troballa es va ampliar estudi de ressonància a nivell abdominal visualitzant-se una massa polilobulada quística a nivell de

ronyó dret. Es contactà amb Urologia que rere l'avaluació de la pacient va aconsellar realitzar una intervenció quirúrgica amb el diagnòstic de sospita de ronyó poliústic complicat sense descartar un procés neoforatiu renal.

Resultats

La pacient va ser intervinguda el passat abril de 2016 visualitzant intraoperatoriament un ronyó dret atròfic hidronefròtic i, realitzant-se una nefrectomia total dreta, es va enviar mostra a anatomia patològica. L'estudi anatomopatològic del ronyó va objectivar una pielonefritis crònica amb hidronefrosi secundària sense signes histològics de malignitat ni focus tum-

Cartell Científics. La pacient va presentar un curs postoperatori correcte i en l'últim control als sis mesos postoperatoris, presenta una evolució lleu de la seva debilitat de psoes amb una força de 4/5 i milloria parcial de la coixesa preoperatoria, tot i això li és possible realitzar les activitats de la vida diària sense limitacions funcionals.

A la literatura no hem trobat articles que parlin sobre la patologia compressiva intraabdominal amb debilitat associada de psoes hi ha un parell d'articles que la descriuen secundària a patologia tumCartell Científic o hematomes retroperitoneals i no per una entitat benigna com és la hidronefrosi secundària a pielonefritis crònica.

Conclusió

- La debilitat de psoes és una condició infreqüent de patologia del maluc degut a les característiques anatòmiques del múscul que han de ser inclosos en el diagnòstic diferencial de problemes extrarticulars del maluc.
- S'ha de pensar en processos intrabdominals tant benignes como malignes en pacients amb coixesa asimptomàtica i/o debilitat clínica de flexió de maluc.

P-19

TRACTAMENT D'UNA FRACTURA INTER-PROTÈSICA IMMINENT EN PACIENT AFECTE DE MIELOMA MÚLTIPLE.

Massimiliano Conte Desinano, Jose Sánchez González, Gustavo Adolfo Lucar López
Hospital de Mataró, Barcelona

Introducció i objectius

Les lesions osteolítiques, habitualment en context de processos neoplàsics, poden presentar un alt risc de fractura patològica, denominant-se fractures imminents.

Per avaluar la necessitat d'intervenció quirúrgica d'aquestes fractures en l'extremitat inferior poden emprar-se diverses escales, com el Mirel's Score per a ossos llargs, però en la pràctica

habitual la decisió es basa, sobretot, en l'existència de dolor a la càrrega fisiològica.

Material i mètodes

Un home de 84 anys, portador d'una pròtesi total de genoll i afecte de mieloma múltiple en remissió parcial, havia presentat tres fractures patològiques des de 2007, incloent una trans-cervical de fèmur dret tractada amb una pròtesi total de maluc híbrida.

Durant el seguiment va iniciar dolor a la càrrega axial, progressiu fins a fer-se invalidant, localitzat en el fèmur dret. A la radiologia simple es va observar una lesió lítica en el terç mig del fèmur, diagnosticant-se el quadre de fractura imminent inter-protèsica. Donada la clínica de dolor, es va decidir intervenir quirúrgicament mitjançant el curetatge i ompliment amb ciment de la lesió lítica mitjançant el component d'augmentació cefàlica d'un sistema d'enclavatge endo-medullar femoral proximal i estabilització amb una placa condílica de forma percutània.

Resultats

Un any després, el pacient realitza càrrega assistida només amb un bastó, sense evidència de noves fractures imminents.

Conclusió

Es presenta un cas de fractura imminent intervinguda quirúrgicament que presenta la complexitat de localitzar-se entre dues pròtesis prèvies i amb la particularitat d'omplir el defecte ossi amb el sistema d'augmentació cefàlica per a l'enclavat proximal del fèmur.

P-20

FRACTURA SUBCAPITAL DE FÈMUR PROXIMAL BILATERAL SENSE TRAUMATISME APARENT EN PACIENT AMB ESQUIZOFRÈNIA.

Georgina Sàrries López, Ramón Servitja Tormo, Daniel Estévez Saboal, Patricio Vergara Galan, Arturo Pérez Pons, Jaime Morales de Cano
Hospital Universitari de Vic, Barcelona

Introducció i objectius

A propòsit d'un cas de fractura bilateral subcapital de fèmur Garden IV analitzem la freqüència d'aquesta lesió i tractament més indicat.

Presentem un cas d'una dona de 53 anys amb antecedents d'esquizofrènia tractada amb clozapina i depakine que sense referir traumatisme ni mal gest presenta dolor als dos malucs de dos setmanes d'evolució i incapacitat per a la deambulació progressiva. A l'estudi radiològic simple s'evidencia fractura subcapital bilateral (Garden IV).

Material i mètodes

Es decideix fer tractament quirúrgic col·locant dues PTM en un sol temps, analitzant els dos caps femorals per anatomia patològica, amb la troballa d'osteoporosi.

Resultats

L'evolució postquirúrgica va ser satisfactòria, iniciant deambulació a les dues setmanes de la intervenció per falta de col·laboració al realitzar RHB.

Conclusió

La particularitat d'aquest cas està en la baixa incidència de doble fractura subcapital de fèmur simultània, amb l'afegit de no conèixer antecedent traumàtic que justifiqui la lesió i dels antecedents psiquiàtrics esmentats de la pacient.

P-21

COMPLICACIÓ D'OSTEOSÍNTESI DE FRACTURA PERIPROTÈTICA MALUC.

A. López Louzao, S. Solsona, Benito, Claret, J. Aragón
Hospital Esperit Sant, Santa Coloma de Gramenet, Barcelona

Introducció i objectius

La fractura periprotètica és un problema imminent en el nostre futur.

S'ha constatat en els últims anys un augment de la seva incidència per l'elevat nombre de reemplaçaments protètics articulars que s'efectuen.

Greus però la morbimortalitat que suposen pel pacient i per la dificultat que suposa la seva reducció.

Relacionades amb la tècnica quirúrgica prèvia i amb la qualitat òssia.

Material i mètodes

Presentem un cas d'un pacient de 75 anys portador d'una pròtesi total de maluc dret des de 1996, que acut al nostre servei presentant una fractura periprotètica (Vancouver tipus B1).

S'intervé col·locant una placa d'osteosíntesi amb anclatge per cerclatges, obtenint una correcta, estabilitat de la fractura.

Durant el postoperatori es realitza fisioteràpia hospitalària i domiciliària, mantenint l'extremitat intervinguda en descàrrega les primeres 6 setmanes.

Als 2 mesos de la cirurgia el pacient presenta dolor agut, imпотència funcional i deformitat de l'extremitat sense antecedent traumàtic previ.

A la radiologia s'observa fracàs del material d'osteosíntesi.

Resultats

Finalment es treu la placa inicial i es realitza una nova osteosíntesi mitjançant una altra placa amb cerclatges i fent un recanvi de vàstag de la Pròtesi total de maluc per un vàstag llarg de revisió.

Es diagnostica intraoperatoriament d'una fractura tipus de B1 de Vancouver, ja que hem de practicar un sarcòfag per extreure el vàstag inicial.

El pacient actualment es troba estable, amb una demambulació correcte sense crosses i sense dolor. Amb bona qualitat de vida.

Conclusió

Inicialment vam realitzar una osteosíntesi estable però rígida amb un WL curt.

Els autors recomanen de 3 a 4 forats lliures al focus per ampliar WL evitar concentració d'estrès.

Una osteosíntesi insuficient pot comportar un fracàs de la mateixa (34%).

Aquests tipus de fractures són molt complexes, de difícil tractament i suposen molta morbiditat en pacients habitualment fràgils.

És important disposar d'un estudi preoperatori complet i de qualitat que ens orienti cap al diagnòstic real.

És intraoperatoriament quan s'ha de prendre la decisió definitiva, amb lo qual és important disposar dels diferents tipus de materials aptes per l'osteosíntesi a quiròfan.

PEU

P-22

PSEUDOANEURISME ARTERIAL: COMPLICACIÓ EXCEPCIONAL DESPRÈS DE CIRURGIA D'HALLUX VALGUS.

Raquel Ureña Vicente, David Erra Obradors
 Consorci Sanitari Garraf, Sant Pere de Ribes, Barcelona

Introducció i objectius

El pseudoaneurisme arterial és una complicació extremadament infreqüent després d'un traumatisme o cirurgia al voltant del peu i turmell. El pseudoaneurisme és una dilatació progressiva de l'arteria després de lesionar-se la capa íntima, on hi ha pas de sang que queda continguda pels teixits circumdants. Si no es tracta pot complicar-se amb sagnat, trombosi arterial o embolització distal.

Material i mètodes

Presentem el cas d'una pacient dona de 38 anys intervinguda quirúrgicament d'hallux valgus del peu dret realitzant-se osteotomia de Chevron i fixació amb cargol mitjançant abordatge medial de l'articulació metatarsalàngica i abordatge dorsal 1r espai intermetatarsià per a realitzar tenotomia d'adductor. Cursa amb postoperatori immediat sense incidències. Al mes consulta per dolor i sagnat en la ferida del dors. Presenta una massa pulsàtil entre el 1r i 2n dit. Davant la sospita de lesió arterial es realitza eco-doppler que confirma pseudoaneurisme dependent de l'arteria interdigital plantar en el 1r espai intermetatarsià.

Resultats

Es remet el pacient al servei de cirurgia vascular de l'hospital de referència H. Bellvitge on confirmen el diagnòstic i realitzen trombosi ecoguiada de la lesió. En el control ecogràfic a les 24 hores es confirma la trombosi de la lesió i remet la clínica.

Conclusió

La localització més freqüent de pseudoaneurisme en cirurgia de peu i turmell és l'arteria tibial anterior relacionat amb l'artrosopia anterior de turmell. Altres localitzacions descrites a la literatura i molt infreqüents són: tibial posterior, dorsal peu, peroneal i plantar medial. La lesió es pot donar en el moment de la dissecció quirúrgica, la manipulació o l'ús de broques i cargols i es pot accentuar amb l'ús d'anticoagulants i la càrrega precoç.

Amb aquest cas hem après que s'ha de ser molt curós en el tractament de les parts toves durant la cirurgia de l'hallux posant èmfasi durant l'alliberació de l'adductor o l'apertura de

la càpsula lateral ja sigui mitjançant un abordatge dorsal intermetatarsià o a través de l'osteotomia.

P-23

QUE POT PASSAR SI NO ES FIXEN LES OSTEOTOMIES DE LA BASE ALS RADIS LATERALS?

Elisenda Ricou Mur, Alejandro Santamaría Fumas, Maria Eulalia López Capdevila, Alejandro Domínguez Sevilla, Andrea Manent Molina, Josep Miquel Sales Pérez
 Consorci Sanitari Integral, Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Introducció i objectius

Les osteotomies de Goldfarb són un tractament quirúrgic eficaç per les metatarsàlgies estàtiques o de segon rocker, secundàries a una verticalització dels metatarsians. Es tracta d'una osteotomia de la metàfisi proximal en forma de "V" dorsoplantar oberta distal, conferint estabilitat intrínseca, no sent necessària la seva fixació. No existeixen referències sobre la incidència de pseudoartrosis en aquestes osteotomies no fixades.

Material i mètodes

Presentem pacient dona de 47 anys amb metatarsàlgia estàtica esquerra de M2 a M5. Test de Silfverskiold negatiu. No cavo. S'indica osteotomies tipus Goldfarb, donats els bons resultats en el peu contralateral (M2, M4 i M5). A l'any persisteix el dolor i falta de consolidació radiològica, s'orienta com a pseudoartrosi hipertròfica. Planificació quirúrgica amb resecció de la zona de pseudoartrosi, decorticació i estabilització biomecànica fixant amb cargols de 3.0 mm. Descàrrega i immobilització durant quatre mesos.

Resultats

A l'any postoperatori la pacient es troba asimptomàtica amb consolidació radiològica de les osteotomies.

