

Vol.16 (2) 2019

Revista de

Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia





Revista de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia

DIRECTOR

Pere Torner

CAP DE REDACCIÓ

Alfred Rodríguez

CONSELL DE REDACCIÓ

Joan Minguell

Llorenç Mateo

Lluís Font

Lluís Puig

Montserrat Monfort

Nayana Yoshi

Ramona García

SECRETÀRIA DE REDACCIÓ

Esther Torres: e.torres@torrespardo.com

EDITA

Societat Catalana de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia

Vol. (2) 2019

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.
Maquetació: Cristina Pérez.

Continguts

| | |
|--|----|
| COMUNICACIONS ORALS | 5 |
| CARTELLS CIENTÍFICS | 49 |
| CASOS CLÍNICS PER A RESIDENTS | 77 |
| NORMES EDITORIALS | 92 |

COMUNICACIONS ORALS

RAQUIS, TRAUMA I TUMORS

Dijous 30 de maig

Auditori - 09:45-10:30

Orals: CO-01 - CO-06

CO-1

FUSIÓ DINÀMICA: ¿AFLUIXAMENT DELS CARGOLS PEDICULARS?

Marta Comas Aguilar, Augusto Covaro, Gemma Vilà Canet, Ana García De Frutos, Maria Teresa Ubierna Garcés, Enric Cáceres Palou

Hospital Universitari Dexeus - ICATME, Barcelona

Introducció i objectius

L'estabilització amb osteosíntesi rígida més fusió és el procediment acceptat per al tractament de la patologia degenerativa lumbar simptomàtica. No obstant, els seus bons resultats es poden veure limitats tenint en compte la incidència de patologia simptomàtica del segment adjacent a la fusió i d'osteòlisi peri-implant atribuïda a la rigidesa del sistema. L'estabilització dinàmica (ED) lumbar com a tractament de la inestabilitat degenerativa (ID) es va introduir amb l'objectiu de reduir la hipermobilitat en els segments immediats proximal i distal, permetent una mobilitat restringida en els segments inclosos en l'àrea estabilitzada i, secundàriament, disminuint l'estrés en el segment adjacent (ESA). Permetent el moviment en el segment sense fusionar, la transmissió de forces dependrà de la interfase cargol-os, conduint a majors forces a la zona de transició en la interfase, podent induir a l'afluixament dels cargols pediculars.

Material i mètodes

L'objectiu del present estudi és analitzar la incidència d'osteòlisi vs afluixament en la interfase os-cargol en els sistemes d'estabilització vertebral sotmesos a moviment. Determinar el percentatge de reintervencions derivades i factors de risc associats.

Es tracta d'un estudi descriptiu retrospectiu el qual inclou la revisió de 49 pacients (20 homes / 29 dones) afectes d'inestabilitat segmentària lumbar degenerativa, amb o sense estenosi espinal, tractats mitjançant ED entre gener de 2011 i desembre de 2017, avaluats mitjançant escales EVA i funcionalitat, juntament amb TC i RX post operatoris.

Resultats

49 pacients (100%), amb una edat mitjana de 57,63 anys (31-83) van completar el follow-up, de 96 mesos (12-72). 26 pacients es van estabilitzar en 1 segment, 21 en 2 segments i 2 pacients en 3 segments. La taxa de re-intervenció a l'any va ser del 10,20% (5/49). Les raons per a la revisió van ser: patologia del segment adjacent en 2 casos (4,08%), hematoma en 1 cas (2,04%), malposició d'un cargol en 1 cas (2,04%) i fístula de líquid cefaloraquídi en 1 cas (2,04%).

Es van observar signes de lleu osteòlisi perifèrica al TC de control a l'any post operatori en 1 cas, sense correlació clínica, pel que no ha requerit de re-intervenció. Nou pacients (18,37%) no disposaven de TC postoperatori, de manera que els signes d'osteòlisi es van analitzar en RX AP i laterals postoperatoris.

Conclusió

L'ED és una opció adequada per al tractament de la patologia degenerativa de la columna lumbar, amb capacitat d'estabilitzar més d'un segment simptomàtic. La taxa d'afluixament/osteòlisi observada ha estat molt baixa, tractant-se, per tant, d'un mètode d'osteosíntesi adequat en columna d'edat avançada.

CO-2

TRACTAMENT QUIRÚRGIC DELS TUMORS OSSIS AMB AFECTACIÓ DE L'ARTICULACIÓ SACROILÍACA.

Roger Rojas Sayol, Judit Martínez Zaragoza, Ana Peiró Ibáñez, Ana Belén Pérez Romera, Juan José Velázquez Fragoso, Isidro Gracia Alegria
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Introducció i objectius

Avaluar els resultats oncològics dels tumors ossis localment agressius que afecten l'articulació sacroilíaca i que han sigut tractats a la unitat de Cirurgia Ortopèdica Oncològica del nostre centre.

Material i mètodes

Des de gener del 2014 fins a desembre de 2018 es van intervenir quirúrgicament 6 pacients amb tumors ossis que afectaven les articulacions sacroilíacues. Es van registrar retrospectivament dades epidemiològiques, estudis d'imatge, cirurgia realitzada, tractament adjuvants, complicacions així com les recidives i la mortalitat.

Resultats

Dels 6 pacients, 2 eren homes i 4 dones, amb una edat mitjana de 40 anys (20-57). El seguiment mig va ser de 24 mesos (11-37). El diàmetre major tumoral va ser 11 cm (6,5-19). Es van diagnosticar dos pacients de condrosarcoma de baix grau (I/III), un leiomioma ossi, un osteosarcoma telangiectàsic, un tumor de cèl·lules gegants i un sarcoma d'Ewing. El primer símptoma en tots els casos va ser el dolor lumbar, dos d'ells amb ciatàlgia associada.

En tots els casos el tractament quirúrgic va consistir en la resecció en bloc del tumor (zones pèlviques I-IV), reconstrucció amb homoinjert estructural massiu i estabilització mitjançant plaques de reconstrucció de pelvis i artròdesi lumbopèlvica instrumentada (unilateral a sacre en 2 casos i bilateral en 4). Postoperatoriament 2 casos van presentar infecció de la ferida quirúrgica, 1 cas de neuroapraxia del nervi ciàtic i 1 cas de parèsia del nervi ciàtic popliti extern.

Els resultats oncològics van ser: un cas (16%) va presentar disseminació pulmonar; 16% recidiva local; i 16% de mortalitat al finalitzar l'estudi.

Conclusió

Els tumors pèlvics que afecten les articulacions sacroilíacues són d'alta complexitat. Les recidives locals òssies d'alt grau comporten un pronòstic pobre i una alta probabilitat de desenvolupar disseminació sistèmica. Biomecànicament, és necessari reconstruir l'articulació sacroilíaca, per a qual cosa, la fixació lumbopèlvica i l'ús d'homoinjert massiu permeten recuperar la continuïtat lumbopèlvica i l'estabilitat de l'anell pelvià.

CO-3

ENCLAVAT ENDOMEDULAR RETRÒGRAD EN LES FRACTURES DE FÈMUR DISTAL.

Marta Pérez Gil, Felipe Moreira Borim, Oriol Pujol Alarcón, Juan Antonio Porcel Vázquez, Jordi Teixidor Serra, José Vicente Andrés Peiró
Hospital Universitari de la Vall d'Hebron, Barcelona

Introducció i objectius

L'enclavat femoral retrògrad (EFR) és una de les tècniques més utilitzades per a la reducció tancada i fixació interna (RTFI) de fractures diafisàries de fèmur. En els últims anys s'ha estès el seu ús al tractament d'algunes fractures supracondílies de fèmur.

S'ha realitzat un estudi amb l'objectiu de recollir variables demogràfiques per concretar el curs preoperatori, el maneig quirúrgic i el curs postoperatori més habitual de l'EFR, tenint en compte les possibles complicacions.

Material i mètodes

S'ha realitzat un estudi retrospectiu de casos que recull el maneig prequirúrgic, el resultat de la osteosíntesi mitjançant EFR de les fractures femorals, i les seves complicacions posteriors. Es van analitzar els resultats de la osteosíntesi en 64 pacients amb 66 fractures diafisàries de fèmur amb o sense extensió a la zona supracondília (segments 32 i 33 de la classificació de la AO), intervinguts entre 2010 i 2015.

Resultats

Dels 64 pacients la majoria eren dones (56,3%), amb una edat mitjana de 57,4 [desviació estàndard (DE) 24,2] anys. Les fractures es van classificar segons la comminució, sent la majoria tipus I de Winquist (53%). Un 6,3% de les fractures eren obertes. El maneig quirúrgic va incloure la fixació provisional amb un fixador extern en un 31,7% de les fractures, i la reducció (tancada en el 75%) i fixació definitiva mitjançant EFR, amb una taxa de consolidació del 92,5%. Un 20,3% dels casos van patir alguna complicació en el postoperatori, sent la més freqüent la pseudoartrosi, que es va detectar en 4 pacients (6,7%), seguida de les fractures periimplant (3,3%) i les infeccions de ferida quirúrgica (3,3%). En un cas es va objectivar rigidesa greu de genoll amb un balanç articular de 0/70°. En la majoria dels casos es va recuperar una funcionalitat acceptable amb una extensió de 0° [DE 0°] i flexió mitjana de 129,8° [DE 33,8°].

Conclusió

L'EFR és una bona tècnica per a la RTFI de les fractures diafisàries i algunes supracondílies de fèmur amb una taxa de consolidació elevada i un resultat funcional acceptable

independentment del tipus de maniobra o del grau de comminació.

CO-4

FRACTURA LUXACIÓ DE MIG PEU TRACTADES AMB MUNTATGE HÍBRID (FIXADOR EXTERN I REDUCCIÓ TANCADA O "MINI OPEN"). EL NOSTRE ALGORITME.

Carles Gil Aliberas, Gustavo Adolfo Lucar López, Massimiliano Conte Desinano, Macarena Morales Yáñez, Cristian José Cabello Cruz, Manel Ballester Alomar
Consorti Sanitari del Maresme, Mataró, Barcelona

Introducció i objectius

Les fractures que succeeixen en el mig peu són fractures associades a mecanismes d'alta energia, són de gran complexitat de maneig i generalment ocorren en el context d'un pacient politraumàtic. Són fractures articulars comminutes que requereixen d'abordatges i desperiostització àmplia per permetre una reducció correcta, podent presentar problemes a nivell de pell i parts toves així com la necessitat de llargs períodes de descàrrega i d'immobilització que afavoreixen la rigidesa articular i en conseqüència, una pèrdua funcional significativa.

L'objectiu que perseguim és el de donar a conèixer el nostre algoritme de tractament d'aquestes fractures mitjançant l'osteosíntesi híbrida amb fixador extern i reducció interna tancada o "mini open" amb cargols.

Material i mètodes

S'han recollit 6 casos tractats amb aquest mètode. Es realitza una distracció articular (medial si l'afectació és en astràgal-escafoides o falca mitja i lateral si existeix afectació calcànicuboidea) a causa de la impactació articular, especialment a nivell de Chopart, seguit per osteosíntesi tancada o "mini open" amb cargols canulats. Es permet la mobilització precoç amb balanç articular de turmell i dits associat a una descàrrega de 6 setmanes. Passat aquest període es realitza la retirada del fixador extern i s'inicia càrrega protegida fins a les 12 setmanes.

Resultats

En tots els casos es va aconseguir consolidació correcta de la fractura exceptuant un pacient en el que es va presentar desmuntatge associat a subluxació d'escafoides i en el que va ser necessari recórrer a la realització d'una artrodesi astràgalescafoidea.

Conclusió

El tractament en fractures de mig peu amb muntatge híbrid (fixador extern i reducció tancada o "mini open") ens facilita

un tractament ràpid i reproduïble amb bon maneig de parts toves, facilitat de cures i mobilització precoç, permetent la retirada de fixador a les 6 setmanes i assolint un bon resultat funcional i sense pèrdua de la reducció en la majoria de casos. No s'han reportat problemes de pell o infeccions en els casos estudiats fins ara.

CO-5

RESULTATS DEL TRACTAMENT MITJANÇANT REDUCCIÓ OBERTA I FIXACIÓ INTERNA DE LES LESIONS DE LISFRANC: ANÀLISI RETROSPECTIU.

Marta Pérez Gil, Andrea Sallent Font, Sebastián Corró Ramis, Ignacio Maled García, Gemma Duarri Llado, Rosa Busquets Net

Hospital Universitari de la Vall d'Hebron, Barcelona

Introducció i objectius

Les lesions de Lisfranc (LL) són poc habituals, i fins un 20% poden passar desapercebudes. Està generalment acceptat que el tractament d'elecció és la reducció oberta i fixació interna (ROFI).

S'ha realitzat un estudi retrospectiu amb l'objectiu d'avaluar els resultats de la ROFI en les LL i considerar la necessitat de canvis en l'estratègia terapèutica.

Material i mètodes

Entre 2012 i 2018 es van intervenir 32 LL en 32 pacients dels que 27 estaven disponibles per al seguiment amb una edat mitja de 39 anys i un seguiment mig de 37,2 [desviació estàndard (DR) 15] mesos. Es van recollir el patró i el mecanisme de lesió, el tipus de tractament i les complicacions. Es van utilitzar els qüestionaris AOFAS Midfoot Scale, Foot Function Index (FFI), Short Form-12 (SF-12) i l'Escala Analògica Visual (VAS) per a avaluar la satisfacció, funció i dolor via telefònica.

Resultats

El tipus de síntesi va ser amb plaques, cargols canulats o una combinació dels dos sent aquesta última la més utilitzada (53,1%). El temps mig de descàrrega va ser de 8,3 [DE 2,3] setmanes. El material d'osteosíntesi es va retirar en el 59,3% dels pacients en un temps mig de 12,4 [DE 8,9] mesos. Un 87% dels pacients van manifestar estar satisfets amb la cirurgia. La puntuació mitja del qüestionari AOFAS va ser de 79,4 [DE 15,3], del FFI de 43,6 [DE 37,6], del SF-12 físic de 46 [DE 9,9] i del SF-12 mental de 54,8 [DE 7,8]. El SF-12 físic i l'escala de limitació del FFI eren significativament millors en els pacients en els que es va retirar el material. Cap dels pacients va requerir una artrodesi en un segon temps.

Conclusió

El tractament de les lesions de Lisfranc mitjançant RAFI té resultats clínics i funcionals satisfactoris, sent millors en aquells pacients en els que es va retirar el material.

CO-6

GRANS VARIACIONS EN L'ÚS DE SOLUCIONS DE PREPARACIÓ ANTISÈPTICA QUIRÚRGICA EN PACIENTS AMB FRACTURES OBERTES I TANCADDES D'EXTREMITATS: UNA ENQUESTA TRANSVERSAL.

María Jurado Ruiz¹, Gerard P. Slobogean², Sofia Bzovsky³, Alisha Garibaldi³, Brad Petrisor³, Sheila Sprague³

1. Hospital Universitari de la Vall d'Hebron, Barcelona

2. R Adams Cowley Shock Trauma Center, Department of Orthopaedics, University of Maryland School of Medicine, Baltimore, Md, Estats Units

3. Division of Orthopaedic Surgery, Department of Surgery, McMaster University, Hamilton, On, Canadà

Introducció i objectius

Les fractures tractades quirúrgicament tenen una alta incidència d'infeccions del lloc quirúrgic (SSI). Donades les seves conseqüències negatives (ús d'antibiòtics addicionals, intervencions quirúrgiques addicionals, major morbiditat, pèrdua de funció, potencial pèrdua de l'extremitat i, fins i tot, la mort), la prevenció és molt important en el maneig perioperatori. No obstant això, no hi ha evidència clara sobre la millor solució antisèptica preoperatoria. Els dos antisèptics preoperatoris més comuns són les solucions de gluconat de clorhexidina (CHG) i de iode, tant en base aquosa com alcohòlica, amb una sòlida justificació biològica. L'evidència clínica de la seva eficàcia per a prevenir les SSI s'extrapola d'altres disciplines quirúrgiques.

Objectius: Explorar els patrons de pràctica entre els cirurgians ortopèdics en l'ús de solucions antisèptiques en el preoperatori de fractures obertes i tancades.

Material i mètodes

Una enquesta de 27 ítems va ser desenvolupada per a enquestar a 2,149 membres actius de la Canadian Orthopaedic Association, Canadian Orthopaedic Trauma Society, i la Orthopaedic Trauma Association.

Només van ser analitzats els qüestionaris completats.

Les variables categòriques i dicotòmiques es van resumir amb freqüències i percentatges. Les dades contínues van ser descrits amb mitjanes i desviacions estàndard.

Resultats

Gairebé el 93% dels enquestats eren homes (edat mitja: 47.7 ± 8.2 anys). La majoria dels enquestats treballen a un

hospital de acadèmic (72.9%) amb més de 10 anys d'experiència tractant patologia traumàtica (82.4%).

Dos-cents i deu estudis van ser completats. 71.0% dels enquestats irriguen la ferida oberta i pell al departament d'Urgències, principalment amb salí sol (59.7%) o solucions iodades (32.9%). 90.5% dels enquestats va indicar que cobreixen la ferida oberta a urgències, el 41.0% aplicant una bena mullada en salí i 33.7% aplicant un apòsit amb iode.

El 53.8% dels enquestats utilitza múltiples solucions antisèptiques quan prepara una fractura oberta per a cirurgia.

El 41.0% fa servir solucions iodades, el 26.7% de CHG i el 31.4% una combinació dels dos. Malgrat les preocupacions teòriques sobre l'ús d'alcohol dins de les ferides obertes, el 51.4% dels enquestats utilitza una solució alcohòlica durant la preparació quirúrgica de la pell en les fractures obertes.

Trobem 20 règims antisèptics diferents per a prevenir la SSI en fractures obertes. L'elecció està influenciada per la política de l'hospital i l'experiència personal.

El 65,7% utilitza múltiples solucions antisèptiques quan prepara una fractura tancada per a cirurgia.

El 43.8% utilitza solucions de CHG, el 28.1% solucions iodades i el 27,1% usa combinacions dels dos. El 80.5% fa servir una solució a base d'alcohol.

Trobem 26 règims antisèptics diferents per a prevenir la SSI en fractures tancades. L'elecció està influenciada per la política de l'hospital, la literatura i experiència personal.

Conclusió

No existeix consens entre els cirurgians respecte a l'ús d'antisèptics en el maneig de la fractura oberta en el servei d'urgències ni per a la prevenció de les SSI en el tractament quirúrgic de les fractures obertes i tancades

Es necessita recerca clínica d'alta qualitat per a avaluar l'efectivitat de diferents solucions de preparació antisèptica quirúrgica en la prevenció de la SSI en fractures obertes i tancades.

ESPATLLA

Dijous 30 de maig

Sala 1 - 09:45-10:30

Orals: CO-07 - CO-12

CO-7

SUTURES TRANSÒSSIES PER FRACTURES DESPLAÇADES D'HÚMER PROXIMAL: SENSE IMPLANTS.

Albert Barrera Sancho¹, Joan Miquel Noguera¹, Fernando Santana Pérez², Xavier Lizano Díez³, Carlos Torrens Cánovas²

1. Hospital d'Igualada. Consorci Sanitari de l'Anoia, Igualada, Barcelona

2. Parc de Salut Mar, Barcelona

3. Hospital de l'Esperit Sant, Santa Coloma de Gramenet, Barcelona

Introducció i objectius

Els resultats de tractament quirúrgic per a les fractures d'húmer proximal (FHP) desplaçades es veuen afectades, normalment, per la presència de complicacions relacionades amb l'implant.

L'objectiu és avaluar els resultats funcionals i radiològics de la fixació dels fragments ossis mitjançant sutures transòssies; sense implants addicionals per les FHP.

Material i mètodes

Seixanta-quatre pacients van ser classificats retrospectivament segons l'edat, el sexe i la classificació de Neer. Es van incloure fractures desplaçades de dues parts (dues parts, tuberositat gran -2pTG-), 3-parts (varus i valgus) i 4-parts valgus, que foren tractats amb reducció de fragments ossis i una fixació mitjançant sutures transòssies. Es van incloure pacients amb un seguiment mínim de 12 mesos i avaluats funcionalment amb l'escala de Constant-Murley (CMS). Es van avaluar les radiografies de seguiment per a la consolidació de fractures i l'osteonecrosi del cap humeral. També es van registrar complicacions mèdiques i cirurgies posteriors. S'excloueren els pacients que no completaren el seguiment mínim de 12 mesos, o no avaluats amb els criteris esmentats.

Resultats

Es van analitzar 47 pacients amb un seguiment mitjà de 52,91 mesos (12-132) i una edat mitjana de 58,56 anys. Deu pacients presentaren una fractura de 2pTG (21,28%) amb una edat mitjana de 51,5 anys, mentre que els 37 pacients res-

tants (78,72%) presentaven una fractura de 3 o 4 parts amb una edat mitjana de 60,52 anys.

Els pacients amb una fractura de 2pTG van aconseguir 75,96 punts (59-89) a CMS; mentre que els pacients amb una fractura de 3 o 4 parts van puntuar 64,18 (13-92) punts a CMS. La taxa de complicació general va ser del 8,51%, i 5 pacients requerien reintervenció per diferents motius (10,63%). Els pacients que van presentar una fractura de 3 parts varus van obtenir pitjors resultats funcionals (p0.007). L'osteonecrosi del cap humeral es va detectar en 9 pacients (19,15%) i va afectar significativament els resultats funcionals (p <0,05). Tanmateix, només quatre dels nou pacients amb osteonecrosi requeriren una cirurgia posterior amb el seguiment indicat.

Conclusió

La reducció de la fractura i fixació amb sutures transòssies representa una tècnica segura amb menors complicacions i taxes de reintervenció que les descrites amb l'ús de plaques de bloqueig en FHP. La presència de necrosi del cap humeral no va conduir necessàriament a la intervenció quirúrgica posterior, ja que no es produeix protrusió de material implantat.

CO-8

¿S'HAURIEN DE SUTURAR LES TUBEROSITATS EN PACIENTS DE MÉS DE 80 ANYS TRACTATS AMB UNA ARTROPLÀSTIA INVERTIDA D'ESPATLLA DESPRÉS D'UNA FRACTURA D'HÚMER PROXIMAL?

Albert Pardo Pol, Berta Gasol Cudós, Alexandre Coelho Leal, Fernando Santana Pérez, Carlos Torrens Cánovas
Parc Salut Mar, Barcelona

Introducció i objectius

La taxa de consolidació en la sutura de les tuberositats sembla estar condicionada per l'edat en pacients tractats amb pròtesis anatòmiques en fractures d'húmer proximal.

L'artroplàstia total invertida d'espalla ha demostrat una millor taxa de consolidació de les tuberositats en comparació amb dissenys anatòmics però hi ha poca informació sobre com l'envelliment afecta aquesta consolidació.

L'objectiu d'aquest estudi és determinar la taxa de consolidació de les tuberositats en pacients majors de 80 anys en comparació amb pacients menors de 80 anys,

Material i mètodes

S'han inclòs 75 pacients consecutius tractats amb una pròtesi invertida d'espalla com a conseqüència d'una fractura d'húmer proximal, 62 dels quals eren dones i 13 eren homes. L'edat mitjana era de 76,3 anys. 50 pacients eren menors de

80 anys i 25 majors o iguals de 80. El seguiment mínim va ser de 2 anys.

Es va avaluar la taxa de consolidació de la tuberositat gran mitjançant una radiografia anteroposterior d'espatlla i es va recollir l'Escala de Constant a la última visita del seguiment. També es van analitzar la influència de l'edat, el gènere, la lateralitat, la grandària de la glena, l'ASA, erosió escapular i la sobredimensió de la glenosfera en les taxes de consolidació de les tuberositats.

Resultats

No s'han trobat diferències estadísticament significatives en les taxes de consolidació en els dos grups de pacients estudiats ($p=0,07$). Malgrat sí que hi havia diferències significatives en la mitjana de l'Escala de Constant en pacients menors de 80 (57,6) ($p=0,01$) no són clínicament rellevants. Els resultats funcionals en pacients de més de 80 anys eren lleugerament millors quan es suturaven les tuberositats, sense arribar a ser resultats significatius (rotació externa 5,3 vs 4,3; Rotació interna 5.6 vs 4). El gènere, la lateralitat, la grandària de la glena, l'ASA, l'erosió escapular i la sobredimensió de les glenosferes no van tenir cap efecte en la consolidació de les tuberositats. No es van observar diferències en la taxa de complicacions entre els pacients menors i majors de 80 anys.

Conclusió

La consolidació de les tuberositats en les pròtesis invertides d'espatlla degut a fractures d'húmer proximal, no està determinada per l'edat (més o menys de 80 anys). Les rotacions interna i externa en els pacients majors de 80 anys que tenen les tuberositats consolidades són lleugerament millors que les que no han consolidat. Com que no hi han diferències en la taxa de complicacions i els resultats són lleugerament millors, es recomana la sutura de les tuberositats en aquest tipus de pacients.

CO-9

RESULTATS RADIOLÒGICS I FUNCIONALS DE LES FRACTURES D'HÚMER PROXIMAL TRACTADES AMB PRÒTESI INVERSA D'ESPATLLA NO CIMENTADA I ENFORRALLADA EN EL NOSTRE CENTRE.

Montserrat Monfort Mira, Matilde Molina Corbacho, Mònica Salomó Domènech, Ferrán Fillat Gomà, Mariano Yuguero Rodríguez, Jordi Huguet Boqueras
Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

Introducció i objectius

L'ús d'artroplasties invertides d'espatlla s'està estenent en el tractament de les fractures d'húmer proximal. Tot i que el vàstag cimentat és l'implant més utilitzat, l'ús d'implants

no cimentats pot proporcionar diverses avantatges, incloent un menor temps quirúrgic i evitar la morbiditat associada a l'ús de ciment. No obstant això, l'estrès sobre el component humeral i la pròpia fractura poden comprometre la fixació del component no cimentat i conduir a un afluixament mecànic precoç.

El nostre objectiu és analitzar els resultats funcionals i radiològics en els pacients amb fractura d'húmer proximal tractats amb pròtesi total inversa no cimentada i enforrallada en el nostre centre.

Material i mètodes

Estudi unicèntric, retrospectiu de base poblacional i metodologia observacional. S'han revisat els pacients diagnosticats de fractura d'húmer proximal, tractats mitjançant artroplastia invertida d'espatlla Humelock™ entre 2015-2017.

Resultats

S'han inclòs un total de 18 pacients amb una edat mitjana de 74 anys i un seguiment mitjà de 624 dies. Tots els pacients són dones excepte un. Segons la classificació de Neer, tots els pacients tractats presentaven una fractura en 3-4 parts i 4 pacients presentaven una luxació associada.

Els resultats funcionals mostren un Constant score mitjà de 64 punts i un Quick dash mitjà de 28,97 punts.

Respecte als resultats radiològics, no hem observat consolidació de tuberositats en un 33% dels casos i hem observat línies de radiolucència en un 22% dels casos. El fenomen de notching està present en 6 pacients (33%) i s'han detectat calcificacions heterotòpiques en 4 pacients (22%).

No s'han detectat complicacions del tipus infecció, inestabilitat, fractura perimplant ni lesions neuro-vasculars posteriors a la cirurgia. Cap pacient ha estat reintervingut.

Conclusió

Els resultats funcionals i radiològics en la nostra sèrie de pacients són favorables i similars a altres sèries publicades. Els nostres resultats suggereixen que aquesta cirurgia és segura, ja que cap dels nostres pacients va requerir reintervencions ni presentar complicacions relacionades amb el procediment. Tot i tractar-se d'una mostra petita, molt pocs estudis han reportat l'ús d'aquest implant en el tractament de fractures d'húmer proximal. No existeix evidència suficient per a demostrar superioritat dels implants no cimentats i enforrallats.

CO-10

ARTROPLÀSTIA INVERTIDA D'ESPATLLA PER FRACTURES HUMERALS PROXIMALS AGUDES: COMPLICACIONS POSTOPERATÒRIES ALS 7 DIES, 90 DIES I 1 ANY.

Judit Martínez Zaragoza¹, Laura Noguera Alonso¹, Luis Trigo Lahoz¹, Víctor Melero Tercero², Carlos Torrens Cánovas³

1. Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona
2. Parc Sanitari Sant Joan de Déu de Sant Boi, Barcelona
3. Hospital del Mar - Parc de Salut Mar, Barcelona

Introducció i objectius

En la darrera dècada, la biomecànica de l'artroplàstia invertida d'espatlla (AIE) per a fractures humerals pròximes en la gent gran ha mostrat resultats més funcionals i un major alleujament del dolor. No obstant això, el seu ús també ha produït una taxa significativa de complicacions.

El propòsit del nostre estudi és evaluar la taxa de complicacions d'AIE en aquests casos, així com la relació amb la puntuació ASA i la història bàsica de la malaltia.

Material i mètodes

Es tracta d'un estudi multicèntric resultat de la revisió de casos del registre de 3 hospitals del nostre medi del 2010 al 2016. Anàlitzem el tractament anterior de malalties i anticoagulants, la classificació de l'estat físic de la Societat Americana d'Anestesiòlegs i la taxa de transfusió per correlacionar aquests factors amb complicacions postoperatòries majors i menors a 7, 90 i 365 dies.

Resultats

Incloem 103 pacients (104 espatlles) majors de 65 anys. L'edat mitjana és de 77,31 anys (62–91), dels quals 20 són homes. La taxa global de complicacions és del 25%, amb un 17,4% de menor importància i un 7,6% de complicacions importants. Observem una relació estadísticament significativa entre una puntuació ASA superior (3,4) i una complicació major a 90 dies ($p = 0,024$) i una tendència ($p = 0,072$) cap a una puntuació ASA superior amb complicació menor durant la primera setmana. La patologia reumàtica augmenta significativament les complicacions importants a 90 dies ($p = 0,037$). La taxa de transfusió és del 11,5%.

Conclusió

La taxa de complicació major global de la AIE per a fractures agudes és baixa en la població anciana. Tot i això, abans de la cirurgia s'haurien de tenir en compte tant la història del pacient (p. ex., patologia reumàtica anterior, malalties neurològiques o tractament anticoagulant) com la

puntuació ASA. Com més alta sigui la puntuació d'ASA i la presència de patologia reumàtica, es produirà una major taxa de complicacions majors durant els primers 90 dies després de la cirurgia.

CO-11

¿PODEN LES GLENOSFERES PETITES AMB EXCENTRICITAT REDUIR LA EROSIÓ ESCAPULAR AMB LA MATEIXA EFECTIVITAT QUE LES GLENOSFERES GRANS SENSE EXCENTRICITAT?

Berta Gasol Cudós, Àlex Coelho Leal, Albert Pardo Pol, Fernando Santana Pérez, Carles Torrens Cánovas
Hospital del Mar, Barcelona

Introducció i objectius

L'erosió escapular continua sent una preocupació en l'artroplàstia invertida d'espatlla (AIE). Les glenosferes grans han demostrat reduir amb efectivitat la incidència de xoc escapular. Malgrat això, hi ha un nombre significatiu de pacients que són massa petits per acceptar una glenosfera gran.

L'objectiu d'aquest estudi és determinar si glenosferes petites amb excentricitat poden ser tan efectives com glenosferes grans en la reducció del xoc escapular.

Material i mètodes

Estudi prospectiu aleatori que inclou 96 pacients dels quals 77 són dones i 19 són homes. Edat mitjana de 74,7 anys. Tots els pacients inclosos van ser sotmesos a AIE per causa d'artropatia de la còfia rotadora (59), fractura aguda (29) o seqüeles de fractura (8). Es van perdre 12 pacients en el seguiment. Els pacients es van assignar aleatòriament per rebre una glenosfera 42 (G42) o una glenosfera excèntrica 38 (G38ECC). Als 2 anys de seguiment es va registrar l'Escala de Constant. L'anàlisi radiològic va incloure: desenvolupament de xoc escapular segons Sirveaux, tipus glenoïdal segons Favard, distància glena-glenosfera. També es va registrar la presència d'osteòfits. L'anàlisi es va fer per intenció de tractar.

Resultats

Per a tota la sèrie, l'erosió escapular estava present en el 25% dels pacients. En els pacients de la G42 es va desenvolupar erosió escapular en el 16,6%, mentre que en els de la G38ECC es va desenvolupar en el 34,2% sense detectar diferències significatives entre els grups ($p = 0,05$). La severitat del desenvolupament de l'erosió escapular va ser major en el G38ECC (5 de grau 1, 7 de grau 2 i 1 de grau 3) en comparació amb G42 (6 de grau I i 1 de grau II). La diferència de l'Escala de Constant (preop-postop) en G42 a 2 anys va ser de 29 mentre que en el G38ECC va ser de 30,5 sense diferències significatives entre els dos grups ($p = 0,77$). No es van observar

diferències significatives entre els dos grups segons el tipus de glenoides ($p = 0,5$). La distància mitjana glenoïdal-glenosfera en G42 era de 6,3 mm mentre que en G38ECC era de 6 mm ($p = 0,684$). No es va produir luxació en cap grup.

Conclusió

Basant-nos en aquest estudi, les glenosferes grans eviten el xoc escapular de manera més efectiva i es recomanen quan és possible. Si no és possible la implantació d'una glenosfera gran, afegir l'excentricitat a una glenosfera petita podria ser l'opció correcta. L'ús de glenosferes grans o petites no es correlaciona amb diferències significatives en el resultat clínic.

CO-12

L'ESTATUS SOCIOECONÒMIC INFLUEIX ELS RESULTATS FUNCIONALS EN PACIENTS AMB FRACTURES D'HÚMER PROXIMAL. ESTUDI MULTICÈNTRIC.

Joan Miquel Noguera¹, Elisa Cassart Masnou², Fernando Santana Pérez³, Carlos Torrens Cánovas³

1. Hospital d'Igualada. Consorci Sanitari de l'Anoia, Igualada, Barcelona

2. Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona

3. Parc de Salut Mar, Barcelona

Introducció i objectius

L'edat, el sexe i el tipus de fractura s'han descrit, tradicionalment, com a factors pronòstics associats als resultats de les fractures d'húmer proximal (FHP). No obstant això, alguns factors no estrictament mèdics del pacient poden tenir un paper destacat en el resultat funcional.

L'objectiu és avaluar l'associació entre les comorbiditats i els factors no mèdics del pacient amb els resultats clínics per a les fractures d'húmer proximal.

Material i mètodes

217 pacients que patiren una FHP es van catalogar segons la classificació de Neer mitjançant l'ús de radiografies simples. Les comorbiditats es van avaluar a través de l'Índex de Comorbilitat de Charlson (CCI), i els factors no mèdics del pacient foren determinats per un qüestionari de 52 preguntes sobre comportaments personals com activitats socials, suport familiar, solvència econòmica o activitats de lleure.

El resultat clínic es va avaluar mitjançant l'ús de la puntuació de l'Escala de Constant-Murley (CMS), amb un seguiment mínim d'1 any. La diferència mínima clínicament rellevant per a la CMS es va fixar en 10 punts. Es va realitzar una anàlisi multivariant ajustant comorbiditats i factors no mèdics per a l'edat, el sexe, la classificació de fractures i el tractament. Els valors de P es van fixar en $p < 0,05$ per determinar diferències significatives.

Resultats

183 pacients van completar el seguiment d'1 any. L'edat mitjana fou de 71,6 anys (+/- 13,3), mentre que el 78,8% dels pacients eren dones. El 23,1% dels pacients es van classificar com a fractura de 1 part, el 38,7% en 2 parts, el 21,7% en 3 parts i el 16,5% en la fractura de 4 parts. 39 pacients (18,3%) van ser tractats quirúrgicament. En l'anàlisi univariant, l'edat, el CCI es va correlacionar amb la puntuació de CMS (coeficient de correlació: -0.34 [-0.49, -0.17] i 0.37 [0.21,0.52]), així com l'estatus socioeconòmic i el patró de fractura (valor p ANOVA <0.001).

En l'anàlisi multivariant, l'efecte dels pacients que es consideraven socialment actius, sense problemes econòmics i autosuficients per a activitats quotidianes, fou més elevat en el CMS (coeficient beta: 11.69 [6.09-17.30], 15.54 [8.32-22.75], i 10.61 [3.34-17.88] respectivament), que no pas l'efecte del patró de fractura (coeficient Beta 7.66 [0.98-16.30]).

Conclusió

Els resultats funcionals en pacients que pateixen fractures d'húmer proximal poden predir-se a través de l'estatus socioeconòmic, fins i tot de millor manera que no pas el patró de fractura.

PEU

Dijous 30 de maig

Sala 2 - 09:45-10:30

Orals: CO-13 - CO-18

CO-13

OSTEOTOMIA D'EVANS I COTTON AL TRACTAMENT DEL PEU PLA DE L'ADULT: LA NOSTRA EXPERIÈNCIA.

Raquel Samaniego Alonso, Alberto Ruiz Nasarre,
Fernando Álvarez Goenaga
Hospital Sant Rafael, Barcelona

Introducció i objectius

La osteotomia d'Evans està indicada per a la correcció del peu pla valg dolorós estadi II de Johnson i Strom, permetent la restauració de l'arc longitudinal de l'avantpeu, la correcció del valc de taló i la millora de l'abducció de l'avantpeu. Associar una osteotomia de Cotton permet corregir la supinació ajudant a prevenir la recidiva d'aquesta patologia.

L'objectiu d'aquesta comunicació és revisar els resultats radiològics i funcionals a mig termini dels pacients tractats de peu pla valg mitjançant la tècnica descrita.

Material i mètodes

S'han analitzat retrospectivament 10 pacients (11 peus), amb un seguiment mitjà de 10 mesos, intervinguts mitjançant osteotomia d'Evans associada a osteotomia de Cotton. S'ha valorat els angles de Costa-Bertani, el percentatge de cobertura articular l'astràgal, l'angle de divergència astràgalocalcàneo i l'angle de Meary de forma preoperatòria i als 6 mesos de la intervenció.

Es va contactar telefònicament amb els pacients amb l'objectiu de realitzar una valoració funcional a través de les escales EVA i AOFAS.

Resultats

No vam tenir complicacions significatives. Hem objectivat una millora estadísticament significativa de tots els paràmetres angulars en el mesurament postoperatòria amb una disminució mitjana de 17,98° de l'angle de Costa-Bertani, de 7,91° de divergència astràgalcalcània i de 7,41° de l'angle de Meary, així com un augment mitjà del 18,45% de cobertura talonavicular. Els resultats funcionals han estat excel·lents, amb una millora postoperatòria mitjana de 6,8 i de 65,90 punts en l'escala EVA i AOFAS respectivament.

Conclusió

Podem concloure que hem obtingut bons resultats inicials tot i la menor experiència existent amb aquesta tècnica. Ens permet obtenir correccions importants de la deformitat tant clínica com radiogràficament, aconseguint un elevat grau de satisfacció del pacient. No obstant això, no hem d'oblidar que es tracta d'un estudi retrospectiu amb un seguiment curt i que potencials complicacions com la degeneració secundària en zona calcani-cuboidea no pot ser valorada en aquest estudi.

CO-14

SESAMOIDECTOMIA OBERTA PER PATOLOGIA DELS SESAMOIDEOS DE L'HALLUX.

Javier González Ustes, Félix Parals Graner, Xavier Conesa Muñoz, Eduard Siles Fuentes, Josep Novell Alsina
Hospital de Badalona, Barcelona

Introducció i objectius

La sesamoidectomia ha estat molt criticada en articles antics de la literatura.

En l'actualitat té més bons resultats i les últimes revisions així ho confirmen.

Volem presentar els nostres resultats clínics i radiogràfics de la sesamoidectomia oberta per diferent patologia.

Material i mètodes

Presentem 7 casos de sesamoidectomia oberta. La clínica era dolor selectiu a nivell del sesamoideo que impedia deambular. 6 casos es va treure el sesamoideo medial i un cas el lateral. Referent a la patologia 4 casos era per artrosi, un cas de fractura, un de sesamoiditis i un cas de sesamoideo magno post infiltració de PRP.

5 eren dones i 2 homes. L'edat mitja 55 (18 a 75).

En 3 casos d'artrosi hi havia cirurgia prèvia de l'hallux.

Resultats

Els 7 pacients referereixen que ha desaparegut el dolor previ, però tots expliquen un dolor residual a la zona de l'exeresis. Els 7 pacients es tornarien a operar.

L'escala AOFAS d'avantpeu ha passat de 70 a 95 punts.

2 dels pacients han pogut tornar a fer maratons.

No hem tingut cap primer dit en martell postcirurgia que està descrit a la literatura.

Conclusió

Considerem en relació amb els resultats que hem tingut que la sesamoidectomia oberta és una bona tècnica en casos de patologia dels sesamoideos que són refractaris a tractament mèdic i ortèsic.

Hem tingut resultats similars als articles publicats recentment.

CO-15

VIES D'ACCÈS PER LA ALLIBERACIÓ LATERAL DEL COMPLEXE METATARSO-SESAMOIDEO-FALÀNGIC EN EL TRACTAMENT DEL HALLUX VALGUS. ESTUDI ANATÒMIC.

Laia López Capdevila¹, Alejandro Santamaría Fumas¹, Tiago Mota², Xavier Martín Oliva², Alejandro Domínguez Sevilla¹, Miquel Sales Pérez¹

1. Consorci Sanitari Integral, Hospitalet de Llobregat, Barcelona
2. Universitat de Barcelona. Unitat Anatomia i Embriologia. Campus Clínic, Barcelona

Introducció i objectius

La lliberació lateral del complexe lateral metatarso-sesamoideo-falàngic (CMSF) és un procediment habitual que realitzem en la cirurgia del hallux valgus, per equilibrar i alinear la primera articulació metatarsofalàngica.

S'han descrit i utilitzat múltiples abordatges. ¿Però són tots igual d'efectius? ¿Quines estructures anatòmiques seccionem realment en cada via? ¿I són necessàries realment la secció de totes les estructures per alinear la primera articulació metatarsofalàngica?

L'objectiu d'aquest estudi és la descripció anatòmica i la comparació de les quatre vies d'accés principals per la lliberació lateral del CMSF.

Material i mètodes

Estudi descriptiu anatòmic, analitzant quatre vies d'accés: dorso-lateral, medial amb flap dorsal (per sobre del cap metatarsal), medial transarticular (entre cap metatarsal i els sesamoïdes), medial transosteotomia del primer metatarsià.

Estudi de 40 peces anatòmiques fresques, on es realitzen 4 vies de forma aleatòria amb la secció de: càpsula lateral, el lligament metatarso-sesamoideo lateral o suspensori, i del tendó adductor del hallux.

Dissecció posterior de les peces un cop realitzada la lliberació lateral per valorar la verdares estructures seccionades així com les lesions d'altres estructures.

Resultats

La via dorso-lateral sembla ser la més efectiva per aconseguir una lliberació completa, però amb un risc més elevat de lesionar estructures neurovasculars (1%). La via menys efectiva és la medial transarticular.

Conclusió

Les quatre vies d'accés utilitzades per aquest procediment són igual d'efectives des del punt de vista anatòmic, ja que totes permeten la secció de les estructures "claus" per la lliberació lateral del complexe metatarso-sesamoideo-falàngic en la correcció quirúrgica del hallux valgus.

CO-16

OSTEOTOMIA DE CHEVRON PERCUTÀNIA FIXADA AMB UN CARGOL. UNA OSTEOTOMIA IDEAL A LA CIRURGIA PERCUTÀNIA DE L'HALLUX VALGUS MODERAT.

Javier González Ustés, Félix Parals Graner, Xavier Conesa Muñoz, Eduard Siles Fuentes, Josep Novell Alsina
Hospital de Badalona, Barcelona

Introducció i objectius

La osteotomia de Chevron està ampliament estudiada a la cirurgia oberta de l'hallux valgus moderat.

Hi ha poques cites bibliogràfiques referent a la osteotomia de Chevron amb cirurgia percutània fixada amb un cargol.

Volem presentar els nostres resultats clínics, radiogràfics i funcionals d'aquesta tècnica quirúrgica.

Material i mètodes

Realitzem la osteotomia de Chevron percutània fixada amb un cargol canul·lat tipus Herbert des del 2010.

Hem revisat 70 pacients, 25 dels quals bilateral, en els que presentaven una deformitat de l'hallux valgus moderada.

L'edat mitja 59 anys, el 80% eren dones.

Expliquem detalladament la tècnica quirúrgica de la osteotomia de Chevron percutània i com poder fixar-la amb un cargol canul·lat sense obrir, així com les cures postoperatòries molt importants per obtenir uns bons resultats.

Resultats

Referent als angles radiogràfics, el de l'hallux valgus ha passat de 35° a 12°, l'angle intermetatarsal de 15° a 10° i el DMAA de 21° a 9°.

L'escala AOFAS d'avantpeu de 59 a 90 punts.

Com a complicacions hem hagut de retirar 10 cargols per protusió proximal, un cas de desplaçament del cap de M1 que va consolidar sense problemes i un cas de metatarsàlgia de transferència a M2 i M3 per aixecament del cap de M1.

Conclusió

Considerem que és una osteotomia percutània molt útil pel tractament dels hallux valgus moderats en base als resultats que hem obtingut.

Hem de dir que la corva d'aprenentatge és llarga sino s'està molt habituat a la cirurgia percutània.

CO-17

OSTEOTOMIA D'AKIN: ÉS NECESSARI FIXAR-LA?

Sara Wahab Zuriarrain, Judit Martínez Zaragoza, Ariadna Da Ponte Prieto, Gonzalo Pérez López, Carlo Gamba, Carlos Álvarez Gómez

Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Introducció i objectius

L'osteotomia d'Akin (OA) és un procediment habitualment utilitzat en cirurgies d'hallux valgus. S'han descrit diversos mètodes d'estabilització de la mateixa amb material d'osteosíntesis (OS) (agulles de Kirschner, filferros, grapes, plaques, cargols) o amb l'ús de sutures transòssies. Totes elles han mostrat ser tècniques efectives, però no exemptes de complicacions. Aquesta tècnica es pot realitzar sense fixar l'osteotomia, realitzant un correcte tancament capsular i de teixits tous, minimitzant així el risc de les complicacions relacionades amb l'OS.

L'objectiu d'aquest estudi consisteix en avaluar i comparar els resultats associats en l'OA sense fixar respecte a les tècniques amb material d'OS.

Material i mètodes

S'ha realitzat un estudi retrospectiu comparatiu incloent 89 OA realitzades en context de cirurgia d'avantpeu en 2015-2018: 30 pacients amb fixació amb grapa o cargol (grup A) i 59 pacients amb estabilització mitjançant sutura de la càpsula articular (grup B). S'ha avaluat l'angle interfalàngic (distal articular set angle, DASA) preoperatori i postoperatori en les radiografies anteroposterior del peu i es van registrar retrospectivament les dades epidemiològiques, el dolor associat, les cirurgies combinades de peu i la taxa de complicacions postoperatòries.

Resultats

S'inclouen 89 casos, amb una edat mitjana de 66 anys. En el grup A, el 80% van ser dones i 20% homes, en el grup B van ser el 89% dones i l'11% homes. A tots se'ls ha realitzat un seguiment mínim de 12 mesos. La correcció mitjana de l'angle DASA va ser de 6,43 graus (DE 5,54) en el grup A i 7,36 graus en el grup B (DE 5,48). No es van observar diferències estadísticament significatives, entre els grups; les cirurgies concomitants de peu no han estat relacionades com a variable de confusió en el resultat radiològic analitzat. S'ha reportat un cas d'infecció de ferida quirúrgica en el grup A i dos de dolor local en el grup B.

Conclusió

L'OA realitzada sense fixació directa en la cirurgia d'hallux valgus proporciona resultats comparables a altres formes de fixació mitjançant OS pel que fa als resultats clínics i radiològics.

CO-18

HALLUX VARUS IATROGÈNIC.

Nikol Nentcheva Alexieva, Indhyra Lucía Sánchez Leo, Sebastià Gelabert Mestre, Emilio Provinciale Fatsini, Isabel Elias Payán, Ignacio De Loyola García Forcada

Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona

Introducció i objectius

El hallux varus postquirúrgic és una entitat poc freqüent (2-13%) i en la majoria dels casos sol ser iatrogènic. Pot ser secundari a qualsevol tipus de cirurgia correctora d'hallux valgus i consisteix en una desviació medial i supinació de la falange sobre el primer metatarsià associat a una flexió de la interfalàngica. El motiu principal de queixa dels pacients és la dificultat per calçar-se i l'impacte estètic. El tractament d'aquesta complicació és exigent i és important entendre els factors que causen la deformitat així com l'estat de l'articulació abans de plantejar la correcció. Es descriuen múltiples tècniques per a la seva correcció, sense que cap superi en resultats a la resta, com plàsties tendinoses o rescat mitjançant artròdesi.

Material i mètodes

Presentem 5 pacients (4 dones i 1 home) que presentaven hallux varus postquirúrgic secundari a cirurgia correctora d'hallux valgus, 4 d'ells mitjançant osteotomia tipus Scarf associada a alliberament lateral i 1 mitjançant artroplàstia de resecció. L'edat mitjana va ser de 51,8 anys.

En els nostres casos la queixa dels pacients va ser per dificultat per calçar-se i el defecte estètic que causava, no sent el dolor el motiu de la cirurgia de rescat. La valoració clínica que es va realitzar per guiar el tractament definitiu va ser la mobilitat de l'articulació metatarsofalàngica (MTF) de l'hallux i els signes artròsics radiogràfics.

Valorarem el resultat amb l'escala AOFAS, així com les complicacions i la satisfacció global dels pacients.

Resultats

En els 2 casos que es va observar rigidesa articular es va realitzar artròdesi MTF amb placa. En els casos en què l'articulació es mantenia mòbil es va plantejar cirurgia correctora amb alliberament medial i plàstia tendinosa: 2 casos amb Extensor Hallucis Brevis (EHB) i 1 cas amb hemitendó de Extensor Hallucis Longus (EHL).

Els pacients van presentar una millora de 27 punts de mitjana de l'escala AOFAS als 3 mesos postcirurgia i estaven satisfets amb el resultat estètic final.

Les complicacions observades van ser un segon dit cross over secundari a hipercorrecció en una de les artròdesis i un hallux varus lleu residual per correcció insuficient en un dels casos de transposició de EHB.

Conclusió

La deformitat en varo post cirurgia de correcció del hallux valgus és una entitat poc freqüent que genera resultats estètics insatisfactoris. És important entendre les causes del fracàs, la qual cosa ens portarà a triar el tractament definitiu entre la varietat de tècniques correctores descrites. Hem obtingut resultats satisfactoris tot i les complicacions descrites.

GENOLL

Dijous 30 de maig

Sala 1 - 14:30-15:15

Orals: CO-19 - CO-24

CO-19

INESTABILITAT ROTULIANA. ¿COM HO HEM FET EN EL ÚLTIMS 10 ANYS?

Yeray Maldonado Sotoca, Christian Yela Verdú, Mariano Balaguer Castro, Pere Torner Pifarrè

Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

Introducció i objectius

Dins de la patologia que afecta la ròtula, la inestabilitat és una entitat amb una incidència considerable. El seu origen sol ser adquirit o traumàtic i el seu tractament està enfocat a la correcció específica de la seva causa.

L'objectiu d'aquest estudi es descriure els resultats dels pacients intervinguts en el nostre servei, en els últims 10 anys, en base a les diferents tècniques quirúrgiques emprades.

Material i mètodes

Es tracta d'un estudi descriptiu de casos successius de pacients intervinguts per luxació de ròtula entre els anys 2008 i 2017, en el nostre servei. S'han recollit dades preoperatories sobre variables demogràfiques, diferents factors afavoridors d'inestabilitat femoro-patellar, les tècniques quirúrgiques emprades i els resultats postoperatoris. Les dades es van obtenir a través de la història clínica i per contacte telefònic.

Resultats

S'han revisat un total de 49 casos. La mitjana d'edat va ser de 26 anys i un 71% van ser dones. Tots els pacients presentaven dolor i fins un 93% un episodi o més de luxació o subluxació patellar prèvia a la cirurgia.

El 54% presentava una ròtula tipus II (classificació de Wiberg) i un 60% algun tipus de displàsia troclear. Es van realitzar diferents tipus de tècniques quirúrgiques enfocades a la correcció dels factors d'inestabilitat afectes: realineacions proximals, distals, gest sobre parts toves, combinació de diverses d'elles i des de l'any 2014 reconstrucció del lligament patel·lofemoral medial amb empelt autòleg de isquiotibials.

Observem un 8% de recidives de luxació postoperatories, un 24% encara presentaven dolor i fins a un 16% de reintervencions.

Es va obtenir una millora generalitzada en el score Kujala amb una tendència de millora més gran en els intervinguts

des 2014 (25 IC 10,2-39.8) que prèviament (10,8 IC -9,6-31,1), tot i que sense arribar a la significació estadística.

Conclusió

La inestabilitat rotuliana afecta un percentatge de pacients no menyspreable, principalment dones joves i amb morfotipus valc. L'estudi radiològic preoperatori complet i una exploració física detinguda són els pilars per a un correcte enfocament de la tècnica quirúrgica a emprar. Malgrat una bona indicació els resultats poden no ser tan satisfactoris com es podria esperar.

CO-20

MENISC EXTERN HIPERMÒBIL. TRACTAMENT EN EL JUGADOR DE FUTBOL.

David Barastegui Fernández¹, Gilbert Steinbacher², Eduard Alentorn Geli¹, Pedro Álvarez Díaz³, Jorge Ramírez Haua⁴, Ramon Cugat Bertomeu¹

1. Mutualitat Catalana de Futbolistes. Artroscòpia GC. Fundació García Cugat, Barcelona
2. Mutualitat Catalana de Futbolistes, Barcelona
3. Mutualitat Catalana de Futbolistes. Universitat Internacional de Catalunya (UIC). Fundació García Cugat, Barcelona
4. Mutualitat Catalana de Futbolistes. Haua Sports Medicine, Barcelona

Introducció i objectius

Presentar els resultats (funció subjectiva, tornada a competició, complicacions i reintervencions) de la fixació artroscòpica meniscal en una mostra de jugadors de futbol afectats per un menisc extern hipermòbil sense ruptura franca.

Material i mètodes

55 pacients van ser intervinguts quirúrgicament entre el 2010 i el 2015 de menisc extern hipermòbil en la Mutualitat Catalana de futbolistes en Barcelona. Els pacients amb fisis obertes, lesions associades, meniscos discoides o un seguiment inferior a 6 mesos van ser exclosos de l'estudi. Una cop identificats, tots els pacients van ser contactats per via telefònica per la recollida de dades (IKDC, Tegner postoperatoria i EVA. Així mateix també es van recollir les complicacions i reintervencions retrospectivament.

Resultats

46 casos (en 45 pacients) amb una mitjana d'edat de 26,3 ± 9,5 anys i un seguiment mig de 43 ± 9,5 mesos (rang 8-73) van ser inclosos. L'escala de Tegner preoperatoria i postoperatoria promig (rang) fou de 9 (6-9) i 8 (0-9) respectivament. Comparativament amb la situació preoperatoria,

l'escala Tegner fou igual en 27/46 (59%) de los casos i inferior en 16/46 (35%) dels casos (3 dasdes no registrades). EL retorn a la competició fou possible en 38/46 (82%) dels casos, dels quals 27/46 (59%) tornàren al mateix nivell prelesió. En el postoperatori la mitja de l'EVA de dolor va ser de 1 (0-9) i la mitjana subjectiva de IKDC de 86,2 ± 16,7. Tres dels 46 casos (6,5%) van requerir reintervenció, per dolor en un pacient (fallo sutura meniscal) i rotura meniscal en 2 pacients.