Conclusió

Les osteotomies de la base són un tractament efectiu en les metatarsàlgies de segon rocker; no fixar-les quan actuem sobre radis consecutius pot provocar inestabilitat i elevat risc de pseudoartrosi hipertròfica.

P-24

TERÀPIA DE PRESSIÓ NEGATIVA: EFECTIVA?**Josefa López de La Fuente**

CSG. H.R.Sant Camil, Sant Pere de Ribes, Barcelona

Introducció i objectius**INTRODUCCIÓ:**

Dona de 78 anys intervinguda el 2016.06.26 del 4t dit en urpa del peu dret realitzant-artroplàstia de resecció i estabilització amb agulla Kirschner. Reingressa el 2016.07.11 per cel·lulitis al peu dret.

Amb antecedents personals de:

- No al·lèrgies medicamentoses.
- DM II. Amb ADO + insulina.
- Dislipèmia. HTA.
- Hipotiroidisme.
- Osteoporosi.
- Fractura pertrocanterea fèmur dret.
- Pròtesi total genoll bilateral.
- Incontinència urinària.
- Caigudes de repetició.

OBJECTIU:

Demostrar l'efectivitat del desbridament complet i cura amb teràpia de pressió negativa (VAC).

Material i mètodes

Ingressa l'11/07/2016 per cel·lulitis peu dret realitzant-desbridament quirúrgic, amputació 4t dit i presa de mostres i inici de tractament antibiòtic empíric (Daptomicina + Ertapenem).

Important defecte cutani en dors peu amb exposició d'extensors dels dits.

Iniciem cures amb: neteja amb prontosan + Silvederma, pomd, + embenat.

Els cultius són positius per cocos gran positius (*S. aureus*. SARS. 4/4).

Antibioteràpia IV (Cloxacil·lina + Rifampicina).

Es realitza nou desbridament quirúrgic el 2016.07.22 de la zona esfacelada i inici de la teràpia de pressió negativa (VAC) a 100 mnHg, manté antibioteràpia IV (Cloxacil·lina + Rifampicina).

Cures cada 5 dies.

Resultats

Tolera VAC amb bona evolució i aparició de teixit de granulació fins a la completa cobertura de tendons i recuperació de gruix íntegre del defecte.

El 2016.08.23 vam canviar a sistema PIC.

Retirat Pic 2016.08.30.

Teixit d'epitelització 2016.10.06.

Curació total 2016.10.20.

La teràpia de pressió negativa és un tractament segur i efec-

tiu per al tractament de ferides complexes després d'amputacions parcials en pacients diabètics.

Necessita menys nombre de capellans, disminuint el dolor i millorant la tolerància dels pacients.

Una recuperació més ràpida i una disminució del nombre d'amputacions secundàries.

Conclusió**BIBLIOGRAFIA:**

Galo, V. Tena, et al. "Terapia de presión negativa con dispositivo portátil "pico" en el manejo de heridas." Revista de la Asociación Española de Enfermería Quirúrgica 39 (2016): 46-50.

Del Río Diez, Luis, et al. "Terapia con presión negativa. Presentación de un sistema de bajo costo y de alta eficacia." Intra-Med Journal 5.2 (2016): 20.

Hernández, María Piedad Lorenzo, and Rosa María Hernández Cano. "USO INADECUADO de LA PRESIÓN NEGATIVA EN TERAPIAS TÓPICAS EN HERIDAS QUIRÚRGICAS CON DEHISCENCIAS. EFECTIVIDAD de LA CURA EN AMBIENTE HÚMEDO EN DEHISCENCIA de HERIDA QUIRÚRGICA TRAS USO de APÓSITO PICO." ENE, Revista de Enfermería 8.2 (2014).

P-25

SÍNDROME DEL SEGON ESPAI INTERMETATARSIA**Joan Valentí Ardanuy¹, Manel Mañà Fernández², Jaume Perramon Llavina³**¹ Clínica Molins, Barcelona² Hospital Creu Roja de l'Hospitalet, Barcelona³ Clínica Sda. Família, Barcelona**Introducció i objectius**

La síndrome del segon espai intermetatarsià és rara i poc freqüent. Presentem l'observació de 2 casos dels que un va precisar correcció quirúrgica sent la tècnica realitzada de neteja de la bursitis i osteotomia de Weil de segon i tercer metatarsians.

Aquesta patologia va ser descrita per Serre i cols. el 1973 i per Viladot el 1975.

Material i mètodes

Es tracta d'una pacient de 60 anys que presenta fa temps dolor agut a la part anterior del segon espai intermetatarsià. Clínicament presenta hiperqueratosi a sota del 2n i 3r MTT i separació del segon i tercer dits dels peus sobretot en càrrega. La radiologia observa un primer MTT curt en comparació dels MTTs centrals. La marxa del peu dret es fa molt difícil a pesar dels tractaments conservadors amb plantilles.

La RM del peu dret informa d'una pseudomassa del segon espai interdigital de 15 mm que pot ser per fibrosi intermetatarsiana. Donada la nul·la efectivitat del tractament conserva-

dor es realitza l'exèresi quirúrgica de la tumoració (sinovial) i osteotomies de Weil del 2n i 3r MTT. L'evolució és favorable i permet la marxa normal.

El segon cas es tracta d'un pacient de 42 anys amb idèntics signes inflamatoris i clínics, separació del 2n i 3r dits i dolor agut distal del segon espai intermetatarsià. Radiològicament presenta les mateixes característiques i per RM al peu dret s'observa una bursitis intermetatarsiana. El pacient segueix tractament conservador amb plantilles i el dolor és suportable.

Resultats

La síndrome del segon espai intermetatarsià, poc freqüent, podem observar-lo en aquests dos casos amb aspecte molt típic per la metatarsàlgia de Morton (no neuroma) i separació dels dits 2n i 3r. El 1r MTT més curt amb hipertròfia del 2n MTF. Dolor agut distal del 2n MTT i hiperqueratosi.

L'anatomia i biomecànica afavoreixen aquesta afectació i la bursitis fibrosa és la culpable del dolor. No es troba cap neuroma.

Conclusió

La metatarsàlgia aguda del 2n espai intermetatarsià provoca impossibilitat de la marxa i el tractament conservador no és suficient. El tractament quirúrgic de la bursitis i l'osteotomia distal de Weil del 2n i 3r MTT realinea l'avantpeu.

Bibliografia:

-Serre, H.; Simon, C.; Claustre, J.; Meyer, M.: Le syndrome douloureux aigu du 2^o espace intermetatarsienne. Podologie, VIII,1^o,10, 1973.

-Viladot, A.: Patologia del antepie. Barcelona, 1975, pg. 250-1.

-Viladot, A.: 20 lecciones de patología del pie, Barcelona 2009, 105-17.

PEU TURMELL - TRAUMA

P-26

TRACTAMENT DE FRACTURES OBERTES DE CALCANI SANDERS IV. A PROPÒSIT D'UN CAS.

Daniel Berlanga de Mingo

Hospital ASEPEYO, Sant Cugat del Vallès, Barcelona

Introducció i objectius

Les fractures de calcani es produeixen habitualment per mecanismes d'alta energia que comporten alteracions biomecàniques i alteren la qualitat de vida del pacient a llarg termini.

L'objectiu de la presentació és comunicar quina va ser la nostra aposta per abordar el tractament d'una fractura de calcani complicada, tant per parts toves com per l'estat ossi del pacient.

Material i mètodes

Es presenta un cas d'un pacient de 36 anys que va patir una fractura oberta de calcani grau IV segons Sanders després d'una caiguda de 6 metres d'alçada.

Va ser necessari un tractament multidisciplinar en què van haver de participar medicina interna, cirurgia plàstica i traumatologia. També es va utilitzar de la impressió 3D per ampliar el coneixement de la fractura amb més detall.

Resultats

Es va aconseguir un correcte tractament multidisciplinar, evitant la infecció tant de parts toves com l'osteomielitis, aconseguint un tancament de la ferida completa gràcies a un penjoll de cuixa i sintetitzant adequadament la fractura mitjançant artrodesi subtalar primària.

Conclusió

Un tractament multidisciplinar és imprescindible pel maneig de fractures obertes complicades, arribant a ser necessàries cinc intervencions quirúrgiques en aquest cas presentat.

P-27

LUXACIÓ PERIASTRAGALINA MEDIAL ASSOCIADA A FRACTURES DE 5È METATARSÀ I CUBOIDES. A PROPÒSIT D'UN CAS.

Daniel Berlanga de Mingo

Hospital ASEPEYO, Sant Cugat del Vallès, Barcelona

Introducció i objectius

La luxació periastragalina és una patologia poc freqüent però amb un grau de complicacions i seqüeles molt elevat. La

seva presència freqüentment associa fractures concomitants, com és el cas de la fractura de cinquè metatarsià o de cuboides.

L'objectiu d'aquesta presentació és il·lustrar un cas observat al nostre hospital i mostrar el tractament seguit per tal de solucionar-ho.

Material i mètodes

Es tracta d'un pacient que presentà luxació periastragalina associada a fractures de cinquè metatarsià i de cuboides i que va necessitar de 3 intervencions quirúrgiques, inclòs un penjoll microvascular de cuixa esquerra a peu dret.

Resultats

Es va aconseguir estabilitzar tant luxació com fractures, necessitant de tres intervencions quirúrgiques, una escarectomia, una per a fixar les fractures òssies, i la darrera per a realitzar un penjoll microvascular de cuixa esquerra a peu dret.

Conclusió

Tot i la gravetat i la poca freqüència d'aquesta patologia, s'intenta transmetre la solució per la que vam optar com a una tècnica a tenir en compte en el ventall de tractaments d'aquesta associació de luxació i fractures.

P-28

A PROPÒSIT D'UN CAS. FRACTURA DE MCFARLAND SALTER-HARRIS TIPUS IV FIXADA AMB MATERIAL BIOREABSORBIBLE.

Isabel Parada Avendaño¹, Pedro Doménech Fernández¹, Juan Miguel Rodríguez Roíz², Jorge Knörr Giménez¹

¹ Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona

² Hospital Clínic, Barcelona

Introducció i objectius

Un 6% de les fractures de tibia infantils involucren l'articulació del turmell. Les fractures de McFarland del mal·lèol medial amb afectació articular, també classificades com fractures Salter-Harris (S-H) tipus III i IV, representen el 25% de les lesions distals de la fisis tibial. Es produeixen per traumatismes en adducció-supinació i són més freqüents entre els 11 i els 14 anys. S'associen amb una alta incidència de tancament prematur de la placa de creixement (entre un 13 i un 50%).

Material i mètodes

Pacient de 10 anys diagnosticat de fractura de McFarland en turmell dret S-H tipus IV i epifisiolisis tipus I en maleol peroneal. Intervingut a les 24 hores mitjançant reducció oberta usant un abordatge anteromedial i fixació interna amb col·locació de 2 pins reabsorbibles, aconseguint una correcta reducció articular.

Resultats

Controls a les 2 setmanes, al mes i als dos mesos amb evolució favorable i tornada a les seves activitats. No va necessitar de cirurgies posteriors.

Conclusió

L'associació d'una fractura de peroné en aquest tipus de fractures es considera un factor de risc per al tancament prematur de la placa fisaria però com a factor pronòstic fonamental ens trobem el desplaçament de la fractura de McFarland, que sent major de 2 mm, presenta un risc augmentat i comporta a recomanar un tractament quirúrgic. Fins i tot, alguns autors recomanen procedir directament a la reducció oberta de fractures amb desplaçament mínim, i així evitar al màxim el risc de detenció del creixement.

Pel que fa al material d'osteosíntesi se solen utilitzar cargols d'esponjosa per aconseguir la compressió, podent afegir una volandera, o agulles de Kirschner per estabilitzar la fractura. En el nostre cas hem fet servir pins biodegradables per mantenir la reducció i evitar una segona cirurgia d'extracció de material, aconseguint reducció articular i bons resultats clínics funcionals.