Conclusió

La fixació meniscal all-inside és un tractament exitós pel menisc extern hipermòbil, permetent una acceptable tornada a la competició amb una recuperació funcional correcta en jugadors de futbol amb una baixa taxa de reintervencions. No obstant, segons el present tall transversal, s'ha d'informar als pacients d'una eventual davallada del nivell de competició, ja que la tornada a la competició al mateix nivell prelesió només s'ha observat en 27 dels 46 casos (59%). Davant el difícil diagnòstic i tractament del menisc hipermòbil, s'ha de considerar la fixació meniscal com la opció idònia.

CO-21

XOC FEMOROACETABULAR I DOLOR ANTERIOR DE GENOLL.

Alexandre Coelho Leal¹, Bruno Capurro Soler¹, Juan Francisco Sánchez Soler¹, Marc Tey Pons¹, Joan Carles Monllau García¹, Vicente Sanchis Alfonso²

1. Parc de Salut Mar, Barcelona
2. Hospital Arnau de Vilanova, Valencia

Introducció i objectius

Estudis previs han relacionat el dolor anterior de genoll amb la morfologia tipus CAM del cap femoral. No obstant això, no existeixen estudis que avaluin la prevalença de la morfologia tipus CAM en pacients amb dolor anterior de genoll.

L'objectiu és realitzar un estudi observacional en pacients amb dolor anterior de genoll en què es descarta altres causes que ho justifiquin (estudi de genoll normal) per esbrinar la prevalença de morfologia tipus CAM i dolor engonal associat. La Hipòtesi és que els pacients amb dolor anterior de genoll presenten una major prevalença de dolor engonal i morfologia tipus CAM del maluc que la població general.

Material i mètodes

Estudi observacional transversal prospectiu realitzat des d'octubre de 2016 a octubre de 2018. Els criteris d'inclusió van ser pacients de 16-50 anys, amb dolor anterior de genoll, que presentessin EVA > 3, IMC menor de 35, índex Ca-

ton-Deschamps entre 0.8 i 1.2, eix biomecànic de 5° a -7°, bàscula rotuliana menor de 20°, TA-GT <20 mm, absència de displàsia troclear grau C o D, dismetria inferior a 1.5 cm i patró torsional en fèmur i tibia normals. En els pacients inclosos es va analitzar quins presentaven dolor engonal associat i morfologia tipus CAM (angle Alfa > 55°) i es van emplenar les escales KUJALA, IKDC, HOS i NAHS.

Resultats

Es van identificar 44 pacients amb dolor anterior i estudi normal de genoll, dels quals un 47% (21) presentava dolor engonal, amb EVA > 3, i un 41% (18) tenia un angle alfa superior a 55°. Les escales funcionals mitjanes en aquests pacients van ser: KUJALA 55; IKDC 44; HOS activitats diàries 77 i HOS activitats esportives 56; NAHS 64.

Conclusió

Els resultats d'aquest estudi suggereixen que el dolor engonal associat a morfologia CAM és més prevalent en la població amb dolor anterior de genoll amb estudi de genoll normal. A més, aquesta població presenta una disminució de les escales clíniques tant de genoll, com de maluc si es compara amb la població normal.

CO-22

EVOLUCIÓ A ARTROSI I QUALITAT FUNCIONAL A LLARG TERMINI DESPRÉS DE CIRURGIA DE RECONSTRUCCIÓ DE LLIGAMENT CREUAT ANTERIOR AMB TÈCNICA OS-TENDÓ-OS.

Raquel Sevil Mayayo, Martí Plomer Sánchez, Nayana Joshi Jubert, Maria Mercedes Reverté Vinaixa, Enric Castellet Feliu, Joan Minguell Monyart
Hospital Universitari de la Vall d'Hebron, Barcelona

Introducció i objectius

La cirurgia de reconstrucció del lligament encreuat anterior (LEA) és un procediment comú en medicina de l'esport, arribant a un total de 60.000 a 170.000 per any als Estats Units. La lesió d'aquesta estructura és comunament coneguda com a factor de risc per al desenvolupament d'artrosi de genoll a llarg termini. En pacients amb inestabilitat articular deguda al trencament del LEA és important la reconstrucció lligamentosa per prevenir la gonartrosi.

Cap de les dues tècniques d'empelt més comuns (os-tendó-os (OTO) rotuliana, isquiotibials (IT)) ha demostrat una superioritat en termes de la taxa d'artrosi a llarg termini, encara que a causa de la seva major rigidesa se li suposa major artrogènesi a l'OTO. En el nostre treball descrivim l'evolució a artrosi i la qualitat funcional a un mínim de 8 anys després de la cirurgia.

L'objectiu és determinar el desenvolupament d'artrosi i la qualitat funcional en pacients intervinguts de reconstrucció de LEA amb plàstia OTO autòloga.

Material i mètodes

Anàlisi retrospectiu de les dades recollides prospectivament d'aquells pacients sotmesos a una reconstrucció primària de lligament encreuat anterior mitjançant plàstia autòloga OTO entre el 2007 i 2010. S'han recollit les característiques demogràfiques dels pacients (edat, gènere), qüestionaris de funció articular, qualitat de vida i satisfacció (IKDC, Lysholm, Tegner, EQ-5D, VAS-estat de salut), dades de la cirurgia i estudi radiològic (artrosi i posició túnels ossis). La variable principal ha estat el grau d'artrosi segons la classificació de Kellgren-Lawrence (K-L), considerant-se artrosi un grau > = 2.

Resultats

Dels 68 pacients de la base de dades del nostre centre que complien els criteris d'inclusió, només s'han pogut analitzar 26 pacients (8 dones, 18 homes). L'edat mitjana en el moment de la cirurgia va ser 30 anys (rang 16-47), seguiment mitjà de 8,5 anys (rang 8-10). IKDC 79,7 (37,9-100), EQ-5D 94 (100-89), EVA qualitat de vida 81 (35-100), Lysholm 45 (84-100), Tegner 4,3 (7-1). El grau d'artrosi segons l'escala de KL va ser de 6 pacients grau III, 9 grau II, 9 grau I i 1 grau 0. Quant a la posició dels túnels en la projecció AP, el 65% dels túnels femorals i els 73% dels tibials es trobaven en la posició ideal. Respecte a l'angle calculat per al túnel femoral en la projecció anteroposterior la mitjana va ser de 4°, amb un rang de 5° a 12°. En quant al posicionament del túnel en la projecció lateral la mitjana calculada és de 99°, amb un rang de 45° a 134°.

Conclusió

La lligamentoplastia OTO no s'associa a major grau de gonartrosi. Així com tampoc es correlaciona el posicionament dels túnels femorals amb l'evolució a artrosi quan aquests estan dins d'un rang entre 5° a 12°. És possible que la necessitat de realitzar procediments sobre lesions associades (meniscectomia) siguin les responsables d'incrementar la taxa de gonartrosi. Pel que fa a la qualitat de vida i funcionalitat, es considera una cirurgia amb alta taxa d'èxit i satisfacció per part del pacient amb correcta reintegració a l'activitat esportiva.

CO-23

RESULTATS CLÍNICS DE LA CIRURGIA DE REVISIÓ EN LA RECONSTRUCCIÓ DEL LLIGAMENT ENCREUAT ANTERIOR (LEA) AL ASSOCIAR UNA TENODESI EXTRAARTICULAR LATERAL (TÈCNICA DE LEMAIRE MODIFICADA).

Carla Carbonell Rosell, Eric Montserrat Rodríguez, María Mercedes Reverté Vinaixa, Nayana Joshi Jubert, Enric Castellet Feliu, Joan Minguell Monyart
Hospital Universitari de la Vall d'Hebron, Barcelona

Introducció i objectius

Entre un 10-20% de les cirurgies del LEA presenten fracàs de la plàstia i en el 25% persistència de inestabilitat rotacional malgrat el tractament quirúrgic. La replàstia del LEA te pitjors resultats que la cirurgia primària possiblement donada la existència de lesions associades meniscals i condrials. Ens plantejem la necessitat de afegir una plàstia extrarticular lateral per tal de millorar la laxitud rotacional i alhora protegir la plàstia del LEA. El nostre objectiu és descriure els resultats clínics de la cirurgia de revisió de la reconstrucció del LEA al associar una tenodesi extraarticular lateral (tècnica de Lemaire modificada).

Material i mètodes

Estudi prospectiu descriptiu i analític d'una sèrie de casos clínics tractats al nostre centre des de l'any 2014 fins l'actualitat amb fracàs d'una plàstia de LEA. Tots els casos es tracten quirúrgicament amb replàstia i tenodesi lateral (tècnica de Lemaire modificada). Es descriuen els resultats clínics preoperatoris i postoperatoris a l'any de la cirurgia. S'avaluen els pacients amb les escales IKDC, Lysholm, SF-12v2 i Tegner.

Resultats

Fins el moment, s'han realitzat 41 revisions de LEA i tenodesi amb una edat mitja de 34.8 anys (16-65) i amb un seguiment mínim d'un any. Hem tingut 7 pèrdues. Només s'han inclòs els pacients amb 1 any d'evolució post intervenció (26).

El 79,31% dels pacients de l'estudi són homes. El promig de cirurgies prèvies és del 1.8 (1-4). 9 de les 41 cirurgies van ser en un temps. La troballa clínica més prevalent ha estat la inestabilitat (100% Lachman positiu, 92,7% Pivot-shift) i el dolor (36%). S'ha utilitzat plàstia patelar de banc en el 73,33% dels pacients i aloinjert tendinós en el 26,66%. Només en un cas es va utilitzar tendó autòleg.

La lesió associada més freqüent és la lesió del menisc intern (68,29%) i meniscopatia externa (26,82%). Lesions condrials del compartiment femorotibial intern (31,7%) i femorotibial extern (26,82%)

El fracàs de la plàstia ha estat present en 2 pacients. Com a complicacions menors s'ha descrit hemartrosi que va requerir evacuació per artrocentesi en 2 pacients retirada de material de fixació (grapa tibial) per molèstia local en 3 pacients.

A l'any de la cirurgia el 34,61% dels pacients presentaven Lachman 0 i el 53,84% Lachman 1. El 92,7% dels pacients havien negativitzat el Pivot-shift.

Al avaluar els resultats dels qüestionaris s'han descrit diferències estadísticament significatives en el test IKDC de 51,3 (20,7-69) a 66,7 (21,8-89,7) $p < 0,003$ i en el Lysholm test 59,7 (22-89) a 78'8 (22-95) $p < 0'001$. No s'han descrit diferències estadísticament significatives en el test SF-12v2 físic, que canvià de 46 (32'5-58'5) a 49'9 (29'2-54'6) $p > 0'052$ ni en el SF-12v2 mental 49 (39,8-69,6) a 55,6 (19-68,1) $p > 0'145$. El test de Tegner mostrà un descens de 6'5 (3-10) a 4'4 (1-7) a l'any de la cirurgia.

Conclusió

Avaluant els resultats descrits creiem que l'associació de la tenodesi extraarticular lateral pot ser beneficiosa en la cirurgia de revisió del lligament encreuat anterior pel fracàs de la plàstia.

CO-24

RESULTATS DE LA INFILTRACIÓ D'ÀCID HIALURÒNIC EN PACIENTS AMB ARTROPATIA DEGENERATIVA DE GENOLL. ESTUDI PROSPECTIU.

Beatriz Mirón Domínguez, Joan Vilanova Laguna, Jordi Álvarez San Nicolás, Manel Lafuente Salinas, José Miguel Sales Pérez

Consorci Sanitari Integral, Sant Joan Despí, Barcelona

Introducció i objectius

Introducció: La gonàlgia per artropatia degenerativa és un dels símptomes més freqüents de consulta a Urgències i a les consultes externes de la nostra especialitat, especialment en pacients d'edat avançada; molts d'ells amb obesitat associada. Múltiples tractaments s'ofereixen a aquests pacients amb l'objectiu de millorar la qualitat de vida. Entre d'altres, les infiltracions de corticoides, PRP i àcid hialurònic són pràctica habitual, malgrat que els seus resultats i indicacions poder ésser controvertits.

Objectiu: Observar l'efectivitat del tractament amb àcid hialurònic implantat al nostre centre per a pacients pendents d'infiltració de PRP per artropatia degenerativa.

Material i mètodes

Estudi de cohorts prospectiu en pacients als que es va indicar tractament amb infiltració de PRP, i als quals se'ls va oferir la opció de realitzar primer una infiltració d'àcid hialurònic.

Es van analitzar els següents paràmetres: sexe, edat, pes, talla, IMC, temps d'inici dels símptomes, EVA pre i post infiltració, temps de milloria des de la infiltració, antecedents d'infiltracions prèvies, nombre d'elles, i grau subjectiu de satisfacció.

Resultats

44 pacients van ser infiltrats amb Àcid Hialurònic segons el protocol hospitalari establert prèviament. 40 d'ells van acceptar realitzar seguiment dins l'estudi. Es va realitzar l'estudi epidemiològic de la mostra. El 90% dels pacients presentaven dolor de més d'un any d'evolució. D'ells, un 60% havia rebut alguna infiltració prèvia. La mitjana de la milloria de l'EVA després de la infiltració va ser de 2 punts de mediana. El 52% dels pacients van mostrar un grau de satisfacció positiu. L'anàlisi estadístic no va mostrar diferències significatives en la milloria de l'EVA i el grau de satisfacció entre pacients estratificant per presència d'infiltracions prèvies, temps d'inici dels símptomes, sexe o lateralitat. Sí es van obtenir diferències significatives estratificant per IMC ($p < 0.05$), ja que el grau de satisfacció d'aquells pacients amb IMC < 25 va ser superior.

Conclusió

Les infiltracions d'àcid hialurònic suposen una alternativa en els estadis inicials per al tractament de l'artropatia degenerativa de genoll. Molts estudis han buscat les indicacions i la població target de per a la seva utilització. Tot i així, existeix molta controvèrsia en les seves indicacions. La nostra experiència mostra resultats de bona satisfacció en la meitat dels pacients infiltrats, independentment de la seva epidemiologia o infiltracions prèvies. Sí hem trobat diferències, i sembla que en la nostra mostra es beneficien més aquells pacients amb un IMC > 25 . En el futur seran necessaris estudis més extensos per tal de definir les indicacions d'aquest tractament.

COLZE, CANELL I MÀ

Dijous 30 de maig

Sala 2 - 14:30-15:15

Orals: CO-25 - CO-29

CO-25

FRACTURA-LUXACIÓ DE MONTEGGIA.

COMPLICACIONS I RESULTATS.

Raquel Samaniego Alonso, Daniel Berlanga De Mingo, César Abellán Miralles
Hospital Asepeyo Sant Cugat, Sant Cugat del Vallès, Barcelona

Introducció i objectius

La fractura-luxació de Monteggia es defineix com una luxació de l'articulació ràdio-humeral associada a fractura del terç proximal del cúbit, representant el 0,7% de les fractures-luxacions de colze. El Monteggia-Like es defineix com una fractura-luxació de Monteggia associada a fractura de cap o coll radial, fractura de coronoides, dislocació ulnohumeral o combinació d'aquestes lesions.

L'objectiu d'aquesta comunicació és revisar els resultats funcionals a mig termini dels pacients tractats d'aquesta patologia, amb especial interès en les fractures Monteggia-like.

Material i mètodes

Entre el gener 2011 i desembre 2017 un total de 19 pacients (17 homes i 2 dones) amb una edat mitjana de 46,37 anys van ser tractats en el nostre centre de fractura-luxació de Monteggia. Totes les fractures cubitals es van estabilitzar utilitzant una placa tipus LCP. Les fractures de tipus I del cap radial es van tractar de forma conservadora, les fractures de tipus II es van tractar amb reconstrucció i les fractures de tipus III amb artroplàstia. Totes les fractures tipus II i III de Regants & Morrey del procés coronoideo es van estabilitzar utilitzant AK o cargols tipus HPS. Tots els pacients van seguir un protocol de rehabilitació individualitzat segons el patró de fractura amb un seguiment mínim a les 3, 6 i 12 setmanes. Es va contactar telefònicament amb els pacients amb l'objectiu de realitzar una valoració funcional a través de les escales Mayo Elbow Performance Score (MEPS) i Oxford Elbow Score (OES) almenys un any després de l'última cirurgia.

Resultats

Vam tenir complicacions en 8 casos: 5 pacients van

presentar calcificacions / adherències que limitaven especialment la pronosupinació. 2 pacients van evolucionar a pseudoartrosi. 1 pacient va evolucionar a una lesió d'Essex-Lopresti. Tot i així, els resultats funcionals van ser bons per al MEPS, amb una mitjana de 81,05 (30-100) i lleugerament pitjors per al OES, amb una mitjana de 35,89 (17-48).

Conclusió

La nostra experiència suggereix que es poden obtenir resultats satisfactoris en el tractament de les fracturacions complexes de Monteggia-Like mitjançant la identificació, classificació i comprensió correctes del patró de lesió i el tractament de tots els components afectats per aconseguir una correcta estabilitat del colze.

CO-26

DOLOR A CARA LATERAL DEL COLZE. SÍNDROME DEL LLIGAMENT ANULAR.

Daniel Berlanga De Mingo, César Abellán Miralles, Raquel Samaniego Alonso, Karla Rodríguez Bascones
Hospital Asepeyo Sant Cugat, Sant Cugat del Vallès, Barcelona

Introducció i objectius

Descrivim una nova causa de dolor a cara lateral del colze després de realitzar un estudi retrospectiu artroscòpic de les diferents característiques anatòmiques del Lligament Anular, el seu grau tensional i la translació radiohumeral amb associació de lesions condrials. Primera fase d'estudi d'investigació.

Material i mètodes

La població analitzada va ser de pacients intervinguts quirúrgicament mitjançant artroscòpia al nostre hospital amb el diagnòstic inicial d'epicondilitis, revisant aquestes des del 2005. De les 83 gravacions artroscòpiques obtingudes s'ha realitzat una classificació de les variants anatòmiques del Lligament anular trobades en relació a la seva cobertura de la cúpula radial: Tipus I cobertura completa, Tipus II mitja, Tipus III baixa; Tensió del lligament: Tipus I màxima tensió competent, Tipus II tensió normal competent, Tipus III distès no competent; i Translació radiohumeral: Tipus I sense translació, Tipus II translació normal, Tipus III subluxació.

Resultats

Hem trobat relació entre la incompetència del lligament anular i l'aparició de lesions condrials en còndil, cúpula radial i tròclea, i associacions estadísticament significatives entre recidiva de dolor a cara lateral del colze i la presència de la inestabilitat del lligament anular com a troballa artros-

còpica, en pacients intervinguts amb el diagnòstic d'epicondilitis.

Conclusió

Denominem Síndrome del Lligament Anular a la combinació de les variants anatòmiques, grau tensional i translació radiohumeral que són causa de dolor a cara lateral del colze amb lesions condrials associades. Aquest Síndrome s'ha d'incloure al seu diagnòstic diferencial i per això reportem imatges de les nostres troballes.

CO-27

FRACTURES CORONALS DEL CAPITELLUM: VARIABILITAT INTEROBSERVADOR EN LA CLASSIFICACIÓ DE LES FRACTURES I LA NECESSITAT DE TOMOGRAFIA AXIAL PER A LA CORRECTA PLANIFICACIÓ QUIRÚRGICA.

Àlex Grau Blanes, Marta Almenara Fernández, Laura Velasco González, Luis Trigo Lahoz, Roger Rojas Sayol, Claudia Lamas Gómez
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Introducció i objectius

Les fractures del pla coronal de l'húmer distal que impliquen el capitellum i la tròclea són infreqüents, representant l'1% de totes les fractures del colze i el 6% de les fractures de l'húmer distal.

Les fractures del Capitellum sovint són més complexes de l'esperable analitzant només radiografies simples. La tomografia axial computaritzada (TAC) és per tant sovint recomanada per tal de diagnosticar l'extensió de la fractura i planificar el tractament quirúrgic. Es necessiten dades objectives que suportin aquesta recomanació.

El propòsit d'aquest treball és determinar la concordança interobservador en la classificació de les fractures de capitellum per radiografia simple i per TAC seguint la classificació de Bryan i Morrey (modificada per McKee et al.) així com la concordança entre aquests dos estudis.

Material i mètodes

S'han inclòs un total de 9 pacients amb fractures tancades del capitellum tractades al nostre centre entre els anys 2008 i 2018. Tots els casos tenien TAC preoperatòria. S'han avaluat resultats clínics, radiològics i funcionals específics del colze, incloent el Mayo Elbow Performance Index.

Tres observadors (dos adjunts i un resident) han analitzat les radiografies simples inicials de tots els casos. Cada un d'ells ha classificat les fractures de manera independent segons la classificació de Bryan i Morrey. S'ha calculat la concordança interobservador mitjançant el coeficient Kappa

de Cohen. El mateix mètode s'ha emprat per classificar i analitzar les fractures segons les imatges de TAC. A continuació, s'ha assignat un únic valor grupal a cada radiografia i a cada TAC segons els valors donats pels observadors amb bona concordança. Finalment, s'ha calculat la concordança entre la classificació grupal de les radiografies i la classificació grupal de les tomografies utilitzant el percentatge de concordança i el coeficient Kappa de Cohen. S'ha utilitzat el SPSS v.24 per a l'anàlisi estadístic.

Resultats

La mostra estava formada per 3 homes i 6 dones amb una mitjana d'edat de 47 anys (rang 18-83). La mitjana del temps de seguiment ha estat de 18 mesos (12-40). Vuit pacients varen ser tractats mitjançant reducció oberta i fixació interna. Al pacient restant se li va realitzar una exèresi del fragment osteocondral lliure. Dos dels nou pacients van necessitar una segona intervenció quirúrgica degut a rigidesa del colze i cossos lliures intrarticulars. Al final del seguiment, totes les fractures estaven curades, no hi havia inestabilitat o debilitat de colze i no es van produir infeccions.

El coeficient de Kappa de Cohen en la classificació de les fractures segons la radiografia simple, que representa la concordança entre els observadors, va ser entre 0.449 i 0.757. Segons les sis categories de força de concordança de Kappa de Landis i Koch, aquests valors representen una correlació entre moderada i substancial. El percentatge de concordança segons la tomografia va ser d'entre el 85,7% i el 100%.

L'anàlisi de concordança entre la classificació grupal per radiografia i la classificació grupal per tomografia va revelar un 57.1% de concordança, amb un coeficient Kappa de -0.167. Aquests valors impliquen l'absència de concordança.

Conclusió

Els nostres resultats demostren que la radiografia simple no permet una adequada interpretació de les fractures de capitellum i tròclea. Tot i que s'ha obtingut una concordança interobservador acceptable, no hi ha bona concordança en l'anàlisi de les fractures amb radiografia simple respecte TAC.

Els autors recomanen realitzar estudi mitjançant TAC en totes les fractures de capitellum ja que la radiografia simple és insuficient per identificar l'extensió de la fractura i el grau de comminació en aquesta regió. L'estudi està limitat per una mostra petita. Es necessiten més estudis que avalin aquestes troballes.

CO-28

ABORDATGE TRANSTRAPECIAL PERCUTANI EN PACIENTS AMB FRACTURA AGUDA D'ESCAFOIDES HERBERT B1 I B2,

Matilde Molina Corbacho, Yeray Maldonado Sotoca, Alexandre Berenguer Sánchez

Hospital Parc Tauli, Sabadell, Barcelona

Introducció i objectius

Les fractures d'escafoides són les més freqüents del carp.

Estudis biomecànics mostren que la col·locació del cargol d'Herbert en l'eix central permet la introducció de cargols més llargs, aconseguint una major força de compressió.

Amb aquest principi es va desenvolupar la via volar percutània transtrapezial que permet la col·locació del cargol més centrat en l'eix de l'escafoide.

El nostre objectiu és avaluar els resultats obtinguts en pacients amb fractura aguda de la cintura de l'escafoide mínimament (<1 mm) desplaçada, intervinguts mitjançant via percutània transtrapezial volar.

Material i mètodes

Es tracta d'un estudi observacional descriptiu retrospectiu en què es va revisar una sèrie de casos de fixació transtrapezial en fractures agudes de la cintura de l'escafoides Herbert B1 i B2 operats al nostre centre entre 2014-2018.

Es van recollir variables demogràfiques, dies transcorreguts entre lesió i cirurgia, durada de la intervenció, tipus de material implantat i evolutiu dels pacients pel que fa a funció, consolidació de la fractura i aparició de complicacions.

Resultats

Es van analitzar 15 fractures en 14 pacients, tots homes amb una mitjana d'edat de 25 anys (18-60 anys).

La majoria es van intervenir en les primeres 2 setmanes després de la lesió per un cirurgià de la unitat de mà. El temps quirúrgic mitjà va ser de 26 minuts (20-65 minuts), amb implantació en el 93% dels casos d'un cargol de compressió sense cap de 20 mm (18-24 mm). Al 87% dels pacients se'ls va immobilitzar durant 2 setmanes.

Van tenir un seguiment mitjà de 5 mesos, amb un balanç mitjà l'alta de 75° (65°-86°) de flexió, 70° (64°-76°) d'extensió de canell, pronosupinació igual a la contralateral i el 64% no presentava dolor. Es van registrar 2 casos de pseudoartrosi que van requerir novament cirurgia, presentant un d'ells a més síndrome de distròfia regional complexa.

Conclusió

La majoria dels pacients van presentar un balanç articular pràcticament complet i gairebé sense complicacions. Per

tant, considerem que la tècnica de fixació transtrapacial pot ser una bona eina per al tractament de fractures d'escafoïdes mínimament desplaçades, segura i amb bons resultats funcionals.

CO-29

PRÒTESIS TIPUS MAIA EN RIZARTROSI. LA NOSTRA EXPERIÈNCIA,

Indhyra Lucia Sánchez Leo, Nikol Nentcheva Alexieva, Albert Alabat Roca, Eloi Piella Prat, Maria José Morales Pérez, Ignacio Loyola García Forcada
Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII

Introducció i objectius

Avaluar els resultats clínics de l'artroplàstia trapezi metacarpiana tipus MAIA com a tractament de la rizartrosi dolorosa grau II-III.

Material i mètodes

Revisió retrospectiva de 10 pacients intervinguts amb pròtesi trapezimetacarpiana per rizartrosi grau II-III simptomàtica entre 2016 i 2018, amb seguiment mínim d'un any, a l'Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Es van recollir dades demogràfiques dels pacients, avaluació clínica-radiològica prequirúrgica i després de la intervenció. Es va avaluar el dolor (EVA), la força i el rang de mobilitat. Es va utilitzar l'escala DASH per a la valoració funcional i la classificació d'Eaton i Litter per a l'estadi radiològic.

Resultats

Sèrie de 10 pacients, en 9 casos van ser dones i en 1 cas un home, amb una edat mitjana de 58 anys (rang de 50 a 67 anys). Sent la mà dominant en 5 ocasions, 5 mans dretes i 5 esquerres amb rizartrosi Eaton-Litter grau II en 5 pacients i grau III en 5 pacients. Després d'un any de seguiment mínim, el 40% no referien cap dolor i tots presentaven una valoració de 10 punts en l'escala de mobilitat de Kapandji. La puntuació mitjana en el qüestionari DASH va ser de 16,78. No s'han observat a la nostra sèrie complicacions descrites en la literatura. La totalitat dels pacients realitzen la seva activitat laboral i domèstica sense limitacions.

Conclusió

Considerem que les pròtesis tipus MAIA poden ser una bona alternativa de tractament de la rizartrosi grau II-III, aconseguint una mobilitat excel·lent amb un grau de satisfacció acceptable.