INFECCIONS

P-29

QUIST HIDATÍDIC DE LOCALITZACIÓ POC FREQUENT.

Ramón Servitja Tormo, José Antonio Mellado Navas, Montserrat Arias Rivero, Jaime José Morales de Cano
Hospital Universitari Vic, Barcelona

Introducció i objectius

A propòsit d'un cas de quist hidatídic a nivell del braç, es revisa bibliografia sobre localitzacions poc freqüents, objectivant que la localització subcutània sense cap altre afectació ni hepàtica ni pulmonar n'és un rar avis.

Material i mètodes

Es realitza estudi d'extensió sense objectivar afectació a nivell hepàtic ni pulmonar. La serologia també va ser negativa, cosa que no descarta la sospita diagnòstica de hidatosis. S'inicia tractament amb Albendazol, i es procedeix a intervenció quirúrgica de quistectomia prèvia infiltració amb sèrum hipertònic, a la setmana d'iniciar el tractament mèdic amb l'antiparasitari. S'envia per estudi a anatomia patològica.

Resultats

L'evolució postoperatòria va ser bona, podent ser alta a les 48 h. L'anatomia patològica confirma el diagnòstic de Quist hidatídic. En l'actualitat la pacient es troba asimptomàtica.

Conclusió

La hidatosis és una parasitosis produïda per l'estat larvari de l'*Echinococcus granulosus*, endèmic en molts països. Els òrgans més freqüents són el fetge i pulmó.

La localització a nivell de l'aparell locomotor és molt infreqüent essent-ho encara més com a quist únic, sense haver-hi afectació concomitant a nivell de fetge o pulmó.

L'èxit en aquests casos s'aconseguirà gràcies al treball multidisciplinari entre cirurgians, internistes, radiòlegs i patòlegs.

P-30

FRACTURA OBERTA BILATERAL DE TÍBIA: A PROPÒSIT D'UN CAS.

Katia Martínez Miguélez, Núria Fernández Noguera, Lluís Marull Serra, Óscar Huc Grasa, Marco-Nel López Guzmán, Miguel Ángel Froufe Siota
Hospital Universitari Josep Trueta de Girona

Introducció i objectius

Les fractures de tibia són un repte pel traumatòleg degut a l'alta incidència i les complicacions associades. És la fractura d'ossos llargs més freqüent. A més, en un 24% dels casos són obertes. És la fractura oberta més freqüent, relacionada amb la localització anatòmica subcutània de la seva cara antero-medial, que la fa susceptible a l'exposició òssia secundària a traumatismes inclús de baixa energia.

La cobertura dels teixits tous és crucial per la correcta cicatrització i consolidació de la fractura. Molts cops degut a la gran destrucció d'aquests, s'han de realitzar penjolls musculocutanis per cobrir l'os exposat un cop ja s'ha realitzat fixació interna definitiva.

Material i mètodes

Presentem el cas d'un pacient de 25 anys amb fractura oberta bilateral de tibia i peroné grau IIIB de la classificació de Gustilo, degut a un accident de motocicleta. Inicialment se li administra antibioticoteràpia i operatòriament es realitza un desbridament agressiu, rentat abundant i osteotaxis de les fractures.

Resultats

Durant el postoperatori al pacient se li realitzen dos desbridaments posteriors d'ambdues extremitats. L'EIE presenta deglobbing amb defecte cutani i subcutani i exposició òssia. Conjuntament amb el servei de Cirurgia Plàstica es proposa realitzar Fix and Flap de la fractura amb un clau endomedullar anterògrad i cobertura de l'os amb penjoll lliure de dorsal ample.

A la setmana d'intervenir l'extremitat esquerra, es realitza Fix and Flap de la dreta amb també clau endomedullar anterògrad i penjoll rotacional del gastrectemi medial i soli ipsilaterals.

Es van continuar realitzant cures de les lesions, tenint bona evolució final. Als 6 mesos, el pacient presenta tancament correcte de les fractures obertes i ha iniciat deambulació amb ajuda de croses. Presenta un retard de consolidació de les fractures, sense signes gammagràfics d'osteomielitis activa.

Conclusió

Les fractures obertes de tibia són una urgència quirúrgica que requereixen antibioticoteràpia, un ampli desbridament quirúrgic (com més agressius menys taxes d'infecció), rentat

abundant, reducció i estabilització dels fragments ossis. Un cop realitzada la cirurgia urgent, s'ha de realitzar una fixació interna i una correcta coberta de l'os amb els teixits tous (fix and flap) el més aviat possible per disminuir el risc d'infecció. Depenent del tipus de lesió i les característiques del pacient, es poden utilitzar diferents tipus de cobertura. És important tractar aquestes lesions de manera multidisciplinària conjuntament amb els serveis de Cirurgia Plàstica i Cirurgia Vascular.

P-31

INFECCIÓ CRÒNICA D'AQUIL-LES, A PROPÒSIT D'UN CAS.

Daniel Berlanga de Mingo

Hospital ASEPEYO, Sant Cugat del Vallès, Barcelona

Introducció i objectius

Les infeccions de tendó d'Aquil-les són infeccions no tant freqüents com d'altres però molt temudes per la possible repercussió en la qualitat de vida del pacient.

Exposem un cas tractat al nostre hospital mostrant una manera de solucionar infeccions cròniques d'Aquil-les de més de 10 anys d'evolució en un pacient intervingut per trencament total del tendó 15 anys enrere.

Material i mètodes

Es va estudiar el cas amb iconografia d'un pacient intervingut l'any 2003 d'un trencament total de tendó d'Aquiles esquerra al qui se li implantà una malla sintètica intratendinosa. Ens arriba a l'hospital després de més d'un any de molèsties al tendó d'Aquil-les amb fistules cutànies.

Resultats

Es va realitzar desbridament amb exèresi de la malla sintètica intratendinosa, aconseguint conservar tendó viable. Va necessitar un penjoll de cuixa contralateral mitjançant cirurgia en dos temps per haver patit dehiscència de la ferida quirúrgica i antibioteràpia de llarga durada.

Conclusió

Les infeccions cròniques de tendó d'Aquil-les poden donar molts problemes requerint en molts casos reintervencions, però un correcte control del malalt i una bona presa de decisions encamina a la solució del cas.

TUMORS

P-32

OSTEOSARCOMA A PARTIR D'UN OSTEOCONDROMA DE TÍBIA.

Frederic Portabella Blavia, Marc Ramos Villanueva, Óscar Pablos González, Jose Antonio Narváez García, Xavier Sanjuan Garriga, Jose Luis Agulló Ferré

Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Introducció i objectius

La transformació maligna d'un osteocondroma a un osteosarcoma és molt rara i són pocs els casos publicats. Presentem el cas d'una pacient de 50 anys afectada d'una tumoració en terç distal de tibia, diagnosticada inicialment d'un osteocondroma, que evoluciona a un osteosarcoma.

Material i mètodes

Pacient dona de 50 anys d'edat que acut a la nostra consulta per presentar des de feia dos anys un osteocondroma de tibia distal dreta. Es realitza biòpsia guiada per TC i davant l'absència de malignitat es decideix seguir controls periòdics. La lesió evoluciona cap al creixement agressiu amb afectació de parts toves i clínicament amb dolor, limitació de la mobilitat i tumefacció. Es realitza nova biòpsia i s'estableix el diagnòstic d'osteosarcoma osteoblàstic d'alt grau. L'estudi d'extensió és negatiu.

Resultats

En el comitè de tumors es decideix amputació infracondílica d'extremitat inferior i quimioteràpia adjuvant donada l'agressivitat i la localització del tumor. S'intervé quirúrgicament i s'obté una peça d'amputació infracondílica que s'envia a anatomia patològica i informa de tumor de 8 cm en terç distal de tibia amb marges àmpliament lliures de neoplàsia i sense evidència d'invasió vascular ni perineural. La pacient actualment està cursant la quimioteràpia adjuvant i està pendent de protètzació per part del servei de rehabilitació.

Conclusió

La transformació maligna d'un osteocondroma a condrosarcoma es produeix habitualment en la perifèria de la lesió augmentant l'espessor del cartílag, fet que es confirma mitjançant la ressonància magnètica. La degeneració maligna a osteosarcoma es produeix a nivell de la base d'implantació del osteocondroma, això podria justificar que en ocasions no es sospita malgrat la biòpsia realitzada o de l'estudi de la peça de resecció, que habitualment no és completa com en el cas des-

crit per Engel en el 2012. Aquesta transformació és rara i és difícil d'afirmar que es produís a partir d'una lesió benigna o que fos una lesió maligna inicial, igual que ens ho preguntem quan diagnosticuem un condrosarcoma al cap d'anys d'haver ressecat un osteocondroma. La degeneració d'un osteocondroma a osteosarcoma, igual que en la degeneració a condrosarcoma de baix grau, té millor pronòstic que els osteosarcomes primaris.

P-33

L'ESPIROADENOMA ECRÍ A LA MÀ.

Marc Puigbert Velazco, Jairo Cebolla Tosán, Sílvia López Marne, José Moranas Barrero, Xavier Sanjuan Garriga
Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Introducció i objectius

L'espiroadenoma ecrí és un tumor benigne originat a les glàndules sudorípares de la pell. Habitualment es presenta com un nòdul solitari, en cuir cabellut i tronc, de creixement lent i progressiu, i que rarament malignitza. Actualment, el tractament d'elecció és l'exèresi quirúrgica. S'han descrit pocs casos localitzats en extremitats i, per tant, és una lesió poc contemplada en el diagnòstic diferencial de les tumoracions de parts toves a la mà.

Material i mètodes

Presentem el cas d'una dona de vint-i-cinc anys que consulta per una tumoració de parts toves, en teixit subcutani, en cara cubital del cap del cinquè metacarpí de la mà esquerra, de consistència dura, arrodonida, coloració violàcia i de creixement progressiu des de la infància. L'ecografia doppler mostra una tumoració de 12 x 13 x 14 cm molt vascularitzada, compatible amb un tumor d'origen vascular. Amb aquesta orientació diagnòstica, es va procedir a l'exèresi quirúrgica de la lesió, amb el posterior resultat histològic d'espiroadenoma ecrí.

Resultats

A les dues setmanes de la intervenció, es va procedir a la retirada de la sutura cutània intradèrmica, sense observar-se complicacions cutànies ni infeccioses. El control a les tres setmanes, la pacient referia desaparició del dolor i un balanç articular complet de l'articulació metacarpofalàngica del cinquè dit. Passat un mes de la cirurgia, la pacient es va reincorporar a nivell labCartell Científic. No ha presentat cap recidiva.

Conclusió

L'espiroadenoma ecrí és un tumor molt poc freqüent a la mà però que s'ha de tenir en compte a l'hora de realitzar el diagnòstic diferencial, especialment en aquelles tumoracions de parts toves que estiguin altament vascularitzades i, sobretot,

en gent jove. El tractament d'elecció consisteix en l'exèresi quirúrgica, rarament malignitzen i no s'ha documentat la recidiva local d'aquestes lesions.

P-34

SCHWANNOMA INTRAOSSI A COLUMNA VERTEBRAL MÒBIL. A PROPÒSIT D'UN CAS.

Rocío Gabriele Montenegro, Isidro Gracia Alegría, Ana Peiró Ibáñez, Laura Trullols Tarragó, Juan José Velázquez Fragoso, Ana Belén Pérez Romera
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona

Introducció i objectius

La Schwannoma o Neurinoma és un tumor benigne d'elevada prevalença, procedent de la vaina neural, i que habitualment es localitza a parts toves.

No obstant, en alguns casos excepcionals, pot ubicar-se a ossos de petit tamany, però rarament a columna vertebral mòbil.

Material i mètodes

Presentem un cas d'un pacient de setanta-sis anys d'edat que consulta al nostre servei per debilitat a l'extremitat inferior.

S'estudia amb tomografia computeritzada (TC) i ressonància magnètica (RM) que descriu una tumoració a nivell del cos vertebral de la tercera vèrtebra lumbar, amb extensió al múscul psoas, però sense afectar cap estructura nerviosa.