GENOLL ARTROPLASTIA

Dijous 30 de maig

Sala 1 - 16:45-17:30

Orals: CO-30 - CO-35

CO-30

MORBIMORTALITAT EN PACIENTS GRANS I RISC QUIRÚRGIC ELEVAT, INTERVINGUTS D'ARTROPLÀSTIA TOTAL DE GENOLL,

Daniel Silva González, Miguel Vázquez Gómez, Miguel Ángel Froufe Siota, Alejandro Hernández Martínez
Hospital Universitari de Girona

Introducció i objectius

L'artroplàstia total de genoll (ATG) ha demostrat millores significatives en les escales de dolor, funcionalitat i qualitat de vida en pacients afectats de gonartrosis avançada. Els riscos associats a aquesta cirurgia es correlacionen amb la presència de malalties concomitants i l'edat dels pacients. En l'actualitat l'escala de la Societat Americana d'Anestèsia (ASA) és l'índex pronòstic més utilitzat en aquest grup de pacients. No existeix consens sobre el risc/benefici de realitzar una ATG en pacients grans amb risc quirúrgic alt.

Objectives

L'objectiu principal d'aquest estudi és conèixer la morbiditat i mortalitat a curt termini dels pacients grans amb risc quirúrgic elevat sotmesos a una ATG.

Material i mètodes

Estudi retrospectiu de casos i controls 1:1. Els casos estan constituïts per pacients majors de 85 anys que van rebre pròtesi total de genoll en el nostre centre durant el període 2011-2017 i que presentaven una ASA score preoperatori de III. El grup control està constituït per pacients amb edats entre 70 i 84 anys aparellats per risc quirúrgic (ASA III) i sexe. Es va constituir un segon grup control de pacients amb un risc quirúrgic mitjà (ASA II) aparellat per edat (>85 anys) i sexe. Es van mesurar la taxa de mortalitat i la taxa de complicacions en els diferents grups d'estudi.

Resultats

La mostra consta de 20 casos amb una mitjana d'edat de 85,61 anys (85-87). Apariats amb 20 controls amb una mitjana d'edat de 74 anys (70-82). El subgrup de pacients amb edat > 85 anys i risc quirúrgic ASA II va presentar una mitjana d'edat de 85,5 anys (85-89). La taxa de mortalitat al final del

seguiment en el grup d'estudi va ser del 21,7% enfront del 4,7% en el grup control ($P > 0,05$). La taxa de mortalitat en els pacients > 85 anys i amb risc quirúrgic ASA II va ser del 13,3%. La taxa de complicacions en el grup d'estudi va ser del 13% enfront del 9,5% en el grup control i del 0% en el grup de >85 anys i ASA II ($p > 0,05$). La complicació més freqüent va ser la infecció periprotesi (2,6 vs 2,3%).

Conclusió

L'ATG en pacients majors de 85 anys no suposa un augment del risc de mortalitat, ni un augment significatiu de la morbiditat. No obstant l'índex pronòstic de risc quirúrgic ASA mostra ser un bon indicador de l'augment del risc de morbi-mortalitat independentment de l'edat dels pacients, per la qual l'estudi i classificació preoperatòria pot ser un instrument útil per a conèixer el risc de mortalitat i complicacions associades a aquest procediment.

CO-31

INFLUÈNCIA DE LA DISMETRIA EN PACIENTS AMB ARTROPLÀSTIA TOTAL DE GENOLL. INFLUÈNCIA DE LA OBLIQUITAT DEL FÈMUR DISTAL A LA PRÒTESI TOTAL DE GENOLL.

Alexandre Coelho Leal, Bruno Capurro Soler, Juan Francisco Sánchez Soler, Raul Torres Claramunt, Pedro Hinarejos Gómez, Juan Carlos Monllau García
Parc de Salut Mar, Barcelona

Introducció i objectius

Tot i que el canvi de longitud de l'extremitat a la Pròtesi Total de Genoll (PTG) ja hagi estat estudiada per alguns autors prèviament, estant tots d'acord en un lleuger allargament resultant, hi ha controvèrsia entre els articles publicats sobre la seva influència clínica.

Els objectius d'aquest estudi són:

- Determinar la Dismetria (D) relacionada amb la PTG, preoperatòria i postoperatòria.
- Correlacionar aquesta Dismetria (D) amb una escala de valoració del genoll.

Material i mètodes

Es van incloure tots els pacients consecutius intervinguts de PTG en un mateix centre durant un any per quatre cirurgians de la unitat de genoll, implantant 4 models de PTG primària, U2 (UOC), Triathlon (Stryker), Genutech (SURGIVAL) i NexGen (Zimmer).

Prèviament a la intervenció es va mesurar la D preoperatòria mitjançant radiografies telemètriques amb el sistema PACS (Picture Archiving and Communication System), utilitzant com a referència el sostre acetabular, i es va recollir l'escala de valoració Knee Society Score (KSS), escala genoll

(KSS R) i funció (KSS F). A l'any de la intervenció es van recollir les mateixes variables.

Es va realitzar un estudi de correlació de la D preoperatòria, postoperatòria i diferencial (canvi de dismetria) amb les escales KSS R i KSS F, preoperatòria, postoperatòria i diferencial (KSS postop-KSS preop).

Finalment, es va realitzar un estudi comparatiu de 2 grups postoperatoris en funció de la dismetria final, grup 1 (D menor a 1 cm) i grup 2 (D major o igual 1 cm).

Resultats

481 pacients van ser inclosos inicialment, tenint 21 pèrdues de seguiment per diferents motius, de manera que 460 van completar l'estudi.

La D mitjana preoperatòria va ser de -1.1mm i postoperatòria de 0.8mm, tenint com a resultat un allargament mitjà de l'extremitat intervinguda d'1.9 mm ($p < 0,001$).

No trobem correlació entre la D preoperatòria i el KSS R i F.

No trobem correlació entre la D postoperatòria i el KSS, excepte una correlació inversa feble ($r -0,1$) encara que significativa ($p 0,03$) amb KSS R postoperatori.

Hi trobem una correlació inversa també feble entre el diferencial de D i el diferencial de KSS R ($r -0,12$, $p 0,03$) i el diferencial de KSS F ($r -0,13$, $p 0,01$).

422 pacients es van incloure finalment en el grup 1 (menor o igual a 1 cm) i 38 pacients en el grup 2. Els grups van presentar una diferència significativa en el KSS F postoperatori (82,3 grup 1 vs 76,1 grup 2; $p 0,02$).

Conclusió

Secundàriament a una PTG allarguem l'extremitat una mitjana de 1.9 mm, invertint lleument la D prèvia.

La D preoperatòria no es correlaciona amb el KSS.

La D postoperatòria i diferencial de D es correlaciona de forma molt feble amb el KSS, podent-se considerar que no influeix en el resultat de la PTG.

Els pacients amb una D postoperatòria major o igual a 1 cm presenten pitjor resultat funcional postoperatori (KSS F).

CO-32

MESURA PRESSIÓ COMPARTIMENTAL ORTHOSENSOR EN PRÒTESIS DE GENOLL PRIMÀRIA.

Pere Mir Batlle, Francesc Sotos Ródenas, Miquel Pulgarín Domínguez, Josep Batlló Sabala, Carles Sabaté Grau
Hospital Sant Bernabé de Berga, Barcelona

Introducció i objectius

El sistema Verasense es pot utilitzar per diferents pròtesis de genoll (Smith&Nephew, Stryker, Zimmer,...) i fa servir un insert de plàstic (similar al polietilè) amb sensor a dins per

detectar les pressions al compartiment intern i a l'extern un cop posats els components de prova o els definitius. Després es retira i es col·loca el polietilè definitiu. No hi han estudis publicats sobre els valors enregistrats amb flexoextensió activa d'aquests malalts durant la cirurgia.

Material i mètodes

Cinc pacients sotmesos a pròtesis primària de genoll s'han mesurat les pressions compartimentals a 10°, 45° i 90° tant en estàtic com en dinàmic (flexió activa a 90° i extensió activa del pacient) durant la cirurgia.

Resultats

Els valors en estàtic (un cop realitzats els recuts i alliberació de parts toves escaient) han estat entre valors de 18 i 38 (lliures de pressió per mil·límetre quadrat) en els 10 compartiments estudiats (2 en cada genoll). Un cop s'ha demanat al pacient l'activació del genoll (flexoextensió activa) els valors han augmentat a valors entre 35 i 85. S'ha produït un augment preferent de les pressions en el compartiment extern (4 dels 5 casos). El sistema de pressions compartimentals estàtic (sense activació del pacient) s'utilitza com un dels sistemes de nivellar les parts toves amb els components de prova i de definitius. No hi han estudis publicats amb flexoextensió de genoll activa. Aquests resultats inicials que no només tradueixen un augment de pressions amb flexoextensió activa, sino una asimetria entre aquests augments, podria fer replantejar globalment el sistema de navegació en pròtesis de genoll perquè s'hauria de replantejar les mesures amb flexoextensió activa del genoll.

Conclusió

La utilització del Sistema Versasense (Orthosensor R) en Pròtesis de Genoll primària amb la mobilització activa durant la cirurgia permet veure un augment de pressions de 2 a 3 vegades els valors estàtics convencionals i amb asimetria entre els dos compartiments.

CO-33

MODIFICACIÓ DE LA INTERLÍNIA ARTICULAR EN PRÒTESI TOTAL DE GENOLL PRIMÀRIA NAVEGADA VERSUS NO NAVEGADA.

Albert Alabat Roca, Alejandro Rodríguez Tapia, Indhya Lucía Sánchez Leo, Nikol Nentcheva Alexieva, Lluís Marull Serra, Ignacio De Loyola García Forcada
Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona

Introducció i objectius

Preservar la interlínia articular es considera un objectiu bàsic en l'obtenció d'un resultat òptim en la pròtesi total de

genoll. El desplaçament proximal de la interlínia respecte els paràmetres normals s'associa a "patella baixa" amb inestabilitat i pèrdua de balanç articular del genoll. Tantmateix, el desplaçament distal s'associa a subluxació rotuliana i dolor retropatellar.

Les tècniques de navegació s'han introduït en la cirurgia protèsica per aconseguir una òptima posició dels implants tant en l'alineació com en la situació de la interlínia articular.

Comparar la posició de la interlínia articular entre un grup de pròtesi total de genoll primàries implantades mitjançant tècnica estàndard amb un altre grup navegades.

Material i mètodes

Es descriuen retrospectivament dos grups de 25 pacients amb gonartrosi primària comparables entre si (grup no navegat NNA versus navegat NA), amb el mateix tipus protètic i amb preservació del lligament creuat posterior (CR). Mitjana d'edat x 72.32 anys. Es determina radiològicament l'alineació de la pròtesi i la situació de la interlínia articular segons el mètode de Kawamura en radiografia en AP telemètrica en càrrega digitalitzada pre- i postquirúrgica a l'any, valorant normal un desviament de la interlínia < 5mm. Seguiment clínic radiològic de x 2.3 anys.

Es comparen diferents variables: IMC, balanç articular, escales de valoració funcional KSS pre- i postquirúrgiques a l'any de la intervenció, índex de comorbilitat de Charlson i altres dades demogràfiques en tots dos grups.

Resultats

En el grup de pròtesis no navegades s'obté un augment de 0.72 mm en la mesura de la interlínia articular respecte les preoperatòries. En el grup de pròtesis navegades la diferència és de 0.92 mm. Es realitza una regressió lineal multivariada on no es troben diferències estadísticament significatives p-valor 0.9942 comparant la mitjana de tots dos grups. Tampoc és significatiu respecte les altres covariables estudiades p 0.3825. Es comparen estadísticament 5 pròtesi (3 NNA; 2 NA) amb un desviament >5 mm en la interlínia articular en el seguiment amb les altres pròtesis. Es realitza una regressió logística multivariada sense observar diferència en cap de les variables.

Conclusió

Tant la cirurgia protètica convencional com la cirurgia navegada ens permeten aconseguir una precisa reconstrucció de la interlínia articular. La cirurgia navegada no ha obtingut resultats millors respecte la convencional. Necessitem una n major per poder obtenir diferències significatives entre els dos grups.

CO-34

ESTUDI PROSPECTIU ALEATORITZAT EN PACIENTS OPERATS DE PTG EN UNA GUIA CLÍNICA DE RECUPERACIÓ RÀPIDA AMB ISQUÈMIA I SENSE ISQUÈMIA.

Rodrigo Luna Gutiérrez, Mercè Torra Parra, Laura Sola Ruano, Josep Lluís Cabre Serres, Daniel Haro Fernández, David Mateu Vicent
Hospital Universitari Mútua Terrassa, Barcelona

Introducció i objectius

Els circuits de recuperació ràpida en cirurgia protèsica pretenen reduir la morbiditat, mortalitat i convalescència del pacient, així com disminuir els dies d'ingrés i augmentar la seva satisfacció. Per aconseguir una ràpida recuperació i rehabilitació és prioritari el control del dolor. El torniquet durant la cirurgia és una de les possibles causes de dolor. En recents publicacions s'ha vist que reduint el temps i la pressió del mateix no té un efecte tan negatiu. L'objectiu de l'estudi es valorar l'efecte del torniquet a baixes pressions en amb pacients intervinguts de pròtesis total de genoll (PTG) pel que fa el dolor postoperatori i força muscular del quàdriceps als 10 dies de la intervenció.

Material i mètodes

Es tracta d'un assaig clínic prospectiu aleatoritzat des de març del 2016 fins a març del 2018 on es van incloure 68 pacients intervinguts de PTG mitjançant una guia clínica de recuperació ràpida. Els pacients són assignats al grup experimental (torniquet) o grup control (no torniquet) mitjançant aleatorització simple mitjançant programes informàtics. En el grup experimental es realitza expressió i col·locació del torniquet a 100mmHg per sobre de la pressió arterial sistòlica (PAs) abans de la incisió quirúrgica i fins a finalitzar la tècnica de cimentació.

No hi ha diferències entre grups pel que fa la tècnica quirúrgica i aplicació d'infiltració periarticular d'anestèsic local. En tots dos grups s'administra àcid tranexàmic 15 mg/kg intraoperatoriament i a les 3 hores post-intervenció segons el nostre protocol. En pacients amb contraindicació per a l'administració d'àcid tranexàmic per via endovenosa es va realitzar la injecció de 2 g d'àcid tranexàmic intraarticular.

Els criteris d'exclusió són: cirurgia major prèvia al mateix genoll, impossibilitat de flexionar > 90°, artritis reumatoide, al·lèrgia als analgèsics o anestèsics inclosos en el protocol, cirurgia vascular prèvia de l'extremitat, insuficiència venosa severa o limfedema crònic.

Les variables recollides són per valorar el dolor postoperatori la escala EVA durant les primeres 24 hores, el consum d'opiacis de rescat durant l'ingrés (sulfat de morfina - Sevredol® 10 mg), el descens d'hemoglobina les primeres

24 hores, el temps de les cirurgies i el dèficit de força d'extensió del quàdriceps els 10 dies postintervenció. Mitjançant la prova amb dinamòmetre isocinètic (Cybex®) hem calculat el percentatge de dèficit d'extensió del genoll intervinguda a 60° respecte al valor del mateix genoll preoperatoriament.

Resultats

S'ha realitzat l'anàlisi de les dades mitjançant t de Student, amb un temps mitjà de cirurgia de 72.7 minuts en el grup control i 74.8 en el grup experimental ($p = 0.33$) i un temps mig d'isquèmia de 63.9. Pel que fa al dolor, el grup control van presentar una mitjana durant les primeres 24 hores de 1.9 enfront dels 2.2 del grup experimental ($p = 0.55$). El consum de mòrfics al grup control va tenir una mitjana durant l'ingrés d'17,7mg de sulfat de morfina vs 22.5mg del grup experimental ($p = 0.185$).

El descens d'hemoglobina les primeres 24 hores va ser de 2.8 mg/dl al grup control respecte a 2.5mg/dl en el grup experimental ($p = 0.135$).

Finalment, respecte a la força hem trobat un dèficit del 64% en el grup control vs 66% en el grup experimental ($p = 0.8$).

Conclusió

El nostre estudi ha demostrat que en pacients intervinguts de pròtesi de genoll amb isquèmia durant un temps limitat i a baixes pressions, (100mmHG per sobre de la PAs), no s'han observat diferències significatives en els paràmetres estudiats, sent un mètode segur i que no interfereix en els programes de recuperació ràpida.

CO-35

COM AFECTA LA MOBILITAT PASSIVA POSTOPERATÒRIA EN EL RESULTAT FUNCIONAL I LA FERIDA QUIRÚRGICA DE UNA ARTROPLÀSTIA TOTAL DE GENOLL. ESTUDI PROSPECTIU ALEATORITZAT.

Albert Barrera Sancho, Sergi Gil González, Antoni López Pujol, Enrique Fernández Bengoa, Hussein Berjaoui Najib, Xavier Pelfort López
Hospital d'Igualada, Barcelona

Introducció i objectius

Històricament s'ha utilitzat la mobilitat passiva continua (CPM) per millorar la mobilitat del genoll i prevenir la formació d'adherències que causen rigidesa articular (1.3%) després de la implantació de una pròtesis total de genoll (PTG).

Però l'elevat preu de l'aparell, la no supervisió continuada durant la utilització i la dubtosa eficàcia en quant a guany de mobilitat, especialment al que refereix a la flexió, replanteja

la utilització d'aquest tipus de teràpia. A més es desconeix la influència que aquesta teràpia pot tenir sobre la ferida quirúrgica.

Davant d'aquestes dades, ens plantejem realitzar un estudi prospectiu aleatoritzat amb l'objectiu principal d'avaluar si la utilització de la CPM en el postoperatori millora el balanç articular dels pacients intervinguts de PTG respecte a una pauta d'exercicis autoassistits convencionals. L'objectiu secundari fou valorar si existeix influència entre la utilització o no de la CPM i l'estat de la ferida quirúrgica d'una PTG.

Material i mètodes

Entre gener i desembre del 2018 es va realitzar un estudi prospectiu aleatoritzat on es van incloure 180 pacients intervinguts de PTG primària.

Aquests van ser randomitzats amb l'objectiu de rebre el protocol estàndard de rehabilitació postoperatori més la CPM o el mateix protocol sense CPM després de la implantació de la PTG primària. Es va realitzar un anàlisi a doble cec de les següents variables: mobilitat del genoll mitjançant un goniòmetre digital en el 1er, 2n i 3er dia postoperatori, i a les 2, 6 i 12 setmanes del seguiment, el dolor postoperatori mitjançant l'escala analògica visual (EVA) i l'aspecte de la ferida mitjançant el «surgical wound aspect score» (SWAS) a les 48 hores de la intervenció. Aquesta escala analitza 5 ítems: tumefacció, eritema, hematoma, drenatge i flictenes, otorgant-li un valor de 0 a 2 punts a cada ítem en funció de la gravetat, obtenint una puntuació total de 0 a 10, sent 10 el pitjor aspecte de la ferida.

Resultats

L'anàlisi estadístic es va realitzar utilitzant el SPSS Statistics, amb un nivell de significació del 0.05. En el grup que se li va aplicar el CPM es van incloure 85 pacients i en el grup sense CPM van ser 95. Els dos grups van ser comparables respecte a les variables demogràfiques de edat i sexe. No es van observar diferències estadísticament significatives ni clínicament rellevants en quant a l'extensió, flexió o rang de mobilitat entre ambdós grups. Destacant la flexió com a paràmetre més important del guany respecte l'aplicació del CPM, no van haver-hi diferències estadísticament significatives entre ambdós grups en cap dels dies avaluats.

No es van trobar diferències estadísticament significatives en relació a l'aspecte de la ferida quirúrgica entre ambdós grups, ni en la puntuació total ($p=0.14$) ni en cada un dels ítems analitzats. Tampoc van existir diferències estadísticament significatives en el dolor postoperatori en cap dia analitzat durant el postoperatori.

Cap pacient va patir rigidesa articular postoperatoria que requerís la realització de cap procediment quirúrgic o mobilització forçada.

Conclusió

A la literatura disposem d'articles contradictoris respecte la utilització de la teràpia de CPM. Mentre els més recents no mostren benefici significatiu en el guany de mobilitat del genoll operat respecte a la no utilització del CPM ni en una millora del control postoperatori, altres defensen la seva utilització ja que si obtenen millors resultats per el que fa al guany de la mobilitat.

Concloem que l'aplicació de la CPM no aporta beneficis als nostres pacient operats de PTG pel que fa a la milloria de mobilitat o disminució del dolor. Tampoc es va trobar relació entre la utilització o no de la CPM i l'aspecte postoperatori de la ferida quirúrgica.

MILLORS CARTELLS CIENTÍFICS

Dijous 30 de maig

Auditori - 17:30-18:30

Orals: CO-36 - CO-45

CO-36

SAGNAT EN L'ARTROSCÒPIA DE MALUC. MANEIG DE LA PÈRDUA SANGUÍNIA AMB ÀCID TRANEXÀMIC.

David Barastegui Fernández¹, Robert Seijas Vázquez²,
Wenceslao Espinosa Soldevilla³, Jordi Navarro Lorente¹,
Xavier Cuscó Segarra³, Ramon Cugat Bertomeu¹

1. Artroscopia GC. Fundació García Cugat. Mutualitat Catalana de Futbolistes. Hospital Quirónsalud Barcelona
2. Artroscopia GC. Fundació García Cugat. Universitat Internacional de Catalunya. Hospital Quirónsalud Barcelona
3. Artroscopia GC. Fundació García Cugat. Hospital Quirónsalud Barcelona

Introducció i objectius

En els últims 20 anys, l'ús de l'artroscòpia de maluc ha augmentat exponencialment, tot i la seva corba d'aprenentatge i la dificultat de triangulació, pel tractament de patologies con les lesions labrals o el pinçament femoroacetabular.

Son nombroses les publicacions que descriuen complicacions d'aquesta tècnica, recentment una d'elles es el sagnat postoperatori que, tot i ser de baix impacte clínic, es important de tenir en compte en pacients amb un risc especial (anecedents cardiovascular o anèmies).

L'àcid tranexàmic té un efecte antifibrinolític que inhibeix l'activació del plasminògen en plasmina. L'ATX redueix el sagnat en artroplasties de maluc i genoll sense incrementar les complicacions.

No existeixen estudis publicats que valorin l'eficàcia del ATX en el context de l'artroscòpia de maluc i és per això que el present estudi te com a objectiu avaluar la eficàcia de l'ATX en el sagnat en les artroscòpies de maluc.

Material i mètodes

Estudi prospectiu sequencial realitzat entre setembre de 2012 i abril de 2015 amb 3 grups consecutius de pacients sotmesos a artroscòpia de maluc, dividits en 3 grups (A: control, B: grup ATX bolus, C: grup perfusió ATX) de 35 pacients cadascun.

Els criteris d'inclusió foren: pacients sotmesos a artroscòpia de maluc, diagnòstic de pinçament femoroacetabular, tipus

cam, edat superior a 18 anys i nivells preoperatoris d'hemoglobina i hematòcrit normals.

En el grup A (control) es va avaluar els nivells d'Hb i hematòcrit de forma observacional, pre i a les 24 postoperatories. En el grup B (bolus), es va aplicar una dosi en bolus de 10 mg/kg 30 minuts abans de la cirurgia. Al grup C (perfusió) els pacients van rebre ATX en bolus 10 mg/kg i una perfusió continua intraoperatòria de 2mg / kg / h.

Tots els pacients van ser avaluats i intervinguts tant a nivell quirúrgic com anestèsic pel mateix equip, signant el consentiment informat sobre l'estudi prèviament i éssent acceptat pel comitè d'ètica de l'hospital.

Resultats

Es van incloure 105 pacients comparant les variables demogràfiques ntre els tres grups, sense observar diferències entre ells.

En el grupo A, la mitjana pre i postoperatoria d'hematòcrit fou de 42.07% (DE 2.96) i 35.77 (DE 3.90). En el grup B (bolus) de 42.26% (DE 4.57) i 37.18% (DE 4.60). La mitjana de pèrdua de hematòcrit en grupo A va ser -6.30% (DE 2.63), mentre que en el grup bolus fou -5.08% (DE 2.45). Respecte l'hemoglobina es va observar uns 14.08 g / dL (DE 1.32) i 11.91 g / dL (DE 1.51) pre i post al grup A. En el grup B van ser 14.30 g / dL (DE 1.65) i 12.46 g / dL (DE 1.73). Les diferències van ser -2.16 g / dL (SD 0.96) en el grup A i -1.84 g / dL (DE 0.78) en el grupo B. NO es van observar diferències significatives entre els grups A i B.

El grup C va mostrar una hemoglobina 14.52 g / dL (DE 1.24) i 13.34 g / dL (DE 1.46), pre i postop. La pèrdua va ser de -1.18 g / dL (DE 0.99) respecte A (p = 0.0001). Comparant B i C, observem diferències significatives entre ambdos grups tant per hematòcrit (p = 0.002) com per a hemoglobina (p = 0.003).

Conclusió

En el present estudi s'ha observat una menor pèrdua de sang en els pacients tractats amb ATX en perfusió contínua, sense ésser efectiva en bolus simple tot i que les pèrdues hemàtiques no han suposat alteracions clíniques en cap dels grups.

L'administració d'ATX en perfusió ha demostrat ésser un mètode eficaç per a controlar el sagnat en artroscòpia de maluc, reduint significativament la pèrdua dels nivells d'hemoglobina i hematòcrit a les 24 hores postoperatories.

CO-37

LUXACIÓ GLENOHUMERAL POSTERIOR AMB LESIÓ DE HILL-SACHS INVERSA: ÚS DE LA IMPRESSIÓ 3D EN EL DISSENY DEL EMPILT OSTEOCONDRALE.

Montserrat Monfort Mira, Ferrán Fillat Gomà, Mònica Salomó Domènech, Mariano Yuguero Rodríguez, Pere Torner Pifarré

Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

Introducció i objectius

La luxació posterior traumàtica d'espatlla és poc freqüent i representa <3% de totes les luxacions d'espatlla. Les luxacions amb fractura concomitant del coll o de les tuberositats anatòmiques s'haurien de considerar a part de les luxacions simples. Aquest darrer grup hauria d'incloure les associades a una fractura per impactació del cap humeral anteromedial (lesió inversa de Hill-Sachs) present en un 40 a un 90% dels pacients amb una luxació inicial. El tractament d'aquestes lesions complexes inclou una àmplia varietat de tècniques reconstructives, incloent-hi l'al·loempelt osteocondral.

La integració de la impressió 3D en la planificació preoperatòria permet una medicina personalitzada. Mitjançant les imatges de TC de cada pacient, podem obtenir models anatòmics a gran escala i utilitzar-los durant la cirurgia per obtenir la mida òptima de l'al·loempelt.

Conèixer el defecte volumètric exacte també optimitza l'elecció de l'al·loempelt més adient. Actualment, aquest procés encara es realitza manualment pels cirurgians el mateix dia de la cirurgia.

Presentem la nostra tècnica quirúrgica per tractar una fractura-luxació d'espatlla en 2 parts mitjançant al·loempelt de cap femoral assistit per un model imprès en 3D.

Material i mètodes

Dona de 69 anys presenta fractura-luxació d'espatlla en 2 parts posterior a crisi convulsiva. Després de l'avaluació de la lesió mitjançant la tomografia computeritzada, es va realitzar una reducció oberta i fixació interna (placa PHILOS) a través d'un abordatge deltopectoral. Tot i avaluar l'estabilitat intraoperatòria, en la radiografia de control postoperatòria es va evidenciar una nova luxació posterior.

Una nova TC mostrava un defecte del cap humeral corresponent al 30% de la superfície articular. Es va realitzar una segona cirurgia.

Per a l'obtenció i disseny de l'al·loempelt de cap de fèmur, es va utilitzar un model específic de la pacient imprès en 3D. L'empelt es va fixar al defecte mitjançant 2 visos canul·lats. En el postoperatori, la pacient es va immobilitzar en rotació neutra i abducció durant 5 setmanes.

Resultats

Segons la nostra experiència, mitjançant l'ús d'un model específic imprès en 3D, l'obtenció de l'al·loempelt és més fàcil i ràpida. Aquest s'ajusta amb precisió al defecte ossi i les radiografies de control posteriors mostren una restauració correcta del defecte del cap humeral i recuperació de la congruència articular glenohumeral.