Es realitzà una biòpsia guiada per TC, suggerint una tumoració tipus Schwannoma.

Resultats

Es planificà la cirurgia amb un equip multidisciplinar, per un abordatge més complet. Mitjançant un abordatge quirúrgic retroperitoneal, es va confirmar l'origen intraossi de la tumoració i es va realitzar un curetatge. Degut al no compromís pedicular, es va realitzar només una estabilització vertebral anterior.

L'estudi histològic post-resecció va confirmar que la tumoració es tractava d'un schwannoma. Després de 2 anys post-cirurgia, el pacient es troba asimptomàtic i sense signes de recurrència.

Conclusió

Els schwannomes intraossis són extremadament infreqüents. Són benignes, pel que en el nostre cas ha tingut un bon pronòstic malgrat la seva localització.

La col·laboració multidisciplinar va ser clau en l'èxit d'aquest cas.

MISCÈL·LANIA

P-35

ALLARGAMENT FEMORAL AMB CLAU ENDOMEDULAR: A PROPÒSIT D'UN CAS.

Laia Berta Compte, Marta Baraldés Canal, Rafael González Hernández, Ferran Fonseca Mallol, Miguel Ángel Froufe Siota, M. José Martínez Ruiz

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona

Introducció i objectius

La cirurgia d'allargament d'extremitats tradicionalment s'ha realitzat mitjançant fixadors externs. Tot i tenir uns bons resultats pot estar associada a problemes com infecció dels pins, transfixió de la musculatura o poca acceptació per part dels pacients.

El clau endomedul·lar ISKD (intramedullary skeletal kinetic distractor) permet l'allargament per rotacions de l'extremitat al voltant de l'eix longitudinal del clau.

Material i mètodes

Presentem el cas d'un pacient de 33 anys en seguiment a consultes externes per dismetria d'extremitat inferior dreta de 4 cm secundària a fractura supracondílea de fèmur dret intervinguda amb una placa, que posteriorment es va retirar degut a fallida d'aquesta i nova osteosíntesi amb clau endomedul·lar retrògrad de fèmur retirat un cop consolidada. El pacient deambula amb una alça de 4 cm presentant dolor lumbar i gonalgia dreta que el limita per la vida diària, pel que es proposa cirurgia d'allargament femoral. Es realitza osteotomia de terç proximal femoral i col·locació de clau endomedul·lar ISKD de 12.5 mm de diàmetre amb enforrellat proximal i distal programat per distracció de 4 cm. En els controls radiogràfics s'observa allargament total en les primeres setmanes, pel que es deixa el pacient en repòs absolut fins els 3 mesos aproximadament on s'observa inici de formació òssia en el focus de distracció.

Resultats

Als 5 mesos de la cirurgia s'observa radiogràficament call ossi amb corticals immadures permetent-se la deambulació amb càrrega parcial. El pacient està molt satisfet presentant isometria d'extremitats, bon control del dolor i balanç articular complet del genoll i maluc sense radiculopatia.

Conclusió

Els claus endomedul·lars d'allargament femoral presenten una millor tolerància i satisfacció del pacient amb menor risc d'infecció. No obstant, la dificultat del control en la velocitat d'allargament pot comportar problemes en la regeneració òssia.

P-36

LUXACIONS BILATERALS I RECURRENTS DE COLZE SENSE TRAUMATISMES DESENCADENANTS.

Massimiliano Conte Desinano, Jose Sánchez González
Hospital de Mataró, Barcelona

Introducció i objectius

La luxació de colze és la segona en freqüència després de la luxació d'espatlla. El quadre més freqüent és la luxació posterolateral de causa traumàtica. No obstant això, la presència en un mateix pacient d'una luxació bilateral i recurrent, afegit a la manca d'un mecanisme traumàtic desencadenant, configura un quadre clínic molt rar i escassament descrit en la literatura.

Material i mètodes

Presentem el cas d'una dona de 25 anys que consulta a urgències per dolor i deformitat a nivell del colze esquerre després d'aixecar un pes, diagnosticant-se de luxació posteromedial. Pel caràcter inestable de la reducció es decideix tractament quirúrgic amb lligamentoplastia del complex lligamentós intern (CLI) amb tendó del flexor carpi radialis (FCR) i transposició del nervi cubital.

Als dos anys consulta novament a urgències referint episodi de luxació auto-reduïda del colze operat. A l'exploració presenta inestabilitat rotatòria postero - externa i es decideix realitzar lligamentoplastia del lligament col·lateral lateral ulnar (LCLU) amb tendó del FCR contralateral segons la tècnica d'Osborne i Coterill i re-tensat del CLI. En controls ambulatoris, al llarg dels mesos posteriors, la pacient recupera el balanç articular complet i la estabilitat articular del colze esquerre.

Un any després, en aixecar una nena, present luxació auto-reduïda del colze contralateral. A l'exploració, la pacient presenta inestabilitat rotatòria postero-externa i clínica de paràlisi del nervi cubital, pel que es decideix realitzar lligamentoplastia del LCLU amb empelt de tendó del múscul gracilis provinent de càdaver segons la tècnica d'Osborne i Coterill i associar directament lligamentoplastia del CLI amb tendó l'FCR (modificació de la tècnica de Conway) i transposició del nervi cubital.

Resultats

Actualment, la pacient segueix controls postoperatoris correctes i rehabilitació encaminada a la recuperació de la mobilitat articular i evidència millora de la clínica de paràlisi cubital.

Conclusió

Aquest cas posa de manifest una situació d'inestabilitat articular lligamentosa que ha causat a la pacient diversos esdeveniments de luxacions de diferents tipus i per mecanismes no traumàtics. És un quadre rar i poc descrit en la literatura.

P-37

REPARACIÓ ANATÒMICA DE LA RUPTURA DEL TRÍCEPS BRAQUIAL.

Jairo Cebolla Tosán, Marc Puigbert Velazco, Silvia López Marne, José Moranas Barrero, Joaquim Casañas Sintés, José Luis Agullo Ferré

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Introducció i objectius

La ruptura del tendó distal del tríceps és una lesió infreqüent que suposa menys de l'1% de les lesions tendinoses del membre superior. És més comú en homes, entre els 30-50 anys. El mecanisme lesional habitual és una caiguda amb la mà en extensió, com a conseqüència d'una desacceleració superposada a una contracció excèntrica (associat o no a traumatisme en la cara posterior del colze). L'ús local de corticoides i el consum d'esteroides anabòlics predisposen a patir aquesta lesió. Existeixen també factors sistèmics predisposants, com la malaltia renal crònica, l'artritis reumatoide i probablement la diabetis insulíndependent. A propòsit d'un cas, exposarem la nostra experiència en la reparació del tendó del tríceps braquial.

Material i mètodes

Home de 48 anys, sense antecedents mèdics d'interès, que va presentar una caiguda casual sobre la mà esquerra en extensió mentre realitzava exercicis de musculació. Presenta dolor i imпотència funcional amb balanç articular de (25°-60°). Durant l'exploració física inicial es va objectivar discontinuïtat a la palpació, tot i que la prova de Thompson modificada per Viegas va resultar negativa. La radiografia no mostrava lesions òssies associades ni avulsió olecraniana. En ressonància magnètica es confirma la ruptura parcial del tendó del tríceps. Es va immobilitzar amb fèrula braquiopalmar dorsal de guix.

Una setmana després, el pacient ingressa per a intervenció quirúrgica programada. Sota anestèsia amb bloqueig del plexe braquial i isquèmia preventiva de l'extremitat, es realitza una incisió longitudinal medial posterior. Procedim al desbridament del tendó i introduïm una sutura no reabsorbible a través del tendó segons la tècnica de Krakow. Realitzem dos túnels olecranians creuats amb les agulles. Per reforçar la reinserció, col·loquem dos arpons ossis (medial i lateral) proximals als túnels, suturats al mateix tendó. Amb el colze en extensió, introduïm la sutura no reabsorbible a través dels túnels fent avançar el tendó sobre l'olècranon i realitzem el nus de les sutures en disposició de doble filera. Intraoperatòriament, avaluem l'estabilitat i es comprova el rang de mobilitat complet del colze.

Resultats

En el postoperatori immediat s'immobilitza amb fèrula braquiopalmar dorsal en extensió amb bona evolució de la ferida quirúrgica. Als 10 dies de la intervenció es retiren punts de su-

tura i comença rehabilitació amb exercicis actius. Al mes de l'operació el pacient presenta balanç articular passiu en flexió del colze de 120° (flexió colze contralateral de 130°) i dèficit d'extensió de 10°. Balanç muscular global 3+/5 amb dolor en la contracció concèntrica (excèntrica no dolorosa) amb hipotròfia muscular. Als tres mesos, el pacient no presenta dolor en les activitats quotidianes i labCartell Científics (molèstia ocasional durant activitats esportives). Balanç motor 5/5 (contracció concèntrica no dolorosa) amb balanç articular complet.

Conclusió

La reparació quirúrgica en fase aguda es recomana en ruptures completes del tendó. En ruptures parcials és controvertit, ja que generalment és ben tolerada en pacients amb baixa demanda funcional. Considerem que la ruptura parcial en pacients joves o amb una important demanda funcional ha de ser reparat.

Pensem que la millor manera d'obtenir una inserció estable amb el mínim risc de ruptura iterativa és reparar la inserció del tendó mitjançant una reinserció transòssia associada a ancoratges en una disposició en doble filera. A més, és una tècnica més anatòmica que permet una major cobertura de la petjada tricripital en comparació amb túnels o ancoratges aïllats.

P-38

FRACTURA DE MONTEGGIA: URGÈNCIA IMMEDIATA O DIFERIDA? A PROPÒSIT D'UN CAS.

Raquel Samaniego Alonso, César Abellán Miralles

Hospital ASEPEYO, Sant Cugat de Vallès, Barcelona

Introducció i objectius

La fractura-luxació de Monteggia es defineix com luxació de l'articulació ràdio-humeral associada a fractura del terç proximal del cúbit, representant el 0,7% de les fractures-luxacions de colze. Habitualment compromet l'estabilitat del colze i requereix una reducció anatòmica i estabilització suficient que faci possible la mobilització precoç.

L'objectiu d'aquest estudi es posar de manifest la necessitat d'una adequada planificació preoperatòria abans d'aquest tipus de lesions.

Material i mètodes

Home 52 anys, fisioterapeuta, que pateix caiguda en bicicleta al gener 2016. Atès inicialment en un hospital públic, on diagnostiquen de fractura Monteggia tipus Bado IV dreta i realitzen osteosíntesi d'urgència amb placa LCP. Acudeix a control per la seva mútua labCartell Científic. S'aprecia osteosíntesi insuficient i axonotmesis completa del nervi radial, realitzant re-osteosíntesi amb dos cargols en coronoides, placa específica en cúbit i pròtesis de cap radial. Van ser necessàries dues

intervencions posteriors per presentar lesions associades: en novembre 2016 estiloidectomia radial a causa d'impingement radiolunar i en gener 2017 reinserció del tendó supraespinós dret.

Resultats

Després de l'últim control en febrer 2017 presenta balanç articular d'espatlla amb dèficit de flexió a 110° i abducció a 90°, mobilitat completa de colze amb mínim dèficit de 5° a l'extensió i canell amb limitació de 10° a la flexió dorsal. La recuperació nerviosa radial ha estat completa. Actualment segueix protocol RHB per l'espatlla fins reincorporació labCartell Científic. El pacient refereix estar satisfet amb el resultat clínic.

Conclusió

Per la complexitat d'aquesta fractura-luxació s'aconsella no realitzar aquestes intervencions d'urgència excepte complicacions neurovasculars. Per tant, és important realitzar un estudi preoperatori adequat i que la intervenció es dugui a terme per un especialista. En primer lloc s'ha de reduir i estabilitzar la fractura de cúbit i, en segon lloc, la fractura-luxació del cap de ràdio, evitant inestabilitats residuals. La necessitat de realitzar intervencions secundàries per osteosíntesi deficientes augmenta notablement el risc de complicacions (pseudoartrosi, calcificacions, etc.)