Conclusió

L'ús d'un model específic imprès en 3D ha permès un disseny i un dimensionament exacte de l'al·loempelt. En conseqüència, aquesta eina pot evitar significativament els errors de mida, reduir la incidència de complicacions i reduir el temps quirúrgic. Es necessiten estudis clínics addicionals per demostrar la viabilitat i la reproductibilitat per a la integració d'aquesta eina en la pràctica clínica diària.

CO-38

SÍNDROME DE TREVOR: MANEIG ARTROSCÒPIC DE LESIONS AL TURMELL EN TRES CASOS AMB ALMENYS 5 ANYS DE SEGUIMENT.

Jaime J. Brajones Ruiz-Canela¹, David Moreno Romo², Victor Antonio Rodríguez Roiz³, Ferrán Torner Rubies², Hector Corrales López¹

1. Hospital Joan XXIII, Tarragona

2. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona

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

Introducció i objectius

La síndrome de Trevor, també conegut com displàsia epifisària hemimèlica és una malaltia rara que afecta 1 de cada milió de nascuts. Les lesions histològicament corresponen a osteocondromes de localització epifisària i solen aparèixer en genoll, turmell i / o peu. El seu tractament ha de ser sempre personalitzat i precoç atès que la localització articular ocasionarà el deteriorament funcional. En moltes ocasions, el tractament es difereix davant la dificultat del diagnòstic diferencial d'aquestes lesions.

Mitjançant la presentació de tres casos exposant el seu tractament i seguiment posterior volem incidir en l'adequació del tractament artroscòpic de les lesions que ho permetin.

Material i mètodes

Presentem tres pacients amb 6, 7 i 10 anys que van ser intervinguts d'una lesió simptomàtica localitzada a nivell de la cúpula astragalina en els seus marges posterior i intern. Es va dur a terme la resecció artroscòpica de la lesió articular i una regularització del llit. Exposem, per tant, el diagnòstic i estudi de la lesió, la tècnica realitzada, el seguiment posterior

i el resultat final. Així mateix, es realitza una contextualització dins la literatura existent.

Resultats

Als 3 mesos de la primera intervenció tots els pacients es trobaven asimptomàtics i realitzaven vida normal. Els controls radiogràfics posen de manifest la remodelació articular. En la revisió realitzada als 5 anys de la primera cirurgia els pacients presenten un balanç articular complet i practiquen esports d'impacte sense limitacions. Es mostren, per tant, totalment asimptomàtics.

Conclusió

El tractament artroscòpic de les lesions simptomàtiques que ho permeten en la Síndrome de Trevor presenta mínima morbiditat i la possibilitat de visualitzar directament l'articulació per valorar l'adequació de la resecció. Es tracta per tant d'una aproximació vàlida i recomanable tenint en compte la literatura i els resultats obtinguts.

CO-39

FIXACIÓ ARTROSCÒPICA DE BANKART OSSI DESPLAÇAT DESPRÉS DE PRIMER EPISODI DE LUXACIÓ TRAUMÀTICA D'ESPATLLA, SEGUIMENT ALS 2 ANYS.

Jordi Cuñé Sala, Víctor Melero Tercero, Pere Fillat Casas, Jordi Castellanos Robles
Hospital General de Sant Boi de Llobregat, Barcelona

Introducció i objectius

El terme Bankart ossi es sol utilitzar per referir-se a la fractura del marge antero-inferior de la glena que sol produir-se en el context d'una luxació d'espatlla.

La prevalença de fractures o erosions del marge antero inferior de la glena en pacients que presenten luxacions recidivants de l'espatlla sol ser entre un 8 a un 73% segons les series en la literatura. Tanmateix no hi ha informació en la literatura de casos de pacients afectes després d'un primer episodi.

Material i mètodes

Presentem el cas d'un pacient de 35 anys que va ser traslladat a urgències després de patir un accident de trànsit sent diagnosticat de luxació antero-inferior d'espatlla esquerra (imatge 1). Es va realitzar reducció de la luxació sota sedació i en la radiografia (Rx) de control (imatge 2) es va evidenciar la presència d'un fragment lliure interposat entre la glena i el cap humeral.

Es va realitzar un TC amb reconstrucció 3D (imatge 3) on es va evidenciar la presència d'un fragment osteocondral d'uns 15 mm desplaçat, interposat entre el cap humeral i la part

superior de la glena, procedent del marge antero inferior de la glena (Bankart ossi). Així mateix es va evidenciar una fractura enfonsament del marge supero extern del cap humeral (lesió de Hill-Sachs).

Resultats

Després de revisar la literatura sobre les possibilitats terapèutiques es va optar per realitzar una artroscòpia d'espatlla amb reducció del fragment, fixació del mateix mitjançant "Smart nails" (Conmed) i una reinserció del labrum anterior mitjançant implants tipus tot fil (Stryker) (imatge 4) al evidenciar-se una desinserció del mateix.

Després de la intervenció es va immobilitzar el pacient durant 3 setmanes i posteriorment va iniciar la rehabilitació.

Al cap de dos anys de seguiment el pacient presentava una antepulsió i una abducció activa d'uns 170 graus, amb una rotació interna a nivell de L1 i una rotació externa amb mà al cap i colze enrere. El pacient no ha presentat nous episodis d'instabilitat i pot realitzar les activitats de la vida diària sense dolor. En la última Rx de control (imatge 5) es va apreciar una correcta consolidació del fragment, mantenint-se en la seva localització sense apreciar-se signes degeneratius articulars.

Conclusió

Després d'un episodi de luxació traumàtica d'espatlla és important tenir en compte les lesions associades que poden aparèixer. Segons la literatura la lesió més prevalent es la lesió de Bankart (97.11%), sent la segona la lesió de Hill-Sachs (93.26%), mentre que les lesions tipus Bankart ossi representen un 10,57%, sent la lesió del manegot del rotadors amb un 1,8% la menys freqüent, tot i que augmenta en relació amb l'edat del pacient.

Mentre que per alguns autors les lesions associades solen ser més freqüents en pacients afectes de luxacions recidivants, altres autors no han trobat diferències entre les luxacions cròniques i les agudes.

Les fractures o erosions del marge anteroinferior solen anar associades a lesions del labrum o de la càpsula articular per lo que solen quedar circumscrites al marge anteroinferior de la glena. La singularitat del nostre cas, és que el fragment es desplaça a nivell superior, quedant interposat a nivell intraarticular amb els possibles efectes nocius, que això comportaria per l'articulació.

Pel que fa al tipus de tractament, estan descrites diferents tipus de tècniques quirúrgiques ja sigui mitjançant artrotomia, artroscòpia amb mini-open o artroscòpia, sent important reduir el fragment i tractar les lesions de parts toves que habitualment, es troben associades.

CO-40

ARTROPLÀSTIA TOTAL DE MALUC EN DEFORMITAT DEL FÈMUR PROXIMAL.

Emili Cañete Carril, Sara González Sanchez, Carlos Urbina Huaraca, Georgina Codina Frutos, Enric Cruz Olivé
Hospital General de Granollers, Barcelona

Introducció i objectius

Les alteracions de l'anatomia del fèmur proximal representen un repte pel cirurgià ortopèdic en el moment d'implantar una artroplàstia total de maluc. Presentem un cas clínic tot plantejant diferents opcions terapèutiques, així com el resultat clínic i radiològic obtingut.

Material i mètodes

Es presenta el cas d'un pacient de 63 anys, antecedent d'accident de trànsit als 15 anys amb fractura femoral bilateral. El fèmur esquerre va ser intervingut amb una placa que es va retirar a les poques setmanes per infecció, tractant-se posteriorment de manera ortopèdica. El fèmur dret es va tractar amb un clau endomedul·lar. El pacient acudeix a la consulta per dolor a ambdós malucs, predominantment al costat esquerre, a l'exploració presentava una mobilitat del maluc esquerre de 70° flexió, extensió conservada i 5° de rotació interna i externa, amb una dismetria de 2 cm a favor de l'extremitat inferior dreta. L'estudi radiològic simple mostrava una coxartrosi evolucionada bilateral. Es proposa tractament quirúrgic substitutiu del maluc esquerre, plantejant-nos diferents opcions envers el tipus d'artroplàstia i la correcció de la deformitat:

1. Artroplàstia de recobriment
2. Artroplàstia amb mini vàstag
3. Osteotomia correctora dels eixos femoral més artroplàstia, en un temps o amb dos temps.

Vàrem realitzar una osteotomia femoral triplanar, per tal de corregir l'eix femoral, i vàrem implantar una artroplàstia total amb vàstag de revisió i còtila de doble mobilitat en un mateix temps.

Resultats

El pacient va seguir un curs postoperatori favorable, amb desaparició del dolor, millora del balanç articular i correcció de la longitud de les extremitats inferiors.

Actualment, no presenta dolor al maluc esquerre, deambula amb una crossa per coxalgia dreta, és troba a l'espera de tractament protètic al maluc dret.

Conclusió

Considerem com opció vàlida de tractament la realització d'una osteotomia correctora i la implantació d'una

artroplàstia total de maluc en un sol temps per restablir l'anatomia i la funcionalitat del maluc en pacients amb alteracions de l'eix femoral com a seqüela de traumatisme.

CO-41

PSEUDOTUMOR DESPRÉS D'UNA ARTROPLÀSTIA TOTAL DE MALUC.

Sara González Sánchez, Carlos Antón Fernández, Carlos Urbina Huaraca, Montserrat Mitjans Cubells, Emili Cañete Carril, Enric Cruz Olivé
Hospital General de Granollers, Barcelona

Introducció i objectius

L'aparició de pseudotumors després d'una artroplàstia total de maluc és una complicació recollida en la literatura mèdica amb una incidència aproximada del 2%, podent suposar del 0,7 al 3% de totes les revisions de pròtesi total de maluc. El seu origen es relaciona amb la utilització de parells de fricció metall-metall o a la corrosió derivada de la fricció entre caps metàl·lics i el coll protètic (trunionosi).

Les manifestacions clíniques són variables i les proves d'imatge i nivells d'ions en sang són claus pel diagnòstic.

Material i mètodes

El cas que ens ocupa és una pacient intervinguda de pròtesi total de maluc, 6 anys enrere, que consulta per l'aparició d'una tumoració engonal hiperpigmentada, no dolorosa local ni articularment.

Realitzats estudis radiològics, ecogràfics, analítics i altres proves d'imatge com la TAC i la RMN s'orienta com un cas de pseudotumor en relació a metal·losi i es decideix intervenir quirúrgicament.

Intraoperatoriament es va objectivar trunionosi al coll de l'implant femoral i es va optar per la neteja i el canvi de components mòbils interposant una camisa de titani entre cap i coll. No es va recambiar el component femoral donada l'absència de signes clínics, radiològics i intraoperatoris d'afluïxament del mateix.

Resultats

Es va descartar infecció periimplant concomitant i l'anatomia patològica de la lesió traduïa inflamació crònica sense signes inflamatoris. La pacient va seguir un curs postoperatori favorable, sense incidències en la ferida quirúrgica ni en la situació funcional.

Conclusió

El recanvi de components mòbils interposant una camisa de titani entre cap i coll pot ser una alternativa útil en els

casos de trunionosi amb una bona osteointegració del component femoral.

CO-42

RECONSTRUCCIÓ DEL CAPITELLUM HUMERAL MITJANÇANT PENJALL VASCULARITZAT DEL CAP DEL SEGON METATARSÀ.

Óscar Izquierdo Corres, Pilar Aparicio García, José Ernesto Torres Darias, Juan Castellanos Robles

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

Introducció i objectius

Presentem la reconstrucció del capitellum tras una ROFI fallida, mitjançant la transferència vascularitzada del cap i diàfisis del segon metatars. Segons el nostre coneixement és la primera referència d'aquesta transferència per aquest us, si bé el metatars ha estat utilitzar per la reconstrucció d'altres articulacions.

Objectiu: Presentar les possibilitats de reconstrucció del capitellum humeral a propòsit d'un cas resolt mitjançant la transferència vascularitzada del cap del 2on metatarsià.

Material i mètodes

Es tracta d'una pacient de 53 anys que va patir fractura comminuta del capitellum del colze esquerra que va ser tractada mitjançant ROFI amb cargols canulats. Durant el control postoperatori es va objectivar un desplaçament secundari de la fractura.

El control mitjançant TC va mostrar una fractura comminuta amb poques possibilitats per a la síntesi interfragmentària més una afectació de la columna lateral de l'húmer, per la qual cosa es va proposar una cirurgia reconstructiva mitjançant el trasplantament vascularitzat del cap + diàfisi del tercer metatarsià del peu.

La cirurgia va ser realitzada mitjançant 2 equips quirúrgics. El primer equip va realitzar el desbridament de la fractura del capitellum mitjançant una via d'abordatge lateral i va realitzar la preparació dels vasos radials per l'anastomosi del penjoll. El segon equip va dur a terme l'obtenció del segon metatarsià del peu esquerre pediculat pels vasos pedis. La transferència es va realitzar en forma lliure amb anastomosi en forma terminolateral a l'artèria radial i en forma terminoterminal a la vena radial. La síntesi es va realitzar mitjançant 2 cargols canulats des de la cortical del tercer metatarsià fins a la cortical lateral de l'húmer.

Resultats

Després d'un seguiment de 13 mesos, el balanç articular aconseguit va ser de 120° de flexió i -25° d'extensió. Es va

aconseguir una estabilitat complerta del colze. La pacient va referir un dolor segons l' EVA d'1.

La puntuació al DASH va ser de 32.5 i al SF36 de 70,2.

Les imatges radiogràfiques van demostrar una correcta integració de l'implant i viabilitat del mateix.

Els controls radiogràfics de la zona donant no van objectivar una tendència al desenvolupament de hallux valgus, realitzant marxa amb ajuda d'una plantilla ortopèdica.

La pacient es va reincorporar a les seves activitats diàries.

Conclusió

La transferència vascularitzada des del peu és una tècnica vàlida per a la reconstrucció del capitellum en fractures no sintetitzables principalment quan està afectada la columna lateral de l'húmer.

Les complicacions a la zona donant són mínimes sense afectació a la marxa

CO-43

SUTURA PERCUTÀNIA BARBADA EN LA RUPTURA AGUDA DEL TENDÓ AQUIL·LES.

Pere Mir Batlle, Miquel Pulgarín Domínguez, Carles Sabaté Grau, Cristian Canova Kalory, Francesc Sotos Ródenas
Hospital Sant Bernabé de Berga, Barcelona

Introducció i objectius

El tractament agut de la ruptura complerta del tendó d'Aquil·les s'ha d'adaptar a les circumstàncies de cada pacient. El tractament quirúrgic redueix l'índex de reruptures i augmenta la força del tríceps però presenta complicacions cutànies i neurològiques (nervi sural). Les tècniques percutànies busquen reduir les complicacions mantenint els millors resultats de la reparació quirúrgica.

La sutura barbada ha estat utilitzada per la reparació de tendons flexors però no ha estat descrita la seva utilització en grans tendons.

Material i mètodes

Presentem 23 pacients sotmesos a la reparació quirúrgica de la ruptura del tendó Aquil·les en el període 2014-2019 per mitjà d'una sutura percutània amb sutura barbada (sutura Quill del 2, Angiotech). La tècnica es realitza amb sis incisions cutànies, uns 3 cm proximals a la ruptura (2), a nivell de la ruptura (2) i 3 cm distal a ella (2). Aquestes incisions son laterals a excepció de la més proximal externa que és posterior. La sutura barbada permet no fer nusos, multianclar les restes de tendó trencat i reduir tant com es vulgui el tancament del tendó. Els 14 darrers malalts es fa control ecogràfic a quiròfan previ i posterior al tancament.

El postoperatori cursa amb 3 setmanes de fèrula curta amb equí, bota de càrrega (Walker) x 3 setmanes amb talonera

posterior que es redueix setmanalment, turmell lliure a les 6 setmanes i autorització esportiva als 4 mesos. La fisioteràpia s'inicia a les 3 setmanes (al retirar la fèrula).

Resultats

S'ha avaluat en el seguiment de 34 mesos (3-50 mesos) el temps de retorn a activitats esportives, complicacions i resultat final (dolor, força i activitat). Un pacient es descarta del seguiment perquè es produeix una reruptura al demanar-li que faci un salt en vertical als 2 mesos de seguiment. Dels 22 pacients avaluats tots ells retornen a la seva activitat prèvia als 4.5 mesos (3-9 mesos), els 15 que fan esport retornen al seu esport de base. La força és similar al contralateral en 20 dels 22 pacients. Dos pacients presenten complicacions en nervi sural (un disestesies i un hipoestèsia) en la sèrie inicial de casos. Cap complicació cutània.

Conclusió

La cirurgia percutània amb sutura barbada en aporta les avantatges de la sutura barbada (absència de nusos, multianclatge i elevada resistència) i de les tècniques percutànies (rehabilitació accelerada, minimitzar complicacions cutànies i neurals). Aquesta tècnica ens permet escurçar els temps de recuperació amb uns bons resultats clínics.

CO-44

TUMOR NEUROECTODÈRMIC MELANOCÍTIC DE LA INFÀNCIA EN ELS TEIXITS TOUS DE LA CAMA: A PROPÒSIT D'UN CAS.

Maria Mercè Oliveras Font, Diego Gutiérrez De La Iglesia, Víctor Manuel Apráez Portilla, Borja Guarch Ibáñez, María Camós Carreras, Miguel Ángel Froufe Siota
Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona

Introducció i objectius

El tumor neuroectodèrmic melanocític de la infància (TNEM) es tracta d'un tumor poc freqüent i benigne, derivat de la cresta neural, que sol presentar-se en infants durant el primer any de vida.

La majoria de TNEM (90%) es localitzen a la regió del cap i coll, sent el maxil·lar, el crani i la mandíbula les localitzacions més freqüents. En canvi, rarament es localitza a les extremitats, i només s'han reportat 8 casos a la literatura, la meitat dels quals es van localitzar als teixits tous.

Clínicament, sol presentar-se com una massa indolora, ferma i pigmentada, de creixement ràpid i expansiu.

Nosaltres presentem el cas d'un TNEM que es manifesta com una massa palpable al teixit subcutani del panxell de la cama, amb revisió de la literatura.

Material i mètodes

Nen lactant de 3 mesos d'edat, sense antecedents d'interès derivat al nostre hospital per presentar una massa palpable subcutània al panxell de l'extremitat inferior esquerra, de creixement progressiu de 10 dies d'evolució, sense altra clínica associada.

Inicialment va ser orientat mitjançant ecografia com a possible panniculitis vers abscess de 21x18x13 mm a centre extern, on va rebre tractament antiinflamatori i antibiòtic sense resposta, motiu pel qual és derivat al nostre centre per valoració.

El pacient ingressa al servei de pediatria, per tal de realitzar exploracions complementàries. La RM mostra una lesió de teixits tous del teixit subcutani profund de la part posterior de la cama esquerra, que contacta i comprimeix els músculs bessó intern i extern englobant les estructures vasculonervioses d'aquesta localització (nervi sural).

Posteriorment, es realitza exèresi quirúrgica de la lesió amb neurotomia del nervi sural, i s'envien mostres al departament d'anatomia patològica per estudi histopatològic. No es van realitzar tractaments adjuvants després de la cirurgia.

L'estudi microscòpic de la mostra quirúrgica va revelar una proliferació cel·lular de caràcter bifàsic, compatible amb tumor neuroectodèrmic melanocític de la infància.

El nen es va recuperar molt bé, sense evidència de recurrència tumoral després de 5 mesos de la cirurgia, i segueix en seguiment.

Resultats

El TNEM és un tumor poc freqüent amb uns 500 casos descrits fins al moment. La majoria es localitzen a la zona craniofacial, i durant el primer any de vida. Només han estat publicats 4 casos als teixits tous de les extremitats; dos es van localitzar a la cuixa, un a la part superior del braç i un a l'avantbraç.

El nostre cas comparteix les mateixes característiques clínico-patològiques que els quatre casos publicats, i es tracta del primer TNEM localitzat a la zona del panxell de la cama.

A causa de la poca freqüència d'aquest tumor, no s'han establert guies de tractament. El diagnòstic precoç, la resecció total i el seguiment estret solen ser òptims.

Conclusió

Nosaltres presentem un cas poc freqüent de TNEM en els teixits tous de les extremitats. Aquest es tracta del primer cas en el panxell de la cama, no s'han trobat altres casos publicats.

CO-45

SESSIONS INFORMATIVES DE L'“ESCOLA DE PRÒTESIS”: SÓN DIFERENTS EN GENOLL I MALUC?

Pere Mir Batlle, Francesc Sotos Ródenas, Josep Batlló Sabala, Carles Sabaté Grau, Cristian Canova Kalory
Hospital Sant Bernabé de Berga, Barcelona

Introducció i objectius

El nostre Programa de Cirurgia “Fast-Track” es va iniciar l'any 2014. En el període 2014-2018 (5 anys) hem fet 598 pròtesis primàries (maluc i genoll) amb el 100% del pacients assistint a les Xerrades Informatives (entre 2 i 6 setmanes prèvies a la cirurgia, mitja de 3.2 setmanes). Per l'elevat volum d'informació es dona el material escrit i oral, ademés demanem que sempre vinguin acompanyats del “familiar responsable” que és el que l'acompanya a l'ingrés i durant l'estada. Realitzem simultàniament aquestes xerrades per malalts de genoll i maluc. Avaluem l'impacte de fer la xerrada de les dues articulacions a la vegada (en el mateix grup). Altres centres hospitalaris realitzen de forma diferenciada aquestes xerrades per genoll i maluc.

Les diferències entre pròtesis de genoll i maluc en aquests Programes són menors i responen a l'estada mitja, índex de transfusions, tipus de complicacions i procés de rehabilitació.

Material i mètodes

Hem realitzat 102 sessions informatives de grups de 4 a 8 malalts. Predominen els genolls (72%) sobre els malucs (28%). El 90% del contingut de la Xerrada és similar. Finalitzada la xerrada d'infermeria (35-40 minuts) es realitza sessió amb la fisioterapeuta grupal i individualitzada. La part grupal també és compartida (isomètrics de genoll, isotònics de turmell). Es realitza una part individual (es practica deambulació, exercicis diferenciadors de cada articulació). La presència del “pacient expert” (ja operat) durant la Xerrada pot ser tant de genoll com de maluc.

Resultats

Els nivells de satisfacció amb la Xerrada Informativa de pacients (9.3 sobre 10) i professionals són molt alts. En les noves Versions del nostre model hem fet pocs canvis perquè ens permet treballar d'una forma cohesionada i motivadora. En aquests 5 anys de seguiment fer les Xerrades simultàniament dels dos tipus de pròtesis no ens ha suposat problemes ni de continguts ni de seguiment. Ens ha permès unificar tota la pràctica assistencial al nostre centre, i no generar divergències entre grups. La dinàmica de grup i assistencial global de l'Hospital obté millors resultats si es fa d'igual manera en tots els pacients.

Conclusió

Pensem que la Cirurgia “Fast-Track” de pròtesis (Programes Rapid Recovery, ERAS, PRIF,...) exigeix una unificació hospitalària tant de criteris de tractament, com de filosofia de treball, docència i assistència, i que tots aquells elements que la permetin cohesionar ajuden a millorar els resultats. Evitar criteris d'exclusió o d'elevada diferenciació creiem que és clau per l'èxit dels programes, pensem només que s'ha de fer una diferenciació en alguns pacients per raons de comorbiditats, però en cap cas en la Xerrada Informativa.

FÉMUR PROXIMAL

Divendres 31 de maig
Auditori - 16:15-17:00
Orals: CO-46 - CO-51

CO-46

ACCEPTADA MILLOR COMUNICACIÓ LA IMPORTÀNCIA DEL RECOMPTE TOTAL DE LIMFÒCITS EN LES FRACTURES DE MALUC EN PACIENT D'EDAT AVANÇADA

Ivan Dot Pascuet, Javier García Alba, Alfredo Rodríguez Gangoso, Gabriel De Febrer Martínez
Hospital Universitari Sant Joan de Reus, Tarragona

Introducció i objectius

Les fractures de maluc representen un problema important pels sistemes sanitaris de països desenvolupats. Als EUA es produeixen 250,000 noves fractures/any i s'espera que en un futur aquestes xifres augmentin fins gairebé 6,5 milions/any en 2050.

La malnutrició és un predictor de mal pronòstic entre pacients que s'han de sotmetre a procediments quirúrgics. Existeixen paràmetres analítics sensibles per detectar la malnutrició com són l'albumina, proteïnes totals, transferrina i recompte de limfòcits, considerant-se un valor baix d'aquests últims segons la Societat Espanyola de Geriatria <1500 limfòcits/ml.

Estudis refereixen que el 60% de la gent d'edat avançada pateixen malnutrició al seu ingrés a l'hospital.

L'objectiu d'aquest estudi recau en demostrar que la prevalència de recompte de limfòcits baix continua essent elevada i que aquests s'associen a un augment de la mortalitat dins el primer any després de la fractura.

Material i mètodes

Per l'estudi es van seleccionar aquelles persones >65 anys que van acudir al nostre centre amb diagnòstic de fractura de maluc, 31A i 31B segons la classificació de la AO, entre els anys 2015 i 2016.

La mostra va ésser de 382 casos on es va fer un recompte inicial de limfòcits mitjançant una analítica sanguínia bàsica.

El seguiment va ser d'1 any post fractura i es va registrar la mortalitat durant aquest temps. Durant el seguiment hi va haver pèrdues quedant-se una neta de 295 pacients. Amb les dades obtingudes es van calcular la prevalència dels grups i el Chi quadrat amb un interval de confiança del 99%.

Resultats

Els resultats obtinguts de l'estudi revelen que la prevalència d'una xifra de limfòcits baixa en el moment d'ingrés és d'un 63% dels pacients.

Pel què respecta a l'associació entre un recompte baix i la mortalitat vista a 1 any post fractura es va obtenir un Chi quadrat significatiu amb un p valor de 0.0052. El qual demostra una forta associació entre un recompte <1500 limfòcits/ml i mortalitat.

Conclusió

Segons l'estudi la prevalència d'un recompte baix de limfòcits en el moment d'ingrés entre pacients d'edat avançada continua essent elevada i aquesta xifra es correlaciona amb un augment de la mortalitat a 1 any post fractura.

CO-47

ACCEPTADA MILLOR COMUNICACIÓ

ANÀLISI DE LA DEPENDÈNCIA EN POBLACIÓ GERIÀTRICA COM A FACTOR PRONÒSTIC DESPRÉS DE PATIR FACTURA DE MALUC

Javier García Alba, Ivan Dot Pascuet, Alfredo Rodríguez Gangoso, Gabriel De Febrer Martínez
Hospital Universitari Sant Joan, Reus, Tarragona

Introducció i objectius

A Espanya es produeixen entre 50.000 i 60.000 fractures de maluc a l'any. La majoria dels afectats pertany a un col·lectiu geriàtric vulnerable. L'objectiu d'aquesta anàlisi és avaluar la dependència per les Activitats Bàsiques de la Vida diària com a factor pronòstic després de patir una fractura de maluc.

Material i mètodes

Es va realitzar l'anàlisi prospectiu de 428 pacients ingressats per fractura de maluc al nostre centre entre els anys 2015 i 2017. Es va avaluar el grau de disfuncionalitat mitjançant l'índex de Barthel previ a l'ingrés, l'aparició de complicacions durant

l'ingrés i la mortalitat al cap de 6 mesos i a l'any. A l'alta hospitalària, es va registrar el destí i els recursos socials i familiars. Per l'anàlisi de variables categòriques s'ha emprat la prova Xi quadrat de Pearson i els factors associats a mortalitat mitjançant regressions logístiques.