P-39

IMPLANTACIÓ DE LA IMPRESSIÓ 3D EN CIRURGIA ORTOPÈDICA I TRAUMATOLOGIA.

Ferran Fillat Gomà, Jordi Huguet Boqueras, Pere Torner Pifarré

Corporació Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

Introducció i objectius

El tractament quirúrgic en cirurgia ortopèdica i traumatologia requereix un coneixement anatòmic exquisit de la regió anatòmica que es pretén abordar. Un resultat exitós depèn de l'apreciació de l'anatomia real de cada cas, el qual determinarà l'enfoc idoni per a resoldre el problema i abordar-lo de la millor manera possible. Actualment les radiografies segueixen sent l'eina principal per a la planificació preoperatoria acompanyada de la tomografia computeritzada (TAC) en alguns casos, mètodes que, requereixen d'experiència i a vegades donen una visió limitada de la configuració anatòmica real. La tecnologia avança i les impressores 3D han arribat a l'usuari bàsic fent-se amplament disponibles i assequibles. Des de qualsevol imatge mèdica amb contingut tridimensional (TAC i RMN) es poden reproduir de manera ràpida models a escala. Models precisos i detallats permeten al cirurgià planificar cada cas "amb les

seves mans" abans de la cirurgia. Aquesta tecnologia pot proporcionar, no només una millor apreciació del veritable problema a tractar, sinó també, un enfoc més adequat i l'elecció del millor procediment, material i mida dels implants. El nostre objectiu és divulgar l'ús de la tecnologia 3D per a la planificació quirúrgica preoperatoria en cirurgia ortopèdica i traumatologia.

Material i mètodes

Es presenten una sèrie de casos on s'ha utilitzat per a la planificació preoperatoria la impressora leapfrog HS adquirida per al nostre servei que utilitza la tecnologia del Fusion Deposition Modeling (FDM). A partir de les imatges DICOM de cada cas, seguint el mateix protocol de segmentació, processat i preparació per a la impressió a escala real de (1:1) s'analitzen quatre casos: 1) Fractura d'húmer proximal prevista per a la reducció oberta i fixació amb placa estabilitat angular; 2) Disseny d'al-loompelt en un cas de pseudoartrosi d'húmer proximal; 3) Estimació bankart ossi en un cas d'inestabilitat d'espatlla; 4) Disseny de l'al-loompelt i estimació de la mida dels implants en un cas d'Osteoartritis glenohumeral Walch B2 prevista per a una artroplàstia invertida d'espatlla.

Resultats

En tots els casos els models van millorar l'apreciació anatòmica de la zona estudiada. En el cas 1, el model va ser utilitzat abans de la intervenció per a la mesura de la placa humeral i planificació de l'osteosíntesi, realitzant-la sobre el prototip a escala. El segon cas, va ajudar en el disseny de la forma de l'al-loompelt per tal de proporcionar l'estabilitat estructural de l'osteosíntesi. Per últim, en els casos 3 i 4, es va observar el defecte real en el bankart ossi i el defecte degeneratiu, a considerar per al disseny idoni dels al-loompelt i la mida de la metaglena en el cas de la pròtesi invertida.

Conclusió

La impressió 3D està esdevenint accessible per a l'avaluació de les lesions del dia a dia, està obrint la porta a nombrosos beneficis per als cirurgians en la planificació i tractament dels casos més complexos. Permet una millor avaluació de la naturalesa de les lesions sofertes, dona al cirurgià una millor apreciació visual, i per tant, ajuda a l'elecció de la tècnica de fixació òptima, estimació de la mida dels implants i el disseny de l'al-loompelt. Creiem plenament en aquesta tecnologia com una eina excel·lent i fàcil d'utilitzar a la pràctica clínica. El seu ús només pot millorar els resultats del pacient i per tant ha de ser explotada per a noves aplicacions en la cirurgia ortopèdica.

P-40

EXPERIÈNCIA EN EL TRACTAMENT DE LA PSEUDOARTROSIS DE TÍBIA I FÈMUR AL NOSTRE CENTRE.

Sergi Rodríguez Alabau, Anna Isart Torruella, Pilar Rovira Martí, Jordi Tapiolas Badiella, Ignacio Ginebreda Martí
ICATME-Hospital Universitari Quiron Dexeus, Barcelona

Introducció i objectius

La pseudoartrosi inclou un grup heterogeni de patologies causades per múltiples factors com l'estat general del pacient, el tipus de traumatisme, la qualitat òssia, l'estabilitat mecànica del focus de fractura, el compromís vascular, l'afectació dels teixits tous i la infecció.

L'objectiu és revisar el tractament de la pseudoartrosi.

Material i mètodes

Estudi retrospectiu amb 53 casos de pseudoartrosi de tibia o fèmur, tant sèptiques com asèptiques. Recopilem dades epidemiològiques, factors de risc, tipus de fractura (AO i Gustilo), tractament inicial, septicitat, tipus de call ossi, aportacions biològiques, temps de consolidació, desviacions axials, dismetries i complicacions.

Resultats

S'inclouen 45 homes i 7 dones, amb edat mitjana de 41 anys. Vint-i-quatre amb pseudoartrosi de fèmur, i 27 de tibia. Trenta-quatre sèptics i 17 asèptics. El 53% de les fractures van ser tancades i el 47% obertes. El tractament inicial va ser amb fixador extern en 13 casos, placa i cargols 19 i clau endomedullar en 20. Es va formar un call atròfic en el 48%, hipertròfic en el 33% i normotròfic en el 19% dels casos. No s'ha trobat relació entre el tractament i el tipus de call. El tractament final va ser conservador en el 4%, amb placa i cargols en el 25%, clau endomedullar en el 23% i fixador extern en el 46%. de mitjana es van requerir 4 cirurgies fins a la curació.

Trobem relació estadística entre tractament i temps de consolidació, obtenint un temps major en la fixació externa. Es va obtenir un normoeix en el 14%, var en el 48% i valg en el 25%. La dismetria mitjana va ser de 19 mm. Les complicacions van ser infecció, refractura, fracàs del material d'osteosíntesis i falta de consolidació.

Conclusió

La pseudoartrosi és multifactorial i el seu enfoc i tractament s'ha d'individualitzar. La planificació preoperatòria ha de valorar aspectes generals, septicitat, tipus d'estabilització i aport biològic, amb objectiu de prioritzar la consolidació, posteriorment la funcionalitat i finalment la isometria.

P-41

VIA D'ACCÉS POSTEROLATERAL COM A CIRURGIA DE RESCAT EN FRACTURES DE TÍBIA.

David Cáncer Castillo¹, Miquel Videla Ces², Ivan Sáenz Navarro³

¹ ICATME- Hospital Universitari Dexeus, Barcelona

² Consorci Sanitari Integral- Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Barcelona

³ Urgències- COT Hospital Santa Coloma, Santa Coloma de Gramenet, Barcelona

Introducció i objectius

Les fractures diafisàries i distals de tibia acostumen a associar un component d'afectació de les parts toves, especialment en la zona anterior i medial de la tibia, donat que en aquest nivell la cobertura òssia per part de les parts toves és escassa.

El no trobar unes parts toves en condicions òptimes per realitzar una reducció oberta i una osteosíntesis primària, generen una sèrie de complicacions que precisen en molts casos intervencions quirúrgiques secundàries, allargant el temps de tractament, el cost i obtenint resultats clínics subòptims.

En els casos en que trobem una deficient cobertura de parts toves en la zona anterior i medial, una opció d'abordatge a plantejar és la via d'accés postero-lateral, descrita al 1945 per Harmon et. al

Aquesta via d'accés ofereix les avantatges d'una major cobertura cutània i de parts toves sobre l'osteosíntesis mitjançant placa que es realitzi sobre el pacient, a més d'evitar l'accés sobre una zona anterior i medial potencialment danyades.

L'objectiu del nostre treball és presentar la via d'accés postero-lateral com a una alternativa en cirurgia de fractures diafisàries i de piló tibial, que associïn un estat cutani desfavorable en les zones anterior i medial.

Material i mètodes

Presentem la realització d'un estudi en cadàver sobre la viabilitat anatòmica de la via d'accés postero-lateral i exposem tres casos clínics intervinguts amb la surasmentada via d'accés.

Resultats

L'estudi cadavèric ens va permetre objectivar la seguretat i viabilitat de la via postero-lateral. En els 3 casos clínics exposats vàrem obtenir una consolidació de la fractura, una recuperació de l'estat de les parts toves i una marxa normal en tots els pacients.

Conclusió

La via d'accés postero-lateral és una via d'accés segura, reproducible i ens permet obtenir excel·lents resultats en els pacients amb fractures de tibia, en els quals l'estat de les parts toves no es permeti l'ús de vies d'accés clàssiques.

MILLORS CARTELLS CIENTÍFICS

Divendres 12

Sala 2 - 10:00 - 11:00

Millors orals: MP-01 - MP-10

Moderadors: Borí, Guillem
Girós, Joan

MP-1

L'ÚS D'UN PENJOLL BILOBULAT PER LA RECONSTRUCCIÓ DEL PLEC INTERDIGITAL EN L'ALLIBERAMENT DE LA SINDACTILIA EN ADULTS.

Alberto Blanco Sevilla, Jordi Pedemonte Jansana
Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

Introducció i objectius

Presentem una tècnica de reconstrucció del plec interdigital a partir d'un penjoll bilobulat durant la maniobra de desindactilizació, la qual disminueix la superfície del penjoll emprat i evita la necessitat d'un empelt de pell.

Material i mètodes

Es tracta d'una pacient de 28 anys natural d'Hondures afectada de sindactília congènita no tractada durant la infància al seu país d'origen. La plàstia proposada té l'objectiu de treure el major profit de la pell del dors de la mà, disminuint la necessitat d'un empelt de pell. El flap emparat del dors de la mà i la falange proximal es va utilitzar per a la reconstrucció del plec interdigital.

Resultats

La cirurgia es va completar sense necessitat d'empelt de pell. L'ús d'un penjoll bilobulat va permetre la reconstrucció de l'espai interdigital, proporcionant un resultat funcionalment satisfactori. Al postoperatori va presentar un sofriment cutani de la cara volar de la falange distal que es va solucionar mitjançant cures locals. També va presentar desaxació cubital de l'anular de 20°. Després de 8 mesos de seguiment presentava un acceptable resultat funcional. No obstant això l'atròfia dels lligaments col·laterals ipsilaterals va influir en el resultat estètic final.

Conclusió

La present tècnica podria ser una nova opció quirúrgica per a la formació i reconstrucció del plec interdigital en casos primaris i secundaris, especialment en una població adulta a la qual la pell del dors de la mà és més flexible.

MP-2

EXTRUSIÓ EN TRASPLANTAMENT MENISCAL AL·LOGÈNIC: ÉS LA CAPSULODESIS LATERAL LLIURE D'IMPLANT LA SOLUCIÓ?

David Cáncer Castillo, Maximiliano Ibáñez Malvestiti, Federico Ibáñez Malvestiti, Juan Erquicia Erquicia, Daniel Pérez Prieto, Joan Carles Monllau García
ICATME- Hospital Universitari Dexeus, Barcelona

Introducció i objectius

El trasplantament meniscal al·logènic és una tècnica amb bons resultats en la síndrome post menisectomia, existint una tendència al desplaçament radil o l'extrusió dels meniscs trasplantats, sense que existeixi una tècnica quirúrgica estàndard per evitar aquesta complicació.

L'objectiu del nostre treball és presentar els resultats obtinguts en la nostra sèrie de casos de trasplantaments meniscals laterals en els quals es va afegir la tècnica de capsulodesis tibial lateral.

Material i mètodes

14 pacients intervinguts entre juliol 2014 i juliol 2015 mitjançant trasplantament meniscal lateral, associat a tècnica de capsulodesis lateral via artroscòpia. Avaluació prospectiva utilitzant les escales KOOS,

LYSHOLM i EVA, estudi mitjançant ressonància magnètica i seguiment mínim d'un any. Es va consignar si van ser necessaris procediments associats i la presència o no d'extrusió meniscal.

Resultats

10 homes i dones amb edat mitja de 39.5 anys (32-51).

Varen presentar extrusió de l'implant un 28.57% (4 pacients) amb una mida promig d'extrusió de 3.8 mm (3.5-4.2), corresponent amb els primers casos de la sèrie. Es van observar millores

estadísticament significatives ($p < 0.05$) en les valoracions pre i post intervenció amb les escales de valoració utilitzades en les avaluacions realitzades als 6 i 12 mesos de seguiment.

Conclusió

En el trasplantament meniscal al·logènic, la presència d'extrusió de l'empelt és motiu de preocupació. Hi ha factors que s'han relacionat amb un major índex d'extrusió: el mètode de fixació, el tipus d'al·loempelt (medial o lateral), àrea de menisc i mida de l'empelt.

Alguns autors han proposat establir el cos del menisc a la meseta tibial en un intent de controlar l'extrusió. Tot i això, aquesta maniobra pot limitar la mobilitat normal del menisc. La tècnica per a una capsulodesis lateral lliure d'implant permet prevenir i evitar l'extrusió del trasplantament meniscal al·logènic lateral, mantenint aquests bons resultats amb el temps, amb un seguiment mínim d'un any, amb resultats clínics favorables i similars als publicats per altres series, sense objectivar complicacions agregades a aquest gest quirúrgic.

MP-3

COMPRESSIÓ MEDULAR AGUDA SECUNDÀRIA A ARTRITIS SÈPTICA FACETÀRIA.

Sandra Huguet Miguélez, Natalia Ibáñez Aparicio, Martí Carles Bernaus Johnson, Lluís Font Vizcarra, David Bosch García, Francesc Anglès Crespo
Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Barcelona

Introducció i objectius

L'artritis sèptica facetària de causa hematògena és una entitat rara i infradiagnosticada. Pot presentar abscessos epidurals en un 25% dels casos.

Presentem el cas d'una pacient amb artritis sèptica facetària toràcica que va debutar amb una compressió medular aguda.

Material i mètodes

Dona de 48 anys amb antecedents de hipertensió arterial, diabetes mellitus i obesitat, que consulta al Servei d'Urgències per dolor lumbar associat a hipoestèsia perineal sense altres alteracions neurològiques. Es va realitzar RMN lumbar sense objectivar patologia compressiva. Es va administrar analgèsia endovenosa amb milloria clínica pel que va ser donada d'alta.

Reconsulta 12 hores després per dolor irradiat a regió costal esquerra i dèficit súbit de força a les extremitats.

A l'exploració física destaca dolor molt invalidant amb un dèficit motor de psoas i quàdriceps esquerres d'1 sobre 5, hipoestèsia amb un nivell sensitiu T10, hipotonia d'esfínter anal i anestèsia perineal sense incontinència: Reflexes disminuïts a l'extremitat inferior esquerra amb Babinski extensor.

La pacient es troba afebril.

A l'anàlisi destaca leucocitosi molt lleugera sense desviació esquerra, PCR 79'1 mg/dL i VSG 43mm.

Es realitza RMN dorsal d'urgència on s'objectiva artritis facetària T8-T9 esquerra i abcés epidural de 34 x 10 x 11 mm amb signes de mielopatia.

Es va intervenir d'urgència realitzant laminectomia T8 i drenatge de l'abcés.

Resultats

L'hemocultiu i les mostres intraoperatòries van ser positives per *Streptococcus constellatus* i es va completar tractament durant 6 setmanes amb Levofloxacino 750mg/24h oral segons antibiograma.

La pacient va recuperar el dèficit motor al postoperatori immediat, presentant bona evolució del dolor i la ferida.

A l'anàlisi de control al final del tractament s'havien normalitzat els paràmetres inflamatoris.

Conclusió

L'artritis sèptica facetària s'estima que té una incidència del 4% de les infeccions de la columna vertebral, molt per sota de les espondilodiscitis. La gran majoria dels casos es presenten a nivell lumbar.

Es creu que és una entitat infradiagnosticada perquè es drena espontàniament a la musculatura paraespinal, resolent el quadre.

Els casos en que es produeix un abcés epidural pot ocasionar un dèficit neurològic, pel que és necessària la realització de la RMN i la laminectomia descompressiva urgent per evitar seqüeles.

MP-4

ÉS EL TRASPLANTAMENT PARENTAL DE TENDONS ISQUIOTIBIALS UNA TÈCNICA VÀLIDA PER A LA RECONSTRUCCIÓ DEL LCA EN NENS PREPÚBERS? CASE REPORT.

Eduardo Gardella Gardella, Federico Ibáñez Malvestiti, Juan Erquicia Erquicia, Àngel Masferrer Pino, Maximiliano Ibáñez Malvestiti, Joan Carles Monllau García
ICATME. Hospital Universitari Dexeus, Barcelona, Spain

Introducció i objectius

El trencament del lligament creuat anterior (LCA) és una lesió freqüent i actualment, l'evidència a favor de la seva reconstrucció en persones joves, actives i amb clínica d'instabilitat és indiscutible. S'ha vist un augment en la incidència d'aquestes lesions en nens amb esquelet immadur i està demostrat que l'evolució natural de les reconstruccions de LCA en menors és pitjor que en adults, amb un índex de re-ruptura de fins a un 30%. Presentem el cas d'una nena prepúber de 13 anys d'edat

amb trencament traumàtic del LCA, en la qual es va practicar una reconstrucció utilitzant una tècnica de al-loempelt parental de tendons isquiotibials (TI), sent el donant la seva mare.

Material i mètodes

Dona prepúber de 13 anys d'edat, Tanner 2, pes 50 kg i talla 1.58mts, que pateix entorsis de genoll esquerre en pràctica esportiva. La RMN evidenciava trencament complet del LCA i una lesió al cos posterior del menisc lateral. La pacient presentava dolor, fallides i sensació d'instabilitat en el seu genoll i l'examen físic destacava un balanç articular (BA) complet, instabilitat anteroposterior amb signes de Lachman, Pivot-Shift i calaix anterior positiu. Es va decidir intervenir quirúrgicament a la pacient amb tècnica de TI per evitar dany de fisis de creixement, però els TI de la pacient impressionaven insuficients per a la cirurgia, tant en grandària com en diàmetre. Pel que es va proposar realitzar un al-loempelt parental i utilitzar els TI de la mare com a donant per, d'una banda obtenir un empelt de millors característiques biològiques i de l'altra, mantenir els propis de la pacient en cas d'una possible cirurgia de revisió al futur. La mare va donar el seu consentiment i es va realitzar la reconstrucció (previ estudi de compatibilitat RH i screening per a malalties infectocontagioses negatives), segons tècnica de fora-dins per túnels femoral i tibial i fixació de plàstia en punts d'inserció anatòmics de l'LCA amb Endobutton® a fèmur i cargol interferencial en tibia, sota control d'imatges intraoperatòries per a control de la fisis de creixement. Es va concloure la intervenció comprovant el BA complet sense impingement i realitzant termoregulació amb radiofreqüència sobre una mínima ruptura simple de la banya posterior del menisc lateral amb bon resultat. Al postoperatori, la pacient va realitzar un postoperatori de 2 setmanes de descàrrega realitzant isomètrics quadrícipitals seguit de 2 setmanes d'exercicis de flexo-extensió i rehabilitació funcional i propioceptiva, per realitzar càrrega total en 4 setmanes.

Resultats

Actualment, cursant el 2º mes de postoperatori, la pacient no refereix dolor ni instabilitat, presenta un genoll estable a l'examen físic, sense vessament i amb un BA complet. Ha començat rehabilitació en càrrega total sense molèsties. La mare donant es troba asimptomàtica amb mínima equimosis en zona donadora de TI i realitzant vida normal.

Conclusió

El trencament del LCA en nens és un desafiament per al cirurgià ortopèdic i el seu tractament segueix sent controvertit. El fet de presentar les fisis de creixement obertes i l'alt índex de re-ruptura fan necessari d'una banda, l'elecció d'una tècnica que mantingui indemnes les fisis de creixement i de l'altra, que l'empelt a utilitzar sigui de la millor qualitat biològica possible.

En aquests casos, creiem que l'al-loempelt parental de TI és una tècnica vàlida, atès que té molt poca comorbiditat per al donant parental, que el risc de transmissió de malalties amb els screenings actuals és mínim, que com empelt pot generar múltiples beneficis pel pacient prepúber, com ho són, obtenir un empelt de bona qualitat biològica, en comparació al-loempelt cadavèric i implants sintètics i que es mantenen indemnes les fisis de creixement i els TI propis del pacient en cas de requerir una possible cirurgia de revisió.

MP-5

RECONSTRUCCIÓ MITJANÇANT AL-LOEMPOLT DE TENDÓ D'AQUIL·LES COM A RESCAT D'INFECCIÓ DE PLÀSTIA D'ALLARGAMENT V-Y PER RUPTURA CRÒNICA. A TOMB D'UN CAS.

Paula Serrano Chinchilla, Daniel Pérez Prieto, Gemma González Lucena, Alberto Ginés Cespedosa
Parc de Salut Mar, Barcelona

Introducció i objectius

La reconstrucció amb plàstia V-Y és la primera opció pel tractament de ruptures cròniques del tendó d'Aquil·les, amb defectes de fins a 5 cm tant per la senzillesa i cost com pels bons resultats. Tanmateix, en casos amb defectes majors o en què es presenten complicacions postoperatòries com ara la infecció, les opcions terapèutiques són escasses, havent de considerar altres opcions com les transposicions tendinoses o reconstruccions mitjançant al-loempelt.

L'objectiu és presentar un cas clínic sobre la cirurgia de rescat amb al-loempelt de tendó d'Aquil·les en context d'una infecció post-quirúrgica després d'una reconstrucció per ruptura crònica.

Material i mètodes

Pacient de 57 anys diagnosticat de ruptura crònica de tendó d'Aquil·les de 4 cm, de 2 anys d'evolució, amb dificultat per la deambulació i impossibilitat pel recolzament monopodal i per córrer.

Es realitza reparació mitjançant plàstia V-Y, però al mes de la cirurgia pateix infecció aguda que requereix desbridament quirúrgic, observant-se teixit de la plàstia i la sutura que no són viables, quedant un defecte de 10 cm. Els cultius són positius per *S aureus* sensible a rifampicina, motiu pel qual el malalt és re-intervingut en el moment en què les parts toves van estar totalment cicatritzades. Es va realitzar un trasplantament d'Aquil·les amb bloc ossi i fixació amb 2 cargols. La fixació proximal es va fer en flexió plantar màxima i sutures tipus Krakow modificat. El malalt va complir un total de 6 setmanes de tractament amb levofloxacin i rifampicina.

Resultats

Es va realitzar una pauta de rehabilitació similar a les ruptures d'Aquil·les. No ha presentat cap complicació local ni nous episodis d'infecció. Al 6 mesos de la cirurgia, el malalt ha tornat a la pràctica esportiva. No presenta dolor i és capaç de fer puntetes monopodals.

Conclusió

La reconstrucció amb al·loempelt de tendó d'Aquil·les amb fixació de bloc ossi suposa un procediment de rescat en grans defectes tendinosos després d'una infecció post-quirúrgica, amb resultats òptims.

MP-6

INFECCIONS OSTEOMUSCULARS GREUS PER MUCORMICOSI: SABEM TRACTAR AQUESTES INFECCIONS?