Resultats

Un 43,6% dels pacients presentaven dependència greu a l'ingrés segons l'escala de Barthel. El 70% dels pacients va requerir ingrés a Centre Sociosanitari a l'alta per realitzar convalescència. Les complicacions postoperatòries més comunes registrades van ser l'anèmia postoperatòria i la síndrome confusional. La mortalitat als 6 mesos de seguiment va ser del 24% dels pacients i a l'any del 33,5%. L'estudi de regressió logística mostra que patir dependència greu a l'escala de Barthel a l'ingrés és factor de risc de mort al cap de 6 mesos ($p=0,047$) i a l'any ($p=0,043$). La dependència greu a l'alta també s'associa a la mortalitat al cap de 6 mesos ($p<0,001$). Patir síndrome confusional durant l'ingrés és un factor de risc de mort a l'any ($p=0,041$). Per altra banda, no patir dependència és un factor protector de mortalitat al cap de 6 mesos ($p=0,023$).

Conclusió

A la mostra analitzada, patir dependència a l'ingrés a l'índex de Barthel és un factor de risc de mort al cap de 6 mesos i a l'any. L'organització d'Unitats Ortogeriatríques multidisciplinàries ha de ser l'instrument per pal·liar el risc de mortalitat associat a la dependència i la vulnerabilitat.

CO-48

EFFECTE DE LA IMPLANTACIÓ DE LA UNITAT D'ORTOGERIATRIA EN PACIENTS ANCIANS AMB FRACTURA DE FÈMUR PROXIMAL

Bàrbara Nicolau Miralles, Marina Renau Cerrillo, Marta Sabater Martos, Ester García Oltra, José Antonio Hernández Hermoso
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona

Introducció i objectius

Les fractures de fèmur proximal en ancians constitueixen una patologia freqüent en la nostra societat, que comporta una significativa morbiditat i una pèrdua de funció global del pacient. En els últims anys, el maneig multidisciplinari entre els serveis de traumatologia i geriatria ha permès una millora en la qualitat assistencial gràcies a una optimització preoperatòria, una mobilització precoç i un millor control de les comorbilitats.

En el nostre centre, des de l'any 2012, els pacients majors de 65 anys amb fractura de fèmur proximal ingressen a la Unitat

d'Ortogeriatría, a càrrec d'internistes especialitzats en geriatría amb el recolzament del servei de traumatologia.

L'objectiu de l'estudi és analitzar l'efecte de la implantació de la Unitat d'Ortogeriatría en el nostre centre en termes d'estada hospitalària, complicacions i mortalitat.

Material i mètodes

Es van analitzar retrospectivament 2 cohorts de 120 pacients ancians afectes de fractura de fèmur proximal. Una prèvia a la implantació de la Unitat de Ortogeriatría (cohòrt A) i l'altra posterior a aquesta implantació (cohòrt B). Es van excloure pacients menors de 65 anys, politraumàtics o intervinguts mitjançant osteosíntesi amb cargols canul·lats. Les variables analitzades van ser: sexe, edat, comorbilitats, patró de fractura, temps fins a la intervenció quirúrgica, índex transfusional, estada hospitalària, complicacions, taxa de reingrés i mortalitat.

Resultats

En la cohòrt A l'estada mitja va ser de 14,9 dies i en la cohòrt B de 10,3 dies. La taxa de transfusió va ser de 0,4 i de 0,57 respectivament. Un 62% dels pacients de la cohòrt A i un 77% de la cohòrt B van presentar alguna complicació intrahospitalària. En la cohòrt A es van detectar un 14% de complicacions extrahospitalàries i un 8% en la B. La mortalitat va ser de 70% i de 46%, respectivament.

Conclusió

La implantació de la Unitat de Ortogeriatría ha permès una millora en la qualitat assistencial en termes de disminució de l'estada hospitalària, percentatge de complicacions extrahospitalàries i mortalitat. Tot i així, la morbimortalitat és alta, fet que ens motiva a seguir millorant en la prevenció i tractament d'aquesta patologia cada cop més prevalent.

CO-49

¿INFLUEIX L'EXPERIÈNCIA DEL CIRURGIÀ EN ELS RESULTATS QUIRÚRGICS DE LES FRACTURES DEL FÈMUR PROXIMAL? FRACTURES PERTROCANTÈREES SENZILLES

Elisenda Ricou Mur, Joan Vilanova Laguna, Mireia Lanza Martínez, Ana María López Louzao, Manuel Lafuente Salinas, Miquel Videla Cés

Consorci Sanitari Integral - Hospital Moisès Broggi, Hospitalet de Llobregat - Sant Joan Despí, Barcelona

Introducció i objectius

Les fractures de la regió trocantèrica per fragilitat suposen una de les principals causes d'ingrés als serveis de COT. La incidència d'aquestes s'ha incrementat en els últims anys degut a l'envelliment de la població. El tractament quirúrgic d'aquestes

fractures en molts casos recau en cirurgians en formació sota supervisió, i freqüentment a adjunts amb menys experiència.

L'objectiu és analitzar els resultats epidemiològics i tècnics dels pacients intervinguts de fractura pertrocantèrea durant l'any 2017 en el nostre centre, en funció dels anys d'experiència del cirurgià.

Material i mètodes

Estudi observacional prospectiu descriptiu realitzat entre 1 de Gener de 2017 i 31 de Desembre de 2017 al CSI (Hospital Moisès Broggi). Els criteris de d'inclusió són els següents: diagnòstic de fractura pertrocantèrea (AO/OTA 31A1.1/2 o 31A2.1) a les quals s'indiqués tractament quirúrgic, a la sessió clínica de COT, mitjançant reducció i osteosíntesi amb DHS o enclavat trocantèric curt. Recollida de dades: epidemiològiques, complicacions de la ferida quirúrgica i/o mecàniques, mortalitat intrahospitalària, paràmetres radiològics tècnics (qualitat de la reducció i tip-apex-distance) i indicació postoperatòria de rehabilitació en càrrega de l'extremitat.

S'estratificarien els resultats obtinguts en 4 grups en funció de l'experiència del cirurgià principal: Grup 1: Residents en els 3 primers anys de formació; Grup 2: Residents de 4t i 5è any; Grup 3: Adjunts amb menys de 5 anys d'experiència i Grup 4: Adjunts amb 5 o més anys d'experiència.

Resultats

Un total de 201 fractures pertrocantèriques van ingressar al nostre centre durant l'any 2017. D'aquestes, 189 complien els criteris de selecció del nostre estudi. La distribució de cirurgians va ser la següent: Grup 1: 13%; Grup 2: 14%; Grup 3: 34% i Grup 4: 38%. La mitjana d'edat dels pacients va ser de 86 anys. El 75% dels pacients tractats eren dones. La mitjana de demora quirúrgica va ser de 3.5 dies. La mortalitat intrahospitalària va ser del 8% i les taxes de complicacions un 9% (el 90% complicacions menors de la ferida). No es varen trobar diferències significatives en aquests paràmetres per grup de cirurgià.

En els paràmetres radiològics, el 14% de les reduccions van quedar en varo. En un 12% de les fractures, el tip to-apex-distance va ser major de 25mm. La majoria d'aquests (95%) van recaure en pacients intervinguts pels grups de cirurgians 3 i 4.

Conclusió

En la nostra sèrie, la majoria dels paràmetres radiològics de reducció i TAD subòptims s'han donat en casos intervinguts per adjunts, en comparació amb el grup de residents, tot i que això no ha tingut cap repercussió clínica en la taxa de complicacions dels pacients. Caldrien sèries i estudis més extensos que corroboressin aquestes possibles diferències.

CO-50

RESULTAT DEL TRACTAMENT DE LES FRACTURES INTRACAPSULARS DE FÈMUR NO DESPLAÇADES EN EL PACIENT D'EDAT AVANÇADA

Ana Scott-Tennent De Rivas, Isabel Parada Avendaño, Ester Yuste Berenguer, Hector Fabio Acosta, Cesar Salamanca Ontiveros, Jaime Marin Nasarre
Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

Introducció i objectius

El tractament habitual a la població d'edat avançada amb fractura de maluc intracapsular desplaçada és la substitució articular. En canvi, l'opció terapèutica en aquelles no desplaçades (Garden I-II) segueix essent un tema de controvèrsia en aquest grup de la població.

L'objectiu és avaluar els resultats del tractament aplicat en pacients d'edat avançada amb fractura intracapsular de fèmur no desplaçada, la seva activitat funcional i la morbimortalitat.

Material i mètodes

Estudi retrospectiu, a on s'inclouen pacients de 75 o més anys que ingressen per fractura intracapsular femoral no desplaçada a l'Hospital Arnau de Vilanova entre Febrer 2016 i Febrer 2018- Seguint mig de 12±4 mesos. S'analitzen l'edat, sexe i variables pre i postquirúrgiques com l'estat cognitiu (Pffeifer), estat físic (ASA), escala de valoració funcional de la marxa (FAC), lloc de residència i destí a l'alta. Es recullen dades sobre la mortalitat i complicacions al mes, als 3 mesos i a l'any. S'observen diferències segon tipus de tractament aplicat (conservador, osteosíntesi cargols o hemiartroplàstia) mitjançant test estadístic chi quadrat (χ^2).

Resultats

23 pacients. Mitja d'edat 86,7±5,7 anys. 13%(3) maneig conservador, 34,8%(8) osteosíntesi amb cargols i 52,2%(12) hemiartroplàstia. Empitjorament de la marxa en 69,5% dels pacients, arribant a un 25% amb FAC 0. Encara que no s'observen diferències estadísticament significatives entre la marxa als 30 dies i el tractament realitzat ($p=0,4$), el 66% dels que van rebre tractament amb osteosíntesi, amb marxa prequirúrgica independent, van presentar FAC 0 al mes. Es va donar una restricció de la càrrega al 22% tot provocant un empitjorament de la mobilitat a aquells que prèviament a la fractura tenien una marxa independent ($p=0,06$). Mortalitat a l'any de 4,5%(2). Les complicacions arriben a un 26,1%(6), comportant 8,7% reintervencions als 30 dies i 17,4% a l'any, sense apreciar-se significació estadística segons les diferents opcions de tractament ($p>0,05$).

Conclusió

Tot i que existeix una tendència a la disminució de la mobilitat en aquells sotmesos a tractament conservador o osteosíntesi, els

nostres resultats en quant a la mobilitat, mortalitat i complicacions no mostren diferències estadísticament significatives amb respecte a les 3 opcions de tractament en aquestes fractures.

CO-51

REVISIÓ DE LES COMPLICACIONS DE LES FRACTURES DEL COLL FEMORAL TRACTADES MITJANÇANT OSTEOSÍNTESI

Maria Mercè Oliveras Font, Diana Noriego Muñoz, Núria Turallols Vidal, Laia Berta Compte, Katia Martínez Miguélez
Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona

Introducció i objectius

Les fractures del coll femoral presenten una elevada incidència, i representen el 53% de totes les fractures de maluc.

Existeixen diferents opcions de tractament quirúrgic que inclouen, l'osteosíntesi i l'artroplàstia de maluc. La majoria d'estudis se centren en la comparació dels diferents mètodes d'artroplàstia versus la fixació interna, però hi ha poca bibliografia que compari els diferents sistemes d'osteosíntesi.

L'objectiu del nostre estudi és descriure i comparar les principals complicacions postoperatòries de les fractures del coll femoral tractades mitjançant placa lliscant de maluc versus cargols canulats.

Material i mètodes

Es va realitzar un estudi retrospectiu de fractures del coll femoral tractades mitjançant osteosíntesi al nostre centre entre 2013-2018.

Es van analitzar l'epidemiologia i les complicacions postoperatòries (osteonecrosis del cap femoral, infecció, pseudoartrosi i desplaçament secundari), la mortalitat a l'any de la fractura, i la taxa de re-intervenció quirúrgica.

Resultats

La mostra inclou 89 pacients, 31 homes i 58 dones, d'edat mitjana de 71,4 anys (67,99-74,82) amb un seguiment mitjà d'11 mesos. El 66,3% es tractaven de fractures subcapitals i el 33,7% basicervicals, i es van sintetitzar mitjançant placa lliscant de maluc (67,4%), placa lliscant de maluc amb cargol antirotatori (20,2%) o cargols canulats (12,4%). El 19,1% de les fractures es van tractar durant les primeres 24 h, un 47,2% entre 24 i 48 h, i un 33,7% a partir de les 48 h. Durant el seguiment, un 21,3% dels casos van presentar complicacions, amb una taxa de re-intervenció del 12,4%. La taxa de mortalitat a l'any va ser de 10,11%.

El nombre de re-intervencions va ser major en el grup tractat amb placa lliscant de maluc respecte als cargols canulats (12,8% versus 9,1%). La complicació més freqüent va ser el desplaçament secundari de la fractura.

No es van observar diferències significatives en la taxa de complicacions postoperatòries entre grups; no obstant, la necrosi avascular va ser més freqüent en el grup tractat amb placa lliscant de maluc i cargol antirotatori, en canvi el desplaçament secundari en el grup tractat amb cargols canulats.

Conclusió

Les fractures del coll femoral presenten un gran impacte tant clínic com econòmic. És important aconseguir una bona reducció anatòmica i una fixació estable per tal d'evitar complicacions com l'osteonecrosi, i aconseguir la consolidació de la fractura. La taxa de complicacions d'aquestes fractures és elevada, independentment de la síntesi utilitzada, encara que l'osteonecrosi tendeix a produir-se amb més freqüència en els casos tractats mitjançant placa lliscant de maluc, i el desplaçament secundari en els tractats amb cargols canulats.

INFECCIONS

Divendres 31 de maig

Sala 1 - 16:15-17:00

Orals: CO-52 - CO-57

CO-52

SONICACIÓ EN CIRURGIA D'ESPATLLA.

ÉS NECESSÀRIA?

Alexandre Coelho Leal, Berta Gasol Cudos, Albert Pardo Pol, Fernando Santana Pérez, Carlos Torrens Cánovas
Hospital del Mar, Barcelona

Introducció i objectius

La sonicació dels components explantats sembla augmentar la sensibilitat en la detecció de microorganismes en la cirurgia de maluc i genoll, però hi ha poca evidència en la cirurgia d'espalla.

Material i mètodes

Estudi retrospectiu que inclou 99 sonicacions de components explantats: 32 hemiartroplasties, 25 espaiadors de ciment, 16 artroplasties invertides d'espalla, 14 recanvis parcials de components i 12 osteosíntesis. Els pacients es van classificar segons la 'International Consensus Meeting on Musculoskeletal Infection' com infecció definida, infecció probable i infecció poc probable. Es van obtenir un mínim de 4 cultius de teixit en cada procediment.

Resultats

Es van descriure 31 infeccions definides, 11 infeccions probables i 57 infeccions poc probables. En les infeccions definides, la sonicació no va detectar cap microorganisme en 6/31 casos (sensibilitat del 80,6%) mentre que els cultius no en van detectar 4/31 (sensibilitat del 87%). En les infeccions probables, la sonicació va ser negativa en 8/11 casos mentre que els cultiu van ser negatius en 4/11. En pacients amb infeccions poc probables, la sonicació va ser positiva en 4/57 casos (7% falsos positius) mentre que els cultiu van ser positius en 2/56 (3,5% falsos positius). Els microorganismes més freqüentment aïllats van ser *S. Epidermidis* (12) i *P. Acnes* (7) mentre que en els casos de infecció poc probable es van detectar 3 *P. Acnes* i 1 *S. Epidermidis*.

Conclusió

Basant-nos en aquest estudi, no hi ha cap benefici addicional en la sonicació dels components explantats en la cirurgia de l'espalla. Sempre que s'obtinguin un mínim

de 4 cultius de teixits, la sensibilitat del cultiu de teixits és superior a la de la sonicació. La sonicació també aporta una taxa més alta de falsos positius en pacients amb infeccions poc probables.

CO-53

UTILITAT DEL KLICC SCORE EN MALALTS AMB INFECCIÓ PROTÈTICA AGUDA. REVISIÓ DE 68 CASOS.

Jose Manuel Hernández Naranjo, Rodrigo Fernando Luna Gutiérrez, Martí Bernaus Johnson, Margarita Veloso Durán, Lucía Gómez García, Lluís Font Vizcarra
Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Barcelona

Introducció i objectius

El tractament d'elecció de la infecció protètica aguda (IPA) consisteix en el desbridament, retenció de l'implant, recanvi de components mòbils i antibioticoteràpia sistèmica (DAIR). Tot i així, l'èxit d'aquesta tècnica descrit en la literatura és molt variable. El KLICC score és una escala que permet pronosticar el risc de fracàs del DAIR en funció d'una sèrie de variables concretes.

El nostre objectiu és validar en el nostre medi el KLICC score.

Material i mètodes

Estudi observacional retrospectiu en el que es van incloure els pacients amb IPA (maluc i genoll) tractats amb DAIR en el nostre centre del 2011 al 2018. Els malalts van ser estratificats en funció del risc de fracàs d'acord amb l'escala KLICC score. Es va avaluar la taxa de fracassos del tractament a cadascun dels subgrups i es va comparar amb lo descrit prèviament a la literatura.

Resultats

Es van analitzar 68 pacients, 37 dones i 31 homes amb una edat mitjana de 72 anys. 44 pacients (65%) amb pròtesis de maluc i 24 (35%) amb pròtesis de genoll. Es van agrupar als pacients per grups d'acord amb la puntuació obtinguda en el KLICC score: A(≤ 2 punts), B($> 2-4$), C($> 4-5$), D($> 5-7$) i E(≥ 7). En el grup A es van incloure 39 malalts, 17 en el B, 4 en el C i 8 en el D. No hi va haver cap pacient al grup E. La taxa de fracàs total va ser del 27% (19 pacients). Al realitzar l'anàlisi per grups, el percentatge de fracàs va ser del 20,5% pel grup A, 29,4% pel grup B, 50% pel grup C i 50% pel grup D.

Conclusió

Observem una taxa d'èxit total del DAIR a la nostra sèrie comparable a la descrita a la literatura.

Vam obtenir un augment de la taxa de fracassos segons augmentava el nombre de factors descrits en el KLICC score a

excepció del grup D, que va presentar una taxa igual de fracassos que el grup C. Aquest fet, podria ser degut al petit nombre de pacients inclosos en el grup C. Pels grups A i B, vam obtenir taxes de fracàs similars a las descrites a la literatura.

Els resultats del nostre estudi suggereixen una correlació entre el KLICC score i la taxa de fracassos. No obstant això, l'absència de pacients en el grup E i el poc nombre de pacients del grup C no ens han permès validar per complet la seva utilitat a la nostra població.

En el nostre medi, el KLICC score pot ser una eina útil per la predicció de la taxa amb un nombre major de pacients per la seva completa validació.

CO-54

CULTIUS POSITIUS EN EL SEGON TEMPS EN INFECCIONS PERIPROTÈSIQUES CRÒNIQUES TRACTADES AMB ESPAIADOR PREFABRICAT DE VANCOMICINA I GENTAMICINA. FACTORS DE RISC I INFLUÈNCIA EN EL PRONÒSTIC.

Sebastián Corró Ramis, Matías Vicente Goma-Camps, Carles Amat Mateu, Lluís Carrera Calderer, Pablo Corona Pérez-Cardona
Hospital Universitari de la Vall d'Hebron, Barcelona

Introducció i objectius

El maneig de la infecció periprotèsica crònica (IPPC) és un dels principals reptes en la cirurgia d'artroplàstia de maluc i genoll, seguint el recanvi en dos temps el tractament més extès en el moment actual. En els darrers anys hi ha hagut un interès creixent en conèixer millor l'efecte dels cultius positius en el segon temps (CPST) sobre el resultat a llarg plaç del recanvi en dos temps.

L'objectiu principal del present estudi és analitzar la taxa de CPST a l'utilitzar espaiadors prefabricats amb vancomicina i gentamicina (EPVG) en IPPC de maluc i genoll. Concretament, l'associació dels CPST amb la probabilitat de fracàs i els seus factors associats.

Material i mètodes

Es va realitzar un anàlisi retrospectiu (gener/2009-desembre/2017) dels pacients tractats al nostre centre d'una IPPC de maluc o genoll (criteris ICM) mitjançant una revisió en dos temps en la que s'utilitzà un EPVG.

Es va analitzar la taxa de CPST tenint en compte dos criteris (≥ 1 CPST ó ≥ 2 CPST), la seva relació amb la probabilitat d'èxit/fracàs i els factors de risc associats a l'obtenció de CPST.

Resultats

En total 108 casos de IPPC van ser inclòsos, 61 malucs i 47 genolls. Un 22.2% dels pacients van obtenir ≥ 1 CPST,

disminuint fins el 9.3% quan el criteri diagnòstic s'establí en ≥ 2 CPST. La taxa d'èxit global va ser del 77.8%, amb un seguiment mig de 46.4 mesos.

Es va identificar una major taxa de fracàs en els pacients amb CPST (15.5% vs. 45.8%, $p < 0.01$), independentment de la quantitat de cultius positius. L'únic factors de risc associat a una major probabilitat d'obtenció de CPST va ser la diabetis ($p 0.03$). El no ús de ciment amb altes dosis d'antibiòtic per a la fixació de l'espaiador va exercir un factor protector ($p < 0.01$).

Conclusió

La obtenció de CPST es va relacionar amb un augment significatiu del fracàs del recanvi en dos temps a l'utilitzar EPVG. La diabetis es va relacionar amb un increment en la obtenció de CPST. L'ús de ciment amb altes dosis d'antibiòtic per a la fixació de l'espaiador va demostrar exercir un factor protector en quant a la positivitats dels cultius en el segon temps. A més, és necessària una definició internacional consensuada del que es considera un CPST.

CO-55

INTRODUCCIÓ DE L'ESTRATÈGIA QUIRÚRGICA DEL RECANVI EN 1-TEMPS EN LA INFECCIÓ CRÒNICA D'UNA PRÒTESI DE GENOLL A L'HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA.

Guillem Bori Tuneu, Guillem Navarro Escarp, Rosa Marina Fernández, Gracia Ginés Mateos, Sergi Sastre Solsona, Luis Lozano Lizarraga
Hospital Clínic de Barcelona

Introducció i objectius

La infecció crònica d'una pròtesi de genoll es pot tractar utilitzant dues estratègies quirúrgiques, el recanvi en 1-temps o el recanvi en 2-temps. El recanvi en 1-temps és una estratègia quirúrgica infrautilitzada en el Sistema Nacional de Salut. L'objectiu d'aquest treball és avaluar la introducció de l'estratègia quirúrgica del recanvi en 1-temps en la infecció crònica d'una pròtesi de genoll a l'Hospital Clínic de Barcelona.

Material i mètodes

Estudi prospectiu de tots els pacients que van presentar una infecció crònica de pròtesi de genoll i es van tractar utilitzant l'estratègia quirúrgica del recanvi en 1-temps entre setembre de 2015 i desembre de 2017. La variable principal de l'estudi va ser la curació de la infecció. La curació de la infecció es va considerar en aquells pacients que van tenir un implant definitiu amb bona funció en absència de signes clínics de infecció, amb un mínim de seguiment d'un any. A

part de la variable principal també es van recollir variables com motius d'exclusió per tal de realitzar recanvi en 1-temps, microorganisme causant de la infecció, tipus d'implant utilitzat o complicacions quirúrgiques dels pacients.

Resultats

En aquest període de temps 39 pacients van presentar una infecció crònica d'una pròtesi de genoll i en 23 pacients es va utilitzar el recanvi en 1-temps. Els 23 pacients, amb un seguiment mínim d'un any, van presentar una curació de la infecció. Els motius d'exclusió per tal de no realitzar recanvi en 1-temps van ser: antecedent d'una infecció aguda recent no curada amb un desbridament, defecte cutani, presència de sèpsia o infeccions fúngiques. Es van re-operar 4 pacients per presentar les següents complicacions: dues inestabilitats, una infecció aguda i una ruptura de quàdriceps.

Conclusió

La utilització de l'estratègia quirúrgica del recanvi en 1-temps en la infecció crònica d'una pròtesi de genoll en pacients seleccionats presenta una elevada taxa d'èxit.

CO-56

CARACTERÍSTIQUES DEMOGRÀFIQUES I MICROBIOLÒGIQUES DE LES INFECCIONS AGUDES POST-OSTEOSÍNTESI DE FRACTURA DE TURMELL.

Carlos García Cardona, Iñaki Larrakoetxea Intxausti, Lucía Gómez García, Martí Carles Bernaus Johnson, Margarita Veloso Duran, Lluís Font Vizcarra
Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Barcelona

Introducció i objectius

Les fractures de turmell suposen el 7,6% del total de fractures en l'adult. Una de les complicacions més greus del tractament quirúrgic és la infecció, podent ocasionar greus conseqüències al pacient.

L'objectiu principal és determinar les característiques demogràfiques i microbiològiques de les infeccions agudes post osteosíntesi de fractures de turmell del nostre centre.

Material i mètodes

Estudi retrospectiu observacional dels pacients amb fractures de turmell tractades quirúrgicament al nostre hospital entre 2015 i 2018.

Es van incloure fractures uni, bi i trimal-leolars excloent-se les fractures de piló tibial. Es van recollir variables demogràfiques, microbiològiques, sobre la intervenció quirúrgica, tipus de tractament quirúrgic i antibiòtic realitzat i sobre el resultat final.

Resultats

Es van analitzar 180 pacients: edat mitjana de 54,6 anys, 40,6%, homes i 59,4% dones. La distribució segons el tipus de fractura va ser: 57 fractures unimal·leolars (31,66%), 78 bimal·leolars (43,33) i 45 trimal·leolars (25%).

Es van observar 9 infeccions (5%). La distribució i (incidència) per subgrups va ser: 4 fractures trimal·leolars (8,8%), 3 bimal·leolars (3,8%) i 1 unimal·leolar (1,75%). Cap dels pacients era vasculòpata, dos pacients (22%) eren diabètics, dos pacients (22%) eren ASA 3 i un pacient (11%) rebia tractament amb corticoides.

El germen causant més freqüent va ser el *Enterobacter cloacae* (4 pacients-44%), seguit del *Staphylococcus aureus* (2 pacients), l'infecció polimicrobiana (2 pacients) i l'infecció amb cultius negatius (1 pacient).

A tots els pacients se'ls va realitzar inicialment desbridament quirúrgic. En 5 casos es va retirar el material: 2 a la primera cirurgia i 3 a la segona després del fracàs del desbridament inicial. En 6 pacients es va utilitzar teràpia de pressió negativa durant una mitjana de 27,33 dies.

Es va realitzar tractament antibiòtic dirigit en 4 ocasions amb ciprofloxacino, 2 amb levofloxacino, 1 amb amoxicil·lina-clavulànic, 1 amb moxifloxacino i 1 amb linezolid.

En tots els casos s'ha obtingut un correcte control de la infecció. No obstant això 1 cas va precisar múltiples intervencions quirúrgiques i la realització final d'una artròdesi.

Conclusió

L'incidència d'infecció després de tractament quirúrgic en la nostra sèrie va ser del 5%, dada que concorda amb el descrit prèviament (1,1-6,8%). No obstant això, destaca l'alt percentatge d'infeccions secundàries a *Enterobacter cloacae* en detriment de les infeccions per *Staphylococcus aureus*.

Donada la peculiaritat del principal germen causant, aquest estudi pot servir com a punt de partida per a protocol·litzar una nova pauta antibiòtica profilàctica enfront d'aquests microorganismes.

CO-57

RECONSTRUCCIÓ DE DEFECTES OSSIS SEGMENTARIS MITJANÇANT OSTEOGÈNESI A DISTRACCIÓ.

Jairo Cebolla Tosán, Marc Puigbert Velazco, Xavier Cabo Cabo, Salvador Pedrero Elsusó, Víctor Casals Teixidó, José Luis Agulló Ferré

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

Introducció i objectius

La mobilització progressiva longitudinal d'un segment ossi produeix una ossificació espontània, progressiva i de qualitat.

Amb l'ús de fixadors externs mono laterals dinàmics podem realitzar allargaments ossis en pacients que presenten defectes segmentaris ossis. Des de 1992 realitzem la tècnica de transport ossi per pseudoartrosis sèptiques en pacients que presenten defectes superiors a 5 centímetres.

L'objectiu d'aquesta revisió és exposar la nostra tècnica quirúrgica així com els resultats obtinguts en el transcurs de la nostra experiència.