Marcos Del Carmen Rodríguez, Francisco Javier Cabo Cabo, Javier Ariza Cardenal, Salvador Pedrero Elsusó, Víctor Casals Teixidó, José Luis Agulló Ferré

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Introducció i objectius

En els últims anys el nombre de infeccions osteomusculars per microorganismes multiresistents ha augmentat. Els fungis com agent patològic són poc freqüents i es associen principalment a pacients amb antecedents d'immunosupressió secundària a malalties o tractaments mèdics. La majoria dels casos descrits en la bibliografia són provocats per fungis poc agressius. L'infeccions per mucormicosi són molt rares i es refereixen moltes vegades a territori orofaríngic o lesions cutànies lleus. Quan aquests patògens es veuen implicats la morbiditat i mortalitat són molt alts. El nostre objectiu és conscienciar de la importància que radica en aquest tipus d'infeccions i el tractament correcte a realitzar en cas que ocorrin.

Material i mètodes

Presentem el anàlisi descriptiu de 2 pacients amb lesions osteomusculars d'origen traumàtic amb infecció per Mucormicosi (espècie *Lichtheimia*/espècie *Rhizopus*)

Resultats

La clínica es va caracteritzar per una necrosi parcel·lar cutània i de teixits profunds de ràpida evolució amb poca resposta a desbridaments quirúrgics agressius i tractament antibiòtic d'ampli espectre. El diagnòstic en tots dos casos de la malaltia va ser tardà (més de 15 dies des dels primers símptomes). Tots dos van rebre 2 o més desbridaments quirúrgics previs al diagnòstic definitiu sota la sospita d'infecció bacteriològica. Les

mostres microbiològiques intraoperatòries i els frotis realitzats mostraven negativitat.

L'anatomia patològica de les mostres va ser definitiva per al diagnòstic (presència d'hifes) que va propiciar la validació del resultat microbiològic en mostres intraoperatòries.

En un dels casos el tractament continuat amb Anfotericina B liposomal mitjançant fomentos i tractament endovenós va propiciar complicacions mèdiques d'insuficiència renal i hepàtica que va obligar a la retirada del tractament. Es van observar sobreinfecció per altres microorganismes dels llaços quirúrgics afectats (*Pseudomona Aeruginosa*, *S. Aureus*).

En tots dos casos els resultats finals van ser dolents, sent la mort d'1 pacient i l'amputació del membre en un altre el final de la malaltia. En el cas d'amputació, l'anatomia patològica final descriu afectació per hifes del patògen en teixits profunds i periostio.

Conclusió

En el nostre mitjà de treball, hem de pensar afectació per mucormicosi en aquells casos d'infeccions ràpidament destructives que no responen bé al tractament quirúrgic i metge.

La prevenció d'aquestes infeccions és el factor més important a tenir en compte, estant alerta en aquells casos de pacients politraumàtics amb antecedents personals de malalties immunodepressores o tractaments immunodepressores a dosis altes per temps allargats.

La clínica que presenta aquest tipus d'infeccions és variable, i en moltes ocasions malgrat l'absència de clínica i la normalització de valors analítics inflamatoris no podem donar per guàrida la infecció, havent-se de realitzar estudis microbiològics amplis de les àrees afectades mantenint el tractament sistèmic fins a la normalització dels mateixos.

En el cas de diagnòstic és convenient que els pacients siguin tractats com a infeccions de gran gravetat i han de passar a estar a càrrec d'equips especialitzats en infeccions osteomusculars; sent els mateixos els que realitzin els primers desbridaments i capellans dirigits que poden ser vitals.

El tractament clàssic d'aquestes infeccions s'ha basat en el desbridament quirúrgic ampli i la pauta antibiòtica endovenosa i oral amb Anfotericina B. Malgrat seguir aquestes premisses, les taxes de morbiditat i mortalitat són molt altes. Els desbridaments quirúrgics agressius han de ser-ho des del primer moment associats a pautes de capellans en l'hospitalització, ja que l'ésser conservadors porta a una colonització major de teixits adjacents i una major dificultat per a l'eradicació. En el cas del tractament antifúngic sistèmic est produeix complicacions sistèmiques severes (colestasis, nefrotoxicitat) si s'allarga en el temps, la qual cosa pot obligar al cessament del mateix, la qual cosa comporta a una major dificultat per a l'eradicació de la colonització.

MP-7

LEIOMIOSARCOMES DE PARTS TOVES D'EXTREMITATS AMB AFECTACIÓ DE VASOS PRINCIPALS.

Roger Rojas Sayol¹, Eduardo Britez Altamirano², Laura Trullols Tarragó¹, Anna Peiró Ibáñez¹, Jose Maria Romero Carro², Isidro Gracia Alegría¹

¹ Hospital Santa Creu i Sant Pau, Unitat de Cirurgia Ortopèdica Oncològica, Servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia, Barcelona

² Hospital Santa Creu i Sant Pau, Servei de Cirurgia Vasculat i Angiologia, Barcelona

Introducció i objectius

Els leiomiosarcomes de parts toves són tumors mesenquimals que presenten diferenciació a múscul llis. S'originen principalment en retroperitoneu, vasos sanguinis centrals (vena cava inferior), extremitats, regió cràneo-cervical i òrgans viscerals.

El nostre objectiu és revisar els leiomiosarcomes d'extremitats atesos al nostre centre amb afectació dels vasos arterials i venosos principals.

Material i mètodes

Entre Gener 1983-Desembre 2016, s'han intervingut en el nostre centre 42 pacients afectes de leiomiosarcomes d'extremitats. Hem revisat els que afectaven vasos principals clínica de debut, localització, longitud, grau histològic, cirurgia realitzada i evolució.

Resultats

Es tracta de 6 pacients, tots els casos localitzats en extremitats inferiors (84% afectant a vasos femorals, 17% a tibial posterior) i tots d'alt grau histològic (2-3 FNCLCC). Edat mitja 64 anys (29-84); símptoma de debut: 50% massa palpable, 33% fenòmens trombòtics; seguiment mig 24 mesos (7-39); diàmetre major mig 9.1 cm (6-15). Dos pacients presentaven metàstasis pulmonars al diagnòstic. En tots els casos es va realitzar resecció tumoral en bloc i reconstrucció amb by-pass arterial. El 50% van rebre quimioteràpia neoadjuvant, 50% radioteràpia preoperatòria, 66% quimioteràpia coadjuvant, 84% radioteràpia postoperatòria. En quant a l'evolució: 1 infecció superficial, 1 isquèmia de l'extremitat secundària a taponament de by-pass. Oncològicament, 16% recidiva local, 50% disseminació pulmonar, 33% disseminació hepàtica, 33% han estat èxits.

Conclusió

La cirurgia oncològica en els leiomiosarcomes que afecten vasos principals de les extremitats, obliga a llur resecció, i l'ús de tècniques reconstructives com la realització de by-pass arterial, permet realitzar el salvament de l'extremitat. Cal considerar aquests leiomiosarcomes com a tumors altament

agressius, amb un pronòstic similar als retroperitoneals i una baixa supervivència als 5 anys. En molts casos ja han debutat amb fenòmens trombòtics i tenen una alta taxa de disseminació sistèmica, però tot i així cal una valoració i planificació multidisciplinària per oferir el tractament més adequat en cada cas.

MP-8

SACRECTOMIA AMB PRESERVACIÓ D'ARRELS COM A TRACTAMENT DE CORDOMA SACRE QUE ENVAIEIX S3 I S4.

Ignacio Molinas Moya¹, Ernesto Muñoz Mahamud¹, E. Cruz², C. Conill¹, Andreu Combalia Aleu¹

¹ Hospital Clínic de Barcelona

² Hospital Granollers, Barcelona

Introducció i objectius

El dolor lumbar de llarga evolució és un dels motius de consulta més freqüents a l'àmbit de la cirurgia ortopèdica i traumatologia. Sovint es tracta de pacients amb nombroses visites als serveis d'urgències que mai arriben a tenir un diagnòstic clar. En aquests casos, la demanda analgèsica sol ser el motiu predominant de la consulta, i per aquest motiu pot ser difícil identificar entitats potencialment greus com a causants.

En aquest cas presentarem el cas d'una pacient que, després de diverses visites per dolor lumbar de llarga evolució, va ser diagnosticada d'un cordoma sacre. Acte seguit explicarem el tractament que va rebre i la seva evolució posterior.

Material i mètodes

Una pacient de 62 anys amb els següents antecedents: Ex fumadora; hidrocefalia obstructiva; MPOC; dislipèmia i obesitat consultà arrel d'un quadre de dolor lumbar, coccigodínia i estrenyiment. Va ser diagnosticada d'un tumor sacre amb invasió S3-S4i, després d'estudiar la massa i d'un estudi d'extensió amb una TC i una RMN, es va decidir optar per tractament quirúrgic. Prèviament a la resecció de la massa, es va col·locar una colostomia de descàrrega. Es va realitzar una sacrectomia a través del cos de S2 mitjançant una osteotomia de la mateixa, amb preservació de les arrels d'S2, i col·locació d'una malla irreabsorbible.

Resultats

L'estudi anatomopatològic de la massa va donar el diagnòstic de cordoma sacre. El postoperatori intrahospitalari va ser correcte, i la pacient va ser donada d'alta amb la colostomia 10 dies després de la intervenció. En aquell moment presentava un bon control de dolor i havia iniciat la deambulació assistida.

Durant el seguiment a consultes externes, va desenvolupar una cel·lulitis de la zona de la ferida quirúrgica, amb un frotis positiu per *E. Coli* multisensible. Per aquesta raó es va valorar

conjuntament amb el servei de malalties infeccioses i es va instaurar antibioteràpia amb augmentine i ceftriaxona, amb una bona evolució al mateix.

3 mesos després de la cirurgia, havia iniciat radioteràpia i deambulava autònomament amb un acceptable control del dolor.

Actualment està pendent de retirada de la colostomia i la evolució segueix sent favorable.

Conclusió

Els cordomes són tumors malignes que s'originen a la notocorda. El rati d'incidència home: dona es situa aproximadament en 3:1, i solen aparèixer en pacients per sobre dels 50 anys d'edat. Aproximadament el 50% es localitzen al sacre o al còccix i les metàstasis (típicament a pulmó o altres ossos), són presents entre el 30 i el 50% dels casos en el moment del diagnòstic. La supervivència als 5 anys s'estima en un 60%.

Aquests tumors solen donar com a única manifestació clínica un dolor lumbar baix fins als estadis més avançats de la malaltia, raó per la qual suposen un repte diagnòstic en la nostra especialitat.

El tractament d'aquests tumors malignes consisteix en la resecció àmplia amb radioteràpia adjuvant. Recomanem la realització d'una colostomia de descarrega prèvia a la cirurgia. En ocasions, es fa precís sacrificar els arrels nervioses per tal de garantir una resecció amb marges lliures.

MP-9

TRACTAMENT QUIRÚRGIC DE FRACTURES COMMINUTES I DESPLAÇADES DE TRÒQUITER MITJANÇANT REDUCCIÓ OBERTA VIA SUPERIOR I TÈCNICA EN DOBLE FILERA.

Mònica Salomó Domènech, Ferran Fillat Gomà, Jordi Huguet Boqueras, Mariano Yuguero Rodríguez, PAU Balcells Nolla

Hospital de Sabadell, Barcelona

Introducció i objectius

La incidència de fractures de tròquiter es calcula que és un 20% de totes les fractures d'húmer proximal, i es donen sobretot en pacients joves i per mecanismes d'alta energia.

Més de la meitat es troben associades a luxacions gleno-humerals. La majoria són mínimament desplaçades (<5mm) i no precisen de tractament quirúrgic. En les quirúrgiques, la reconstrucció del manegot (supra i infraespinós) és vital per la futura funció de l'espatlla.

La síntesi dels fragments grans es fa difícil per la qualitat del os esmentada no sent infreqüent que el material utilitzat sigui insuficient o motiu de conflicte del espai subacromial posteriorment.

Valorem que la versatilitat de la utilització d'un sistema pensat per artroscòpia en la cirurgia reconstructora del tròquiter fa que el pugui utilitzar un major nombre de cirurgians i gaudir-ne més pacients.

Material i mètodes

Presentem la tècnica quirúrgica realitzada en quatre casos de fractures de tròquiter intervinguts entre agost del 2016 i gener del 2017.

Tots els casos es van realitzar sota anestèsia general+bloqueig inter-escalènic. Posició en cadira de platja. Via superior realitzant Split del deltoïdes d'uns 4,5 cm. Identificació, alliberament + reducció del tròquiter. Reinserció dels tendons del manegot amb anclatges sense bis (Iconix™ 2,3 mm, Juggerknot™ 2,9 mm) a la vora articular de la fractura. Es passen les sutures a través del manegot i s'anusen a la part superior sense tallar els fils.

Es passen els fils per sobre el fragment ossi i es fixen de nou per sota la fractura (amb anclatges tipus Allthread Knotless Biomet™) de 4,5 mm) d'aquesta manera s'aplica el tròquiter al seu llit fracturari i, el més important, es dona tensió al sistema.

Resultats

En els quatre casos hem aconseguit amb aquesta tècnica una correcta reducció del fragment, amb una consolidació de la tuberositat en tots els casos. L'evolució funcional d'aquests pacients ha estat dins dels paràmetres habituals.

Conclusió

La reducció oberta i fixació mitjançant la tècnica descrita en doble filera, ens proporciona una adequada fixació i el seguiment a llarg plaç ens indica que dona uns bons resultats en els nostres pacients. No essent necessària cap revisió quirúrgica en els casos descrits.

MP-10

RISC DE COALICIÓ DE TÚNELS EN LA RECONSTRUCCIÓ DEL LLIGAMENT CREUAT ANTERIOR ASSOCIADA A LA TENODESIS ANTERO LATERAL AMB TÈCNICA MONOLOOP. ESTUDI TOMOGRÀFIC.

David Cáncer Castillo, Federico Ibáñez Malvestiti, Maximiliano Ibáñez Malvestiti, Juan Erquicia Erquicia, Pablo Gelber Ghertner, Joan Carles Monllau García
ICATME- Hospital Universitari Dexeus, Barcelona

Introducció i objectius

La restitució de l'estabilitat antero-posterior rere la reconstrucció del lligament creuat anterior (LCA) via artroscòpia és en la majoria de casos previsible. Tot i això, cada cop se li dona

major importància a tècniques que contribueixin a donar un major control rotacional en determinats grups de pacients en les que la tècnica anatòmica clàssica semblava ser insuficient, popularitzant-se tècniques de reconstrucció del lligament antero lateral (AL).

En relació a aquestes tècniques i per la falta d'evidència científica sobre el tema, ens trobem amb l'interrogant sobre quin mètode de fixació escollir en el seu lloc d'inserció al fèmur, per la possibilitat de conflicte entre el túnel femoral del LCA i el corresponent a la tenòdesis AL.

En la literatura no existeix una recomanació sobre com evitar la coalescència de túnels ni referències sobre la possibilitat de que aquesta succeeixi depenent de les angulacions utilitzades al realitzar el túnel femoral per la fixació de la tenòdesis AL amb tècnica de Monoloop.

L'objectiu del nostre estudi es demostrar mitjançant mesures tomogràfiques post operatòries les següents hipòtesis.

Hipòtesis 1: En casos de reconstrucció anatòmica del LCA, si posicionem el punt de fixació de la plàstia AL immediatament darrera del lligament colateral lateral (LCL) en l'epicòndil lateral, s'evitaria la coalició de túnels mantenint una angulació de 30° a anterior i 30° a proximal.

Hipòtesis 2: Mantenint una angulació de 30° a anterior i 30° a proximal en el túnel femoral de la tenòdesis, es conserva un pont ossi mínim de 5 mm tant en la cortical com a 1 cm de profunditat.

Hipòtesis 3: Si modifiquem l'angulació de la plàstia AL de 30° a distal i posterior, si s'incrementaria el risc de conflicte de túnels.

Material i mètodes

Es van avaluar mitjançant tomografia axial computeritzada als pacients intervinguts entre gener de 2015 i gener de 2017 de reconstrucció de LCA amb tècnica anatòmica associada a tenodesis AL amb tècnica Monoloop.

Es va realitzar un estudi observacional, transversal, que va incloure 16 pacients (6 homes i 10 dones) amb edat mitjana de 19.65 anys (13-43).

Criteris inclusió:

- Pacients intervinguts de reconstrucció LCA amb tècnica anatòmica associada a tenodesis AL mitjançant tècnica Monoloop

Criteris exclusió:

- Fixació de plàstia AL amb mètode diferent a cargol interferencial.
- Presència de lesions associades o cirurgies prèvies que alteressin l'anatomia del còndil femoral.

Es van realitzar mesures respecte a:

- Profunditat i diàmetre del túnel femoral de la plàstia AL
- Angulació en relació a l'eix anatòmic del fèmur en pla coronal i axial

- Distància entre túnel del LCA i lligament AL en pla axial i coronal, mesurat a nivell de cortical i a 1 cm de profunditat.

- Simulació variant l'angulació del túnel femoral de la plàstia AL a 30° a distal i posterior, partint del punt d'inserció cortical, per objectivar la presència o no de coalició.

Aquestes mesures foren realitzades per 3 observadors, obtenint una mitja aritmètica.

Resultats

La prevalença de coalició entre el túnel femoral de la tenodesis AL i del LCA, mantenint l'angulació habitual va ser del 0%.

Es va observar una persistència d'un pont ossi mínim de 5 mm en totes les mesures, tant en cortical com a 1 cm de profunditat.

Al realitzar la simulació modificant l'angulació es va incrementar el risc de conflicte de túnels.

Conclusió

Després del nostre treball concloem que mantenint les recomanacions exposades envers la ubicació i direcció del túnel de fixació femoral de la tenodesis AL, l'associació amb una reconstrucció del LCA mitjançant tècnica anatòmica és segura, no existint risc de coalescència de túnels.

NORMES EDITORIALS

La Revista de Cirurgia d'Ortopèdica i Traumatologia és l'òrgan d'expressió científica de la Societat Catalana de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia (SCCOT). Aquesta publica articles relacionats amb l'especialitat, en els seus aspectes bàsics, tècnics i patològics.

La Revista d'Ortopèdica i Traumatologia no es responsabilitza de les opinions i criteris dels autors.

CATEGÒRIES DE PUBLICACIÓ

Originals

Treballs inèdits sobre qualsevol camp (clínic o experimentals) en relació amb la Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia. Els originals deuran estructurar-se en: introducció, material i mètode, resultats, discussió i bibliografia. Tindran una extensió màxima de 20 folis (a doble espai, lletra Arial 12) i s'admetran fins a 6 taules i 6 figures (amb les seves llegendes corresponents). No deuran sobrepassar les 20-30 cites bibliogràfiques.

Notes clíniques

Exposició d'experiències o estudis clínics, noves tècniques, assajos terapèutics o casos clínics d'interès. Deuran estructurar-se en: introducció, cas clínic, resultats, discussió i bibliografia. No s'admetran avaluació notes clíniques amb més de 10 folis (a doble espai, lletra Arial 12).

Temes d'actualització

Els treballs de revisió o actualització seran encarregats exclusivament pel Comitè de Redacció de la Revista. Tindran una extensió màxima de 25 folis (a doble espai, lletra Arial 12) i s'admetran fins a 6 taules i 6 figures. No deuran sobrepassar les 40-50 cites bibliogràfiques.

Notícies de la Societat

Reportatges de beques de la SCCOT
Cartes al director

ORGANITZACIÓ DEL MANUSCRIT

S'enviaran els articles en suport informàtic en format "word" per correu electrònic a la Secretaria de la SCCOT.

S'evitaran les abreviatures, exceptuant les unitats de mesura, en el títol i en el resum. El nom complet al que substitueix l'abreviatura deu precedir l'ocupació d'aquesta, almenys que sigui una unitat de mesura estàndard. Les unitats de mesura s'expressaran preferentment en el Sistema Internacional (SI). Les unitats químiques, físiques, biològiques i clíniques deuran ser sempre definides estrictament.

Pàgina del títol

Deurà contenir: 1.- Títol de treball. 2.- Inicial del nom i primer cognom. 3.- Nom del departament/s o institució/ns als quals s'atribueix/en el treball. 4.- Inicial del nom i primer cognom, adreça, telèfon, fax i e-mail de l'autor responsable al que es deurà dirigir la correspondència. 5.- La/es font/s de finançament en forma de beques, equip, medicació o tots ells.

Resum i Paraules Clau

No deurà sobrepassar les 250 paraules en els originals i 150 en les notes clíniques.

Introducció

Serà concisa, excloent records històrics, i deurà indicar amb claretat l'objectiu del treball.

Material i Mètode

Explicant el disseny de l'estudi, els criteris de valoració de les proves diagnòstiques i l'adreça temporal (retrospectiu o prospectiu). S'esmentarà el procediment de selecció dels pacients, els criteris d'entrada, el nombre dels pacients que comencen i acaben l'estudi. Si és un treball experimental s'indicarà el nombre i tipus d'animals utilitzats.

Resultats

Farà constar els resultats més rellevants i significatius de l'estudi així com la seva valoració estadística.

Discussió

Deuen explicar-se, no repetir-se, els resultats obtinguts i la seva fiabilitat i correlacionar-se amb els d'altres autors. Es contrastaran amb tècniques diferents utilitzades per altres autors per al que es recomana una revisió bibliogràfica adequada. Deu ressaltar-se la transcendència clínica de l'estudi i la seva projecció futura. Les conclusions, en cas de presentar-se,

seran escasses en nombre i concises. S'evitarà qualsevol tipus de conclusió que no es desprendrà 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

Serán numerades consecutivament emprant nombres aràbics (Taula). Totes les taules estaran citades en el text. Cada taula anirà en un full separat i escrit a doble espai. Deuen ser, en tant que sigui possible, explicatives. No es faran servir línies horitzontals, ni verticals. Al peu de la taula s'explicaran totes les abreviatures utilitzades. Es deuen identificar les mesures estadístiques de variació així com la desviació estàndard de la mitjana.

Figures

Tots els gràfics, dibuixos i fotografies es consideren figures i han de ser numerades amb números aràbics consecutivament segons l'ordre d'aparició en el text amb la paraula (Fig). En el cas de que una figura estigui composta per més d'una imatge, s'identificaran en el text amb el número i una lletra minúscula (per exemple: fig. 1a, fig. 1b). Només s'acceptaran figures en suport informàtic. Els formats han de ser bmp, jpg o tiff, amb un mínim de 300 punts per polsada amb una mida mínima de 8 cm. És molt important que les còpies fotogràfiques siguin d'alta qualitat per poder obtenir bones reproduccions. Si es reproduïxen fotografies o dades de pacients cal evitar que puguin ser identificats.

Bibliografia

Apareixerà en un full a part, al final del manuscrit, abans de les taules i figures. S'inclouran únicament aquelles cites que es considerin importants i hagin estat llegides pels autors. Totes les referències deuen estar citades en el text.

Les referències es numeraran de forma consecutiva a l'ordre d'aparició en el text. Les referències s'identificaran en el text, taules i llegendes mitjançant nombres aràbics en superíndex. Pel text de les referències se seguiran les normes de Vancouver.

La Revista d'Ortopèdia i Traumatologia declina qualsevol responsabilitat sobre possibles conflictes derivats de l'autoria dels treballs que es publiquen en la Revista.

La Revista d'Ortopèdia i Traumatologia es reserva el dret de realitzar canvis o introduir modificacions en el manuscrit en nom d'una major comprensió del mateix, sense que d'això es derivi cap canvi del seu contingut.

Just abans de la publicació d'un article s'enviarà una prova a l'autor responsable de la correspondència. Aquesta prova es revisarà curosament i es marcaran els possibles errors, retornant-la corregida a la redacció de la Revista en el termini de 48 hores. El Comitè de Redacció es reserva el dret d'admetre o no les correccions efectuades per l'autor en la prova d'impressió.

POLÍTICA EDITORIAL

Els judicis i opinions expressats en els articles i comunicacions publicades en la Revista d'Ortopèdia i Traumatologia són de l'autor o autors i no necessàriament del Comitè de Redacció.