Material i mètodes

Realitzem un estudi descriptiu retrospectiu del tipus sèrie de casos en 23 pacients amb defectes ossis segmentaris superiors a 5 centímetres després de fractura de tibia.

Vam obtenir informació dels pacients incloent: edat, data de l'accident, tipus de fractura, número de cirurgies prèvies, número de cirurgies durant el tractament, mida del defecte ossi, velocitat i duració de la distracció, complicacions, deformitat residual i resolució de la infecció així com consolidació de la pseudoartrosis.

Cataloguem els resultats com excel·lents en aquells en que es va aconseguir la consolidació, es va controlar la infecció i la deformitat residual fou tolerable (menor a 10° d'angulació i dismetria menor a 2 centímetres). Els resultats foren bons en aquells en que hi hagué consolidació i un o dos dels criteris anteriors; dolent si no es va aconseguir la consolidació. S'ha valorat el grau de satisfacció dels pacients després de concloure el tractament.

Resultats

El 68% dels pacients presentà fractures obertes (majoritàriament grau III de la classificació de Gustillo & Anderson). La mitja d'edat va ser de 39 anys.

Tots els pacients van requerir intervencions intermèdies i procediments quirúrgics en la zona d'atrancament. La distracció es dugué a terme a través d'un fixador extern mono lateral (velocitat de 0,5mm/12h) per cobrir el defecte ossi mig que va ser de 8,4cm (5cm-13cm).

En tots els casos s'aconseguí la consolidació amb resultats excel·lents i bons segons el descrit prèviament. Únicament hem trobat dues complicacions sèptiques que van ser resoltes amb noves intervencions quirúrgiques. La majoria dels pacients estava satisfet o molt satisfet després de concloure el tractament.

Conclusió

L'osteogènesi a distracció és una tècnica quirúrgica útil per el tractament reconstructiu de defectes ossis, els quals continúen generant un repte per qualsevol cirurgia ortopèdic.

MALUC ARTROPLÀSTIA

Divendres 31 de maig

Auditori - 17:00-17:45

Orals: CO-58 - CO-63

CO-58

FIABILITAT DE LA CALIBRACIÓ RADIOGRÀFICA EN LA PLANIFICACIÓ DE L'ARTROPLÀSTIA TOTAL DE MALUC REALITZADA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARI.

Ariadna Da Ponte Prieto, Màrius Valera Pertegas, Esther Moya Gómez, Sara Wahab Zuriarrain, Gonzalo Pérez López, Xavier Crusi Sererols

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Introducció i objectius

La planificació preoperatòria adequada de l'artroplàstia total de maluc (ATM) permet al cirurgià optimitzar els resultats de les seves intervencions. Amb la implantació de la radiologia digital, la calibració de les imatges es transforma en un pas previ i determinant en aquest procés. La fiabilitat de la calibració condiona la de la planificació. Un d'aquests mètodes utilitzats és l'ús d'un objecte de mida coneguda, com un calibrador extern. Existeixen, tot i així, factors, tant pacient com tècnic depenents, que poden influir en la fiabilitat d'aquest mètode.

Els objectius que ens plantejem són:

- Estudiar la fiabilitat del mètode de calibració externa utilitzat en el nostre centre, en les mateixes condicions en que s'aplica a la pràctica clínica diària per la planificació preoperatòria de l'ATM
- Secundàriament, s'estudiarà la fiabilitat del mètode de calibració, utilitzant factors de magnificació radiogràfica en les mateixes condicions, i es compararà amb la del mètode de calibració externa.

Material i mètodes

Es van estudiar prospectivament les radiografies antero-posterior (AP) de pelvis postoperatòries de 50 pacient intervinguts d'artroplàstia total de maluc, en les que es va col·locar un calibrador extern (esfera de 25mm), utilitzada habitualment al nostre centre. La fiabilitat del mètode de calibració es va avaluar analitzant la diferència entre la mesura del cap femoral protèsic conegut, i la mesura obtinguda un cop calibrades les radiografies, utilitzant el calibrador extern (CE). Prèviament a aquest estudi, es va avaluar la fiabilitat del mètode de calibració entre dos observadors.

Posteriorment, es va repetir el estudi, calibrant les radiografies mitjançant un factor de magnificació de 115%

(FMag115) i un factor de magnificació de 120% (FMag120); Els tres mètodes van ser comparats estadísticament, realitzant-se un estudi de correlació. A més, es van comparar els tres mètodes definint uns intervals de +/-1 i +/-3mm, i avaluant si tendeixen a sobreestimar o infraestimar la mesura del cap femoral.

Resultats

La correlació interobservador del mètode de calibració externa ha resultat excel·lent (κ 0'971).

La correlació entre la mesura real del cap femoral i els diferents mètodes de calibració avaluats, és a dir, mitjançant CE, i FMag115 i FMag120, va ser elevada (κ de 0,939, 0,966 i 0,963, respectivament).

El mètode de calibració mitjançant FMag115, va mostrar un major nombre de casos situats dins el interval +/- 1 (82%) respecte a la calibració mitjançant CE (70%) i FMag120 (70%). Si valorem la posició fora del interval mencionat, per el mètode CE i FMag115, observem que la mida del cap femoral és infraestimada (14 i 6%, respectivament), mentre que en altres casos, és sobreestimada (16 i 10%, respectivament); Si calibrem mitjançant FMag120, la tendència és a infraestimar el component protèsic.

Si considerem un interval de +/-3, més del 90% dels casos es troben representats dins aquests valors per els tres mètodes de calibració. Trobem casos de supra i infraestimació en els mètodes de calibració amb CE i FMag115, mentre que la resta de casos són infraestimats al calibrar amb FMag120.

Conclusió

El mètode de calibració mitjançant CE no ha demostrat ser millor que els altres mètodes estudiats.

En aquest estudi, hem trobat que el mètode de calibració amb FMag115 mostra una distribució de valors més propera a la realitat, respecte els mètodes de calibració amb CE i FMag120.

CO-59

FACTORS DE SORTIDA PRECOÇ DE PROTOCOL FAST-TRACK EN PRÒTESI TOTAL DE MALUC PRIMÀRIA

Alfons Gasset Teixidor, Núria Fernández Poch, Vanesa Ros Munné, Anna Alavedra Massana, Albert Soler Cano, Alejandro Carballo García

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

Introducció i objectius

Durant els últims anys s'han desenvolupat diversos protocols multidisciplinars de recuperació ràpida o metodologia "fast-track" (FT), basats en programes establerts per la societat ERAS (Enhanced Recovery after Surgery). La seva fina-

litat consisteix en optimitzar l'eficiència de processos mantenint una atenció al pacient de màxima qualitat, amb una gestió de recursos equitativa i equilibrada.

L'objectiu es basa en determinar els factors de sortida precoç de la trajectòria (per tant, ingrés més enllà de 2 dies després de la cirurgia) per pròtesi total de maluc actualment realitzant-se en el nostre centre.

Material i mètodes

Es tracta d'un estudi retrospectiu i de metodologia observacional. La nostra població es defineix per aquells pacients admesos al protocol FT durant l'any 2018 (n=108), separant-los en dos grups en base a aquells que compleixen el temps establert (2 dies des d'intervenció), i els que no.

Les variables principals analitzades inclouen les complicacions mèdiques, complicacions perioperatories (infecció, fractures periprotèsiques, luxació o lesió neurovascular), control del dolor, l'estat de la ferida, objectius de rehabilitació aconseguits o no, problemes socials o problemes administratius. Com a variables secundàries s'han analitzat tant dades demogràfiques (edat, sexe, índex massa corporal (IMC), comorbiditat amb l'escala de Charlson) com dades de la intervenció quirúrgica (temps quirúrgic, tipus d'artroplàstia primària, tipus d'anestèsia, número de transfusions i valors analítics pre i postoperatoris i si existeix retirada de material d'osteosíntesi previ).

Resultats

29 pacients (26.85%) van realitzar una sortida precoç del protocol de FT. D'aquests predomina la causa social (24,14%) i l'administrativa (24,14%), seguides per causa mèdica (20,69%), mal control del dolor (13,79%), complicació perioperatoria (10,34%) i no assoliment objectius rehabilitació (6,90%).

Valorant el grup de causa social trobem una mitja d'edat de 84 anys, que destaca respecte la mitja del grup que compleix el protocol (63 anys). Els pacients que no assolixen objectius de rehabilitació, presenten un elevat IMC (33,54). A destacar de la resta de resultats, el tipus de pròtesi implantada no sembla ser un factor significatiu per sortida precoç en la mostra estudiada.

Conclusió

Durant el 2018 trobem un compliment del protocol de FT del 73.15%, destacant com a causes de sortida de trajectòria la social i administrativa. Caldria valorar si en pacients d'edat avançada (>80 anys), una visita sistemàtica amb treballadora social pot permetre una millor adherència a la trajectòria. Es recomana incidir en l'organització administrativa del protocol. S'hauria de valorar aplicar mesures prèvies en pacients amb IMC elevat. És convenient la revisió del protocol i el seu anàlisi objectiu estadístic per poder detectar sortides de trajectòria i així millorar l'assistència als nostres pacients.

CO-60

CORBA D'APRENTATGE EN ELS PRIMERS 20 CASOS D'IMPLANTACIÓ D'UNA CÒTILA ELÀSTICA NO CIMENTADA SENSE METAL-BACK.

Enrique Pich-Aguilera Blasco, Miquel Videla Ces, Andrea Manent Molina, Vanessa Adamuz Medina, Joan Girós Torres, Josep Miquel Sales Pérez
 Consorci Sanitat Integral, Sant Joan Despí, Barcelona

Introducció i objectius

Les còtils no cimentades amb metal-back han presentat bons resultats a llarg termini, però han aparegut problemes deguts a la rigidesa del muntatge i l'elevat requeriment de càrregues. La còtila no cimentada RM pressfit® es compon d'una peça de polietilè recoberta d'una prima capa de titani, que permet una correcta integració òssia i evita complicacions relacionades amb la rigidesa i la presència d'una carcassa metàl·lica.

L'objectiu és recollir i analitzar les incidències observades durant la corba d'aprenentatge de la implantació d'una nova còtila en el nostre centre, basant-nos en resultats clínics i radiològics.

Material i mètodes

Estudi retrospectiu que inclou 20 casos d'implantació de dit còtil en 18 pacients, amb una mitja d'edat de 75 anys (65-84) i amb un seguiment mitjà de 17 mesos (12-24). Tres dels casos eren deguts a fractura subcapital, un a osteonecrosi del cap femoral i la resta a coxartrosi.

Les intervencions les van realitzar dos equips experimentats en cirurgia de maluc, i en tots els casos es realitzà un abordatge antero-lateral.

Radiològicament avaluem l'evolució de la qualitat òssia a nivell acetabular, la distància còtila-transfons acetabular i l'angle d'inclinació de la còtila en 3 radiografies successives (postoperatori immediat, a les 6 setmanes i a l'any).

Mostrem els resultats clínics mitjançant l'escala Harris Hip Score modificada i a través d'un qüestionari de satisfacció (0-10), obtinguts a través d'entrevistes telefòniques.

Resultats

No s'observaren casos d'afluixament de la còtila que requerissin nova cirurgia ni es registraren luxacions protèsiques.

En dos casos s'aprecià una readaptació de la còtila, disminuint la distància amb el transfons acetabular. Un d'ells va obtenir una diferència significativa en la inclinació lateral de la mateixa (sent major de 5° la diferència).

En 7 casos s'aprecià una major densitat òssia en les radiografies a l'any, mentre que en 13 no s'apreciaren diferències. En 16 pacients disminuí l'esclerosi, la resta continuaren sense canvis radiogràfics.

Respecte a la clínica, la mitjana de puntuació obtinguda en la Harris Hip Score modificada (sobre un total de 91 punts) va ser de 77 (84,61/100). La mitjana de satisfacció va ser de 8,7 punts, sent en 13 pacients excel·lent.

Conclusió

Després d'utilitzar 20 còtils RM pressfit® en el nostre centre, creiem que estem davant un producte amb possibles avantatges respecte a la còtila amb metal-back, gràcies al seu millor comportament biomecànic amb l'os, menor desprendiment de partícules i la simplicitat d'aplicació. Com a desavantatge aquesta còtila no ens permet visualitzar el transfons acetabular i ens crea més inseguretat respecte a la seva correcta impactació.

CO-61

¿INFLUEIX L'EXPERIÈNCIA DEL CIRURGIÀ EN ELS RESULTATS QUIRÚRGICS DE LES FRACTURES DE FÈMUR PROXIMAL? FRACTURES SUBCAPITALS TRACTADES AMB HEMIARTROPLÀSTIA.

Daniel Silva González, Miguel Vázquez Gómez, Miguel Ángel Froufe Siota, Alejandro Hernández Martínez
Hospital Universitari de Girona

Introducció i objectius

Les fractures intraarticulars del fèmur proximal per fragilitat suposen una de les principals causes d'ingrés als serveis de COT, i la seva incidència va en augment. El tractament quirúrgic d'aquestes fractures mitjançant l'hemiartroplàstia en pacients amb baixa demanda funcional en molts casos recau en cirurgians en formació sota supervisió, i freqüentment en cirurgians menys experimentats.

Objectiu: Estudiar els resultats epidemiològics i tècnics dels pacients intervinguts per fractura subcapital de fèmur durant l'any 2017 en el nostre centre en funció dels anys d'experiència del cirurgià.

Material i mètodes

Estudi observacional prospectiu entre 1 de Gener de 2017 i 31 de Desembre de 2017 al CSI (Hospital Moisès Broggi). Es va establir el següent criteri de selecció: diagnòstic de fractura subcapital (AO 31B) en pacients als quals s'indiqués a la sessió clínica de COT com a tractament quirúrgic una hemiartroplàstia de maluc. Recollida de dades: epidemiològiques, complicacions de la ferida quirúrgica, complicacions majors (luxació, infecció, fractura periprotèsica), estança mitja, demora preoperatòria, mobilitat pre-fractura i a l'alta, mortalitat intrahospitalària, i paràmetres tècnics: via d'accés, radiologia: posicionament de la tija i qualitat de la cimentació.

S'estratificaran els resultats obtinguts en 4 grups en funció de l'experiència del cirurgià principal: Grup 1: Residents en els 3 primers anys de formació, Grup 2: Residents de 4t i 5è any, Grup 3: Adjunts amb menys de 5 anys d'experiència i Grup 4: Adjunts amb 5 o més anys d'experiència.

Resultats

Un total de 158 pacients van ingressar al nostre centre per a ser tractats sota el diagnòstic de fractura subcapital de fèmur durant l'any 2017. D'aquestes, 136 complien els criteris de selecció del nostre estudi. La distribució de cirurgians va ser la següent: Grup 1: 20%, Grup 2: 6%, Grup 3: 33% i Grup 4: 40%. La mitjana d'edat va ser de 86 anys. El 67% dels pacients tractats varen ser dones. La mitjana de demora quirúrgica va ser de 3.97 dies. La mortalitat intrahospitalària va ser del 3%. En el 75% dels casos es va utilitzar la via d'abordatge anterolateral, i en el 25% restant la via posterior, no es van trobar diferències entre grups en els paràmetres mencionats.

Les taxes de complicacions majors (luxació, infecció, fractura periprotèsica) van ser d'un 5%. Van presentar complicacions menors de la ferida quirúrgica el 3,6% dels pacients. Dels 7 casos de complicació major, 6 van aparèixer al grup 4 de cirurgians.

En els paràmetres radiològics, el 8,8% de les tijes van quedar en varo, i en un altre 8,8% en valgo. La cimentació de la tija va ser radiològicament insuficient en el 17% dels implants (33% en el grup 2 i 22% en el grup 4).

Conclusió

En la nostra sèrie, la taxa de complicacions majors ha estat més alta en els grups d'adjunts. Els paràmetres radiològics (posicionament de la tija i cimentació) mostren uns millors resultats en els grups de residents més joves i adjunts de <5 anys d'experiència. Caldrien estudis i sèries més grans per a determinar si aquestes diferències són significatives.

CO-62

ALTERNATIVES TERAPÈUTIQUES PER AL RESCAT DELS FENÒMENS DE MIGRACIÓ DE L'IMPLANT CEFÀLIC: LA NOSTRA EXPERIÈNCIA.

Joan Vilanova Laguna, Ana Maria López Louzao, Guillem Molina Olivella, Manel Lafuente Salinas, Miquel Videla Ces, José Miguel Sales Pérez

Consorci Sanitari Integral-Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Barcelona

Introducció i objectius

L'augment de la incidència de les fractures extraarticulars de fèmur proximal per fragilitat ha portat a un augment en les seves complicacions. La utilització de sistemes d'implant més rígids que permetin la càrrega immediata pot desencadenar fenòmens de migració de l'implant cefàlic per el precari sosteniment ossi cèrvico-cefàlic, suposant un important repte quirúrgic. La literatura se centra més en la prevenció que en les opcions quirúrgiques en aquests casos.

Objectiu: Descriure els tractaments utilitzats en els casos de fenòmen de migració de l'implant cefàlic durant 8 anys al nostre centre.

Material i mètodes

Estudi descriptiu retrospectiu de pacients amb fractura pertrocanterea que van presentar fenòmens de migració de l'implant cefàlic, essent necessàries cirurgies de rescat.

Resultats

Un total de 1641 fractures pertrocanterees de fèmur (31A de la AO/OTA) van ser tractades al nostre centre entre Abril de 2010 i Desembre de 2018. La gran majoria es van tractar mitjançant el sistema placa-cargol desllisant DHS o enclavat trocanteri.

De totes elles, 15 (0,91%) van presentar com a complicació fenòmens de migració de l'implant cefàlic. 11 varen ser cut-out, 2 back-out i 2 cut-in. 10 van ser rescatades en fase de fenòmen incomplet i 5 amb fenòmen establert. 5 havien estat tractades amb DHS i 10 amb enclavat trocanteri. Com a cirurgies de rescat es van realitzar en 10 casos EMO i re-enclavat amb el sistema PFN-A/TFN-A Augmentation (r). En un cas, humeralització de la fractura i osteosíntesi amb DHS. En un cas, retirada de l'implant cefàlic. En 3 casos, artroplàstia de maluc. Només un pacient va requerir de dues cirurgies.

Conclusió

Els fenòmens de migració de l'implant cefàlic són complicacions poc freqüents (1,4-10% segons les sèries). El seu tractament inclou una variada gama d'opcions tècniques, sense que la literatura hagi estat capaç de demostrar

superioritat de cap d'elles. A la nostra sèrie, la detecció precoç d'aquestes complicacions ha permès en 10 casos la cirurgia de rescat mitjançant enclavat amb augmentació, amb bons resultats. És de gran importància individualitzar cada cas per a poder oferir alternatives que suposin un tractament efectiu, amb l'objectiu de cirurgia única (One Shot Surgery) en aquests pacients fràgils. Serien necessaris estudis multicèntrics randomitzats per a identificar la millor alternativa per a cada pacient.

CO-63

EL COTIL DE DOBLE MOBILITAT CIMENTAT A LA CIRURGIA DE REVISIÓ DE MALUC.

Gina Sàrries López, Jaime José Morales De Cano, Laia Boadas Gironés, Francesc Díaz Escriu
Hospital Universitari de Vic, Barcelona

Introducció i objectius

La luxació en la cirurgia de revisió de les pròtesis totals de maluc és una de les complicacions més freqüents i difícils de resoldre. Els cotils de doble mobilitat és un instrument que ens pot ajudar a millorar la inestabilitat de les pròtesis de maluc i disminuir aquesta incidència.

Material i mètodes

Realitzem un estudi retrospectiu de 33 pacients intervinguts quirúrgicament als quals se'ls va col·locar un cotilo de doble mobilitat entre 2014 i 2017 al nostre hospital per presentar un aflujament cotiloideo i / o inestabilitat protesica. Es van analitzar les dades demogràfiques, els resultats clínics segons el barem de Merlé D'Aubigné, les dades radiològics de l'implant, les complicacions i les taxes de re-luxació.

Resultats

Revisem 33 pacients intervinguts entre 2014 i 2017, 17 homes i 16 dones amb una edat mitjana de 78.4 anys (rang 57 i 86 anys). El seguiment mitjà era de 25 mesos, i com a mínim 18 mesos. En 24 casos eren recanvis d'etiologia mecànica, en 7 eren per Luxació recidivant de la pròtesi i 2 casos eren recanvis d'origen sèptic. Com a complicacions d'aquestes cirurgies hi va haver un cas d'infecció profunda i un cas d'afectació nerviosa. Després de la intervenció i fins al final del seguiment no hi va haver luxacions en aquests pacients.

Conclusió

Els cotils de doble mobilitat permeten reconstruir el centre de rotació del maluc constituint una molt bona opció per al tractament de la inestabilitat en els recanvis protèsics.

MISCEL·LÀNIA

Divendres 31 de maig

Sala 1 - 17:00-17:45

Orals: CO-64 - CO-68

CO-64

RESULTATS CLÍNICS DE LA CIRURGIA D'ELONGACIÓ ÒSSIA AMB CLAU ENDOMEDUL-LAR (PRECICE)

Eric Montserrat Rodríguez, Marta Altayó Carulla, Albert Gargallo Margarit, Màrius Aguirre Canyadell, Daniel Pacha Vicente

Hospital Universitari de la Vall d'Hebron, Barcelona

Introducció i objectius

Les tècniques d'allargament de les extremitats s'han desenvolupat des de principis del segle xx, on el procediment quirúrgic més comunament acceptat és la callotasis. El major avenç es va produir a la dècada del 1950 amb l'aparició dels fixadors externs, no exemptes de complicacions. Des d'aleshores, s'han desenvolupat molts dispositius diferents per a millorar la qualitat de vida dels pacients sotmesos a aquests tipus de cirurgies.

Material i mètodes

Es tracta d'un estudi prospectiu, descriptiu i analític sobre una sèrie de casos clínics del mateix centre (HUVH) des del 2017 tractats mitjançant una elongació òssia amb clau endomedul-lar de control remot magnètic (PRECICE). Es descriuen els resultats clínics observats durant el procés d'elongació i al finalitzar el tractament.

Resultats

A dia d'avui s'han intervingut 6 pacients amb elongació de 7 ossos en total (un pacient es va intervenir tant de fèmur com de tibia), amb una edat mitjana de 21 anys (13-37) i un seguiment mínim d'un any. Fins avui, no s'han obtingut pèrdues de pacients.

Els ossos afectats en els pacients de l'estudi van ser: 2 fèmurs esquerres, 2 fèmurs drets i 2 tibies dretes. La mitja de la dismetria prèvia va ser de 6.8 cm (3.6 cm - 14 cm) i la mitja d'elongació òssia total va ser de 6.14 cm (3.3 cm - 13 cm).

La mitja de dies d'hospitalització després del procediment quirúrgic va ser de 7.4 dies (5 - 14).

El temps mig de consolidació completa del regenerat va ser de 4.2 mesos si no tenim en compte dos casos que van haver de ser reintervinguts mitjançant una retirada del clau d'allargament per infecció.

El temps mig per a l'inici de la càrrega va ser de 3.25 mesos després del procediment quirúrgic.

Com a complicacions es van observar dues infeccions del clau. La primera, en un pacient amb antecedents d'osteomielitis, i la segona, un pacient amb cirurgies prèvies per peu equino-varo congènit. Ambdós van requerir de cirurgia de desbridament i recanvi del clau endomedul-lar. Un últim pacient va presentar un equinisme secundari a l'allargament que va requerir d'una zetaplàstia del tendó Aquil·li.

Conclusió

Els resultats del sistema PRECICE com a mètode d'elongació òssia és comparable a la d'altres dispositius d'allargament intramedul-lar. El control remot extern monitoritzat i la seva aplicació per part dels pacients és un punt dèbil del sistema i necessita una supervisió estricta per part del professional sanitari.

CO-65

ANÀLISI DE LES ESTADES HOSPITALÀRIES PERLLONGADES A UNA PLANTA DE CIRURGIA ORTOPÈDIA I TRAUMATOLOGIA.

Berta Buch Fusté, Natalia Arriaga Lahuerta

Hospital General de Granollers, Barcelona

Introducció i objectius

S'ha demostrat que la demora de l'alta hospitalària augmenta la morbimortalitat dels pacients. A més, en el cas de la Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia, una gran part de pacients ingressats són d'edat avançada i pluripatològics, pel que el risc d'ingrés perllongat augmenta i precisa d'un enfoc multidisciplinari i la col·laboració amb altres Centres Assistencials per disminuir l'estada a l'hospital d'aguts (Geriatría, UFISS, Centre Sociosanitari, Convalescència...).

És per aquesta raó que l'objectiu del nostre estudi és esbrinar quins són els motius que perllonguen l'estada hospitalària a la planta de COT del nostre centre, per tal de poder incidir en elles i disminuir-ne les complicacions associades.

Material i mètodes

Hem realitzat un estudi observacional retrospectiu mitjançant les dades recopilades dels ingressos de 10 o més dies a la planta d'hospitalització de COT, en el període de gener a desembre de 2018. Hem recollit dades referents a edat i sexe, la causa d'ingrés, el tractament realitzat i els motius medico-socials que han causat una demora de l'alta hospitalària.

Resultats

En l'anàlisi estadístic s'ha observat que dels pacients estudiats (1867 ingressos en total), 241 han tingut una estada

hospitalària de 10 o més dies, el que estableix un 12.91% de llarga estada hospitalària. Les patologies causants de demora de l'alta han estat, en primer lloc, la infecció de ATG amb una mitjana de 49.43%, en segon lloc els politraumatismes (23.14%) i, en tercer lloc, els recanvis d'artroplàstia total de maluc de causa no infecciosa (21.67%). Com a causa de demora de l'alta d'aquests, hem observat que un 47.6% dels pacients tenen més d'un motiu, destacant la complicació postoperatòria (40.67%) i el tractament antibiòtic endovenós (26.75%). Cal destacar que no s'han trobat diferències estadísticament significatives entre la demora de la intervenció i els problemes mèdics secundaris a aquesta, ja que només en un 1.8% dels casos estudiats s'ha demorat la intervenció. Però si una alta incidència de complicacions mèdiques (81.02%) relacionat amb una edat més avançada i amb un augment de l'estància.

Conclusió

Amb tot això, podem concloure que la principal patologia d'ingrés perllongat és la infecció d'artroplàstia total de genoll. I el principal motiu de demora de l'alta és una combinació de factors, destacant la complicació postoperatòria i l'antibiòtic endovenós. Una edat més avançada condiciona un augment de les complicacions mèdiques que allarguen l'estància hospitalària, però una demora en la intervenció quirúrgica, no augmenta les complicacions mèdiques.

CO-66

PODEM ESTALVIAR EN SANITAT.

Alejandro Santamaría Fumas, Juan Manuel Ríos Ruh, Laia López Capdevila, Alejandro Domínguez Sevilla, Jorge Román Verdasco, Jose Miguel Sales Pérez
 Consorci Sanitari Integral, Barcelona

Introducció i objectius

L'estalvi en despesa sanitària és un concepte unit a l'activitat assistencial. Les polítiques sanitàries tenen com a objectiu millorar la qualitat de vida amb els recursos existents. El pacient amb peu de Charcot necessita atenció multidisciplinar, diferents tractaments, prolongats períodes d'hospitalització i múltiples cures i intervencions durant el seu llarg seguiment, amb resultats no sempre satisfactoris.

Aquesta situació sembla incompatible amb l'estalvi sanitari, però el present estudi demostra que no és així.

Material i mètodes

Sèrie de 6 pacients afectes de peu de Charcot complex sotmesos a tractament mitjançant cirurgia "en un sol temps" que permet tractar la infecció òssia i de parts toves i corregir la deformitat estructural amb un sistema de fixació circular

estàtic, amb desaparició de l'úlcer i el procés infecció actiu als 10.3 mesos de la cirurgia.

Revisió d'històries clíniques diferenciant despeses imputables a les variables hospitalització, visites mèdiques i cures, proves complementàries, tractament antibiòtic i cirurgies. Totes les variables a estudi són costos directes consumits en l'àmbit hospitalari i el càlcul dels recursos estalviats en ells amb el nou programa de tractament d'aquests pacients.

S'analitzen les dues alternatives de tractament mitjançant l'anàlisi cost benefici mesurat en termes de diners (euros); des diagnòstic inicial de peu de Charcot (mitjana de tractament sense resultat reeixit 41 m), comparant-lo amb despesa després fixació (29 m).

Anàlisi estadística cost-benefici de les variables a estudi.

Resultats

La despesa total dels sis casos va ser de 655.479 € previ a fixació circular i a 226.542 € després d'ella, un estalvi de 428.937 € (65%), índex o ràtio benefici cost brut = 0,65.

Les despeses derivades de visites a urgències, hospitalització, convallescència-llarga estada, abans i després van disminuir un 63%, 65.441 €-pacient davant 25.223 € després de fixació.

El tractament antibiòtic és l'única variable que augmenta la seva despesa després de la fixació externa, 2.795 €-pacient abans i 3.260 € després fixació, índex o ràtio benefici cost brut = -0,17.

Pel que fa als procediments quirúrgics, l'ús del fixador disminueix el cost global; el cost de materials d'un sol ús, esquelet fixador, personal, temps de col·locació i ocupació quirúrgica genera un consum mitjà de 4.672 € -pacient davant de 8.863 €, índex o ràtio benefici cost brut = 0,47.

Les visites successives i cures suposen una despesa total prefijador de 181.306 € enfront de 31.540 €, índex o ràtio benefici cost brut = 0,83.

Conclusió

La fixació circular externa en el maneig del peu de Charcot és un tractament avalat científicament; amb l'estalvi directe que suposa el seu ús, els nostres gestors han de dirigir els recursos existents a millorar la qualitat de vida dels nostres pacients, evitant l'amputació i disminuint les despeses.

CO-67

PROGRAMA DE RECUPERACIÓ INTENSIVA FUNCIONAL EN CIRURGIA PRIMÀRIA D'ARTROPLÀSTIES DE MALUC I GENOLL.

Juan Castellanos Robles, Beatriz Sahun Mairal, Pablo Del Amo Genova, María Luisa Fontalva Guerrero, Marta Ferrer Vidal

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

Introducció i objectius

Determinar els beneficis d'instaurar un programa de recuperació intensiva funcional en cirurgia primària d'artroplàsties de maluc i genoll (PRIFA) al comparar-lo amb el mètode de recuperació convencional (previ), així com determinar si hi ha diferències entre tots dos en l'índex de complicacions.

Material i mètodes

Estudi descriptiu recollint les primeres 575 artroplàsties primàries de maluc i genoll utilitzant el mètode PRIFA durant el període del 31/7/2017 al 31/12/2018 i comparant amb un grup control previ de recuperació convencional.

Les variables comparades en ambdós grups van ser l'edat, el sexe, l'ASA, l'estada mínima i màxima, l'estada mitjana, les complicacions intrahospitalàries i durant els primers 3-6 mesos, i l'índex de reingressos als 30 i 90 dies.

Resultats

Tots dos grups van ser comparables pel que fa a edat, sexe i ASA. La reducció de l'estada mitjana va ser de 2,81 dies. No es van observar diferències significatives pel que fa a complicacions intrahospitalàries, reingressos ni complicacions en els primers 3-6 mesos postalta.

Conclusió

La instauració d'un programa de recuperació accelerada en cirurgia protèsica primària de genoll i maluc aconsegueix disminuir les estades intrahospitalàries (i per tant el cost) i ho fa sense augmentar ni les complicacions ni l'índex de reingressos.

CO-68

RECERCA EN UN SERVEI DE CIRURGIA ORTOPÈDICA I TRAUMATOLOGIA A CATALUNYA.

Montserrat Jornet Gibert, Mariano Balaguer Castro, Ferrán Fillat Gomà, Raúl Pellejero García, Jorge Serrano Sanz, Pere Torner Pifarré

Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

Introducció i objectius

La pràctica clínica basada en l'evidència és un enfocament de la pràctica assistencial que té com a objectiu obtenir i aplicar la millor evidència científica disponible en la presa de decisions.

Des de fa uns anys, en el nostre servei hem impulsat la recerca amb la finalitat d'obtenir evidència per millorar la nostra activitat quotidiana.

L'objectiu d'aquesta comunicació és revisar l'activitat científica d'un servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia, i discutir estratègies per impulsar la pràctica clínica basada en l'evidència.

Material i mètodes

Es tracta d'una revisió de la producció científica del nostre servei pel que fa a tesis defensades, tesis inscrites, projectes de recerca propis, projectes multicèntrics, projectes d'innovació, beques i premis aconseguits i publicacions.

Resultats

El nostre grup de recerca està format per 42 membres (18 investigadors principals, 23 investigadors associats, i 1 coordinador de recerca).

En els darrers anys s'han defensat un total de 3 tesis doctorals, i en tenim 8 d'inscrites. Actualment, tenim altres 6 projectes de recerca propis en curs, i participem en 13 estudis multicèntrics. Liderem també, des del Laboratori 3D del nostre hospital, un projecte d'innovació que involucra totes les unitats del servei. Hem aconseguit 7 beques de recerca competitives i 3 premis a la producció científica. Hem publicat 10 articles en revistes nacionals i internacionals en els darrers 2 anys.

Conclusió

Malgrat les dificultats per combinar la recerca amb l'activitat assistencial quotidiana, els resultats són altament satisfactoris. El treball col·laboratiu i interdisciplinari, i el suport tècnic són clau per dur endavant la recerca en un servei de COT.

CARTELLS CIENTÍFICS

P-01

A PROPÒSIT D'UN CAS DE TETRAPLEGIA SECUNDARI A MIELOPATIA COMPRESSIVA PER ABSCÉS RETROFARÍNGEO EN UN PACIENT AMB ÚLCERA CRÒNICA PER COCAÏNA.

Aldo Velasco Barrera, Francesc Girvent Montllor, Neus Anglada Torres, Raúl Pellejero García
Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

Introducció i objectius

L'abscess retrofaríngeo és la infecció entre la paret posterior de la faringe i la fàscia prevertebral, és poc freqüent, més habitual en nens per extensió d'infeccions orofaríngees que en adults.

La causa en adults habitualment és per traumatisme després ingesta de cossos estranys que lesionen l'esòfag o la tràquea, per maniobres d'intubació orotraqueal traumàtiques i el menys freqüent per infeccions orals i odontogèniques.

La majoria d'aquests abscessos són de tipus polimicrobianos predominant en ordre de freqüència: estreptococ, staphylococcus i anaerobis.

Causes menys comuns, com ara tuberculosi, sífilis i fractures vertebrals han de ser descartades.

Amb l'exploració física i els estudis d'imatge es poden identificar els casos en el seu inici.

Els pacients poden presentar: febre, odinofàgia, disfàgia, disfonía, sialorrea, rigidesa cervical i sèpsia. A la inspecció pot apreciar un bombament a la paret faríngea posterior.

A la radiografia lateral del coll s'aprecia una ampliació del teixit tou prevertebral

Altres signes radiològics indirectos que es poden observar són la pèrdua de la lordosi normal de la columna cervical, presència d'aire i / o de cos estrany en teixits tous.

La TC és útil per al diagnòstic d'infeccions en estadi primerenc alhora que permet fer la diferenciació entre cel·lulitis i abscess, també és útil en definir les estructures vasculares i la seva relació amb el procés infecciós, igual que delimita l'espai compromès.

La RM té una resolució superior que la TC per avaluar el espai retrofaríngeo amb una sèrie de seqüències, incloent la

difusió, sense això aquest examen no l'hi utilitza de manera rutinària per al diagnòstic d'aquesta patologia.

Aquesta patologia difícilment es resol de forma espontània sent potencialment letal, de manera que un dels objectius és la identificació precoç, antibioteràpia endovenosa i en ocasions drenatge quirúrgic.

Les complicacions són potencialment perilloses i inclouen: extensió posterior per-vertebral (osteomielitis, discitis, abscess epidural); extensió lateral involucrant la vasculatura, compressió anterior, compromentent la via aèria, extensió inferior al mediastí resultant en mediastinitis i disseminació sistèmica i el desenvolupament de sèpsia.

Material i mètodes

Dona de 53 anys d'edat, amb antecedents de càncer de mama, consumidora de tabac, 20 cigarrets al dia i consumidora de cocaïna 1 cop a la setmana que comença amb cervicàlgia irradiada a trapezis i presència d'ulcera en rinofaringe de llarga evolució portadora de pròtesis de paladar. Es va tractar de forma conservadora.

A la setmana ingressa a UCI per sèpsia.

Es realitza drenatge quirúrgic. Durant el postoperatori realitza tetraplegia. Es intervé quirúrgicament per segona vegada realitzant neteja i drenatge de abscess sense instrumentació.

Resultats

TAC facial: Erosió completa del paladar, cornets inferiors bilaterals i septe nasal. Osteïtis crònica del clivus amb àrea flemonosa / edematosa atlo-odontoidea.

IRM cervical: Extensió de procés inflamatori-infeccions prevertebral i intra-raquideo amb un abscess epidural anterior a nivell C1-C2 sense signes de mielopatia compressiva.

RM cervical posterior a 1era intervenció: Empitjorament radiològic de procés infecciós amb augment de abscess epidural en C1-C2 amb presència de epiduritis cervical posterior amb presència de col·lecció laminar epidural postero-lateral esquerra condicionant una compressió del cordó medul·lar cervical amb fenòmens d'edema / isquèmia medul·lar.

Els cultius intraoperatoris són positius per Streptococcus anginosus i Prevotella oralis sensibles a ceftriaxona i metronidazol. Es realitza tractament ceftriaxona-metronidazol-moxifloxacino per 8 setmanes. La pacient recupera la mobilitat de

les 4 extremitats i queden com a seqüeles disestèsies en palpissos de la mà esquerra, cervicàlgia amb irradiació a trapezi dret. Dispnea residual de moderats esforços que necessita múltiples ingressos per infeccions de vies respiratòries.

Als 6 mesos presenta TAC de control amb osteïtis crònica clival i esfenoidal i espondilodiscitis C2-C3.

RM amb resolució radiològica de col·lecció intraraquidea. Persistència de hipersenyal em T2 del cordó medullar des del bulb fins D4.

Conclusió

Els abscessos profunds del coll són potencialment letals. La identificació precoç, l'antibioticoteràpia i el drenatge són el tractament d'elecció que poden salvar la vida i minimitzar les seqüeles.

P-02

LIPOMA ARBORESCENS DE GENOLL.

Pere Mir Batlle, Miquel Pulgarín Domínguez, Josep Batlló Sabala, Cristian Canova Kalory, Carles Sabaté Grau
Hospital Sant Bernabé de Berga, Barcelona

Introducció i objectius

El lipoma arborescens de genoll és una tumoració benigne en que es produeix una infiltració lipoidea de la membrana sinovial del genoll que recorda la morfologia de les branques d'un arbre. Es pot localitzar en qualsevol articulació, bursa o tendó, tot i que predomina en genoll com a una massa suprapatel·lar, d'un 5 a 20% poden ser bilaterals. Donat la seva evolució lenta poden tardar mesos en diagnosticar-se. El seu tractament és només quirúrgic. Les recidives són molt infreqüents i tardanes.

Material i mètodes

Pacient de 53 anys que presenta creixement progressiu del perímetre del genoll en els darrers 3 mesos amb dolor les darreres setmanes. La ressonància és molt demostrativa per la infiltració lipoidea de la membrana sinovial que recorda el greix, especialment en seqüències T2.

La macroscopia i microscopia de la tumoració són definitòries al visualitzar la membrana sinovial amb una proliferació papilar amb vellositats lipoidees (infiltrades de greix). El pacient es tracta per artroscòpia amb exèresis de tot el teixit infiltrat. El menisc extern es sutura.

Resultats

El pacient presenta un seguiment de 18 mesos sense recidives, si bé l'evolució ha estat irregular per la coexistència posterior d'una infecció nosocomial per *Mycobacterium Xenopi*. En les noves ressonàncies i cirurgies posteriors (per la infecció) no hi ha evidència ni de persistència de la malaltia original ni de recidiva.

Conclusió

El lipoma arborescens és un tipus de tumoració benigna articular amb unes característiques per ressonància, macroscopia i microscopia molt específiques que el fan diferent de qualsevol altre tumoració. El pronòstic després de la seva resecció quirúrgica és bò amb un baix índex de recidives.

P-03

RESULTATS RADIOLÒGICS EN EL TRACTAMENT DE LES FRACTURES DE L'HÚMER PROXIMAL AMB PRÒTESIS TOTAL INVERTIDA DE TIJA ANATÒMICA NO CIMENTADA.

Francesc Goñalons Giol, Cristina Ventura Parellada, Xavier Llorens Martínez, Amàlia Martínez Ruíz, Ferran Gàmez Baños, Jose María Mora Guix
Hospital de Terrassa, Barcelona

Introducció i objectius

La indicació de pròtesis invertides en les fractures d'húmer proximal complexes ha pres un paper preponderant en els últims anys.

La tècnica general actual implica una cimentació de la tija, comportant així un augment del temps quirúrgic o una possible revisió quirúrgica no exempta de complicacions. En el present estudi, realitzem el seguiment d'una mostra de pacients amb fractures complexes d'húmer proximal en 3 o 4 fragments, on indiquem com a tractament definitiu una pròtesis total invertida amb tija anatòmica no cimentada associada a una sutura de tuberositats.

L'essència d'aquest estudi recau en l'avaluació radiològica relativa a la consolidació de les tuberositats.

Material i mètodes

Estudi descriptiu prospectiu on s'inclou una mostra de vint-i-set pacients amb un antecedent d'una fractura d'húmer proximal, tractada amb una pròtesi total invertida de tija no cimentada. Varen ser avaluats durant un any.

Resultats

Es varen estudiar 27 pacients amb una edat mitja de 73 anys (DE:7,1), dels quals un 77,85% eren dones (21/27 pacients). La taxa de consolidació de tuberositats en el nostre estudi va ésser del 77,8% (front a un 14,8% de no consolidació).

El test de Constant mig era de 60 (DE: 9,5) en el grup amb una correcta consolidació de les tuberositats front a una puntuació de 51 punts (DE:12) en els pacients amb una consolidació de tuberositats deficitària.

No es varen apreciar casos de falta d'osteointegració de la tija ni de notch escapular.

Conclusió

Aparentment, la tècnica no cimentada otorga uns resultats similars als observats en la literatura descrita amb la tècnica tradicional.

Donat que els beneficis d'una no cimentació són clars, es podria plantejar un canvi en el Gold estàndard de tractament, encara que això precisi d'estudis futurs amb una mostra major.

P-04

POLIDACTILIA EN L'ADULT. A PROPÒSIT D'UN CAS.

Francesc Goñalons Giol, Cristina Ventura Parellada, Jordi Gasch Blasi, Enrique Puñet Blanco, Jose María Mora Guix
Hospital de Terrassa, Barcelona

Introducció i objectius

La polidactília presenta una incidència de 1-1,5 casos /1000 naixements. de localització habitualment postaxial i amb un component de bilateralitat que pot arribar fins al 50%.

Comporta una forta càrrega genètica, relacionada amb alguns síndromes, tals com les trisomies del cromosoma 13 o del 21. Es tracta d'una entitat que haurem d'estudiar bé, degut a que pot comportar alteracions a nivell biomecànic i estètic.

Material i mètodes

Presentem el cas d'un pacient de 48 anys, d'ètnia xinesa, amb una polidactília postaxial bilateral de peu. Sense antecedents personals rellevants ni síndromes familiars coneguts.

Acut a la consulta explicant àlgies i dificultat per a calçar-se.

No s'havien fet controls previs. Es tracta d'una polidactília postaxial bilateral amb un metatars en "Y" del peu dret i un metatars de cap ample en el peu esquerre.

Es planteja realitzar un tractament quirúrgic realitzant una excisió del cinquè dit i una regularització de cinquè metatars, diferint les cirurgies 4 mesos una respecte de l'altre.

Resultats

El pacient presenta una correcta evolució clínica posterior. Va poder realitzar una càrrega immediata de la extremitat, essent portador d'una sabata de sola plana i rígida durant 3 setmanes. Posterior retorn al seu treball habitual i es pot calçar amb sabates convencionals.

Conclusió

Ens trobem davant d'una patologia amb una alta càrrega genètica i que manté una relació estreta amb diferents patologies sindròmiques.

És habitual i pertinent realitzar un seguiment des de la infància, valorant la opció quirúrgica, de cara a evitar futurs problemes biomecànics i estètics.

Cal donar-li importància a la classificació per a donar un tractament quirúrgic adequat en cas de fos necessari.

P-05

CALCANECTOMIA PARCIAL EN FRACTURA OBERTA DE CALCANI EN UN PACIENT DIABÈTIC. A TOMB D'UN CAS.

Laia Brunet I Torres, Jordi Codina Santolaria, Miguel Ángel Marin Cop, Manel de La Rosa Fernández
Althaia. Xarxa Assistencial i Universitària de Manresa

Introducció i objectius

El principal repte a l'hora de tractar úlceres en el taló és la dificultat d'obtenir una cobertura adequada de les estructures exposades. El taló representa la segona regió anatòmica on més freqüentment es desenvolupen úlceres per pressió, i la que més probabilitat té de requerir una amputació infracondílica de l'extremitat, sobretot en casos d'osteomielitis.

Com a opcions terapèutiques de preservació de l'extremitat trobem el desbridament ossi i cobertura amb penjoll muscular regional, tot i que té una recuperació més lenta i s'associa a la morbiditat de la zona donadora. La opció d'utilitzar un penjoll lliure no sempre és viable degut a l'estat vascular compromès de l'extremitat.

La calcanectomia parcial representa una opció terapèutica preservadora de l'extremitat útil en pacients de risc (vasculopatia, diabetis), que permet tractar la úlcera profunda i erradicar la osteomielitis concomitant. Es considera una intervenció curativa amb l'objectiu de reduir la prominència òssia i permetre el tancament dels teixits tous del voltant, que potencialment pot evitar la necessitat d'amputació de l'extremitat.

Els objectius són conèixer la utilitat de la calcanectomia com a tractament quirúrgic en pacients diabètics que presenten úlceres amb exposició de calcani, i conèixer els beneficis que pot aportar la calcanectomia davant l'amputació infracondílica en aquests pacients.

Material i mètodes

Presentem el cas d'un home de 64 anys amb diversos factors de risc cardiovascular, entre ells diabetis mellitus tipus II, i amb antecedents de cirurgia de revascularització de l'extremitat inferior dreta, que presenta una fractura d'Essex-Lopresti oberta sobre úlcera diabètica en la mateixa extremitat.

El pacient va ser intervingut quirúrgicament practicant-se una calcanectomia parcial, a 2 cm de l'articulació subastragalina i a 4 cm de l'articulació calcani-cuboidal, i realitzant-se una osteosíntesi del calcani remanent amb un cargol canul·lat de 4mm de diàmetre, i reanclatge del tendó Aquil·les a la fàscia plantar. Es va aconseguir tancament directe per primera intenció.

Resultats

El pacient va presentar inicialment una evolució tòrpida, amb pic febril de 38°C als sis dies post-cirurgia, i amb cultius positius per *Serratia marcescens* per la qual es va realitzar antibioteràpia dirigida amb Meropenem i Fosfomicina.

Es va procedir a una nova intervenció quirúrgica 10 dies després de la calcanectomia, observant-se un abscess peritendiós que es va desbridar, i una dehiscència de la sutura distal del tendó Aquil·les procedint-se a un reanclatge.

Davant la persistent evolució erràtica de la ferida, es va instaurar teràpia de pressió negativa (TPN) amb el sistema PICO, aconseguint-se finalment una millora en l'evolució de la ferida quirúrgica, i granul·lació de la mateixa. Un mes més tard es va aturar la TPN, i dues setmanes després l'antibioteràpia. El pacient va poder ser donat d'alta, deambulant amb una ortesi amb cunya talar per mantenir equí.

Conclusió

- La calcanectomia permet la preservació de l'extremitat, amb una millor morbimortalitat en els pacients afectes d'úlceres diabètiques en el taló.
- Es precisa un desbridament exhaustiu en el cas d'associar-se a una osteomielitis.
- La calcanectomia permet el retorn del pacient a les seves activitats quotidianes, i a la deambulació sense pròtesis, o com a molt amb adaptació al calçat.

P-06

OSTEOTOMIA VALGUITZANT AMB PLACA DCP EN PSEUDOARTROSI DE FRACTURA BASICERVICAL DE FÈMUR. ¿ÉS L'OSTEOTOMIA ENCARA VIGENT A L'ACTUALITAT?

Enrique Pich-Aguilera Blasco, Joan Vilanova Laguna, Elisenda Ricou Mur, Clara Dolz Feliu, Beatriz Mirón Domínguez, Josep Miquel Sales Pérez
Consorti Sanitari Integral, Sant Joan Despí, Barcelona

Introducció i objectius

El coll femoral està predisposat a la no-unió per factors mecànics i biològics. En ser intracapsular, està exposat al líquid sinovial; a més té una vascularització precària i en aquesta zona es transmeten unes elevades de forces de cisallament.

L'osteotomia intertrocantèria valguitzant descrita per Pauwels pretén transformar les forces de cisallament en forces de compressió per estimular la consolidació de les fractures.

Presentem un cas d'un pacient home de 48 anys amb dolor i impotència funcional de la cama esquerra de llarga evolució, després de traumatisme dos anys enrere. A les radiografies s'aprecia una fractura basicervical de fèmur en pseudoartrosi.

Es realitzen proves específiques que descarten osteonecrosi del cap femoral i es planteja una cirurgia de preservació del cap femoral.

El nostre objectiu és mostrar la vigència d'una tècnica clàssica en aquesta patologia.

Material i mètodes

Es va realitzar una planificació preoperatòria en paper. Mitjançant un abordatge lateral sobre el fèmur, es va obtenir una cunya d'osteotomia intertrocantèria de 30° i es va realitzar una síntesi amb placa DCP 120° i làmina de 75 mm. Sota control escòpic satisfactori.

Resultats

Es va passar d'una angulació al focus de 68° a una de 38°, apreciant una millor transmissió de forces de compressió a les radiografies.

La consolidació de la fractura es va assolir als 2,5 mesos.

El pacient va realitzar 6 setmanes de descàrrega, posteriorment càrrega parcial progressiva i als 2,5 mesos començà la càrrega total.

Actualment, als 2 anys, presenta una dismetria d'1,4 cm sense deambulació en tredelemburg. Fa vida normal sense dolor i presenta un balanç articular complet.

Conclusió

Les no-unions del coll femoral son un problema difícil de tractar i amb elevats índex de necrosi avascular degut a l'aport sanguini precari i les condicions d'estrès biomecànic.

És important descartar l'osteonecrosi del cap femoral per poder decidir el tractament definitiu (preservació del cap o no), especialment en gent jove, on ens interessa evitar el reemplaçament articular.

Creiem que l'osteotomia intertrocantèria valguitzant és encara un tractament adequat en defectes de consolidació deguts a un traç de fractura cisallant, en produir forces de compressió i per tant estabilitzant el focus de fractura.

P-07

L'ESPIROADENOMA ECRÍ A LA MÀ.

Marc Puigbert Velazco, Jairo Cebolla Tosán, Silvia López Marne, José Moranas Barrero, Xavier Sanjuán Garriga, José Luis Agulló Ferre
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 mostrava una tumoració de 12x13x14 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 laboral. 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-08

MANEIG INICIAL DE L'ENUCLEACIÓ OBERTA DE L'ASTRÀGAL.

Marc Puigbert Velazco, Jairo Cebolla Tosan, Eric Camprubí Garcia, Carles Tramunt Monsonet, José Luis Agulló Ferré
Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Introducció i objectius

Les luxacions totals o enucleacions de l'astràgal són lesions poc freqüent i que habitualment es presenten com a luxacions obertes i associades a fractures. El maneig inicial inclou l'inici d'antibioteràpia endovenosa, neteja i desbridament de la ferida, reducció de la luxació i fractures associades, i final-

ment la seva estabilització. S'han descrit múltiples complicacions, com la necrosi avascular, artropatia precoç, necrosi cutània, infecció de parts toves, etc. Hem d'actuar ràpidament i restituir l'anatomia amb la menor agressivitat possible per disminuir el risc d'aparició d'aquestes complicacions. Actualment, no existeixen guies terapèutiques ni classificacions que ens permetin optimitzar el maneig inicial d'aquestes lesions, per això existeixen múltiples opcions de tractament.

L'objectiu de l'estudi es valorar si la fixació externa pot ser la primera opció de tractament en el maneig inicial de les enucleacions obertes de l'astràgal.

Material i mètodes

Presentem el cas d'un pacient jove que va patir un accident mentre escalava, presentant una ferida a la cara medial del turmell esquerra amb luxació del cos de l'astràgal. La radiografia inicial mostrava una enucleació astragalina associada a fractura peroneal. Inicialment, es va iniciar el tractament antibiòtic endovenós i es va procedir a la neteja de la ferida, desbridament de vores desvitalitzades i reducció de la luxació. Posteriorment, es va implantar una fixació externa mitjançant una osteotaxis i una fixació interna de la fractura peroneal mitjançant una agulla de Kirschner intramedul·lar. Durant el període postoperatori no va presentar cap complicació local ni sistèmica.

Resultats

Revisem els casos d'enucleació oberta de l'astràgal tractats en el nostre centre en els últims cinc anys, obtenint una sèrie de cinc casos. Els dos casos que van ser seguits durant més de quatre anys, van presentar complicacions locals en forma de necrosi cutània al voltant de la ferida quirúrgica i un d'ells va requerir la cobertura amb empelt cutani autòleg. El maneig inicial en ambdós casos va ser la reducció oberta i la posterior immobilització amb guix suropèdic.

Conclusió

D'acord amb la literatura actual, creiem que la fixació externa pot estar indicada en aquells casos que poden evolucionar amb patiment de parts toves, amb l'objectiu d'aportar una major estabilitat, descàrrega articular i optimitzar el control de les parts toves en el període postoperatori.

P-09

MÉS ENLLÀ D'UNA LUXACIÓ GLENOHUMERAL. A PROPÒSIT D'UN CAS.

Elisenda Ricou Mur, Clara Dolz Feliu, Beatriz Mirón Domínguez, María José Muñoz Arnedo, Rubén Sánchez Naves, Miquel Sales Pérez
Consorci Sanitari Integral, Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Introducció i objectius

La luxació posterior glenohumeral és poc freqüent i difícil de manejar, associada a altres taxes de comorbiditat en passar fàcilment desapercebuda inicialment. Els mecanismes que la produeixen són variats, complicant-ne el diagnòstic. Davant d'un pacient amb dolor agut posttraumàtic i impotència funcional de l'espatlla s'ha d'incloure en el diagnòstic diferencial. El seu diagnòstic requereix un alt nivell de sospita clínica i imatges adequades. La identificació de lesions associades, com ara fractures o lesions del manegot dels rotadors, és important per guiar el tractament. Una vegada diagnosticada el maneig s'ha d'individualitzar depenent de les lesions associades i del temps transcorregut.

Material i mètodes

Presentem el cas clínic d'un pacient masculí de 51 anys amb els següents antecedents patològics: prolapse mitral i endocarditis. El febrer del 2018 acut a urgències del nostre centre amb omàlgia esquerra i impotència funcional després de patir una caiguda casual. En la radiologia inicial es diagnostica de luxació glenohumeral posterior amb sospita de fractura de l'húmer proximal no desplaçada i es procedeix a reducció sota sedació. A la radiografia de control s'objectiva persistència de la luxació posterior i fractura desplaçada amb tercer fragment de la diàfisi proximal de l'húmer.

S'ingressa al pacient per tractament definitiu i dins de les primeres 24 h d'evolució es realitza reducció oberta i fixació interna amb bon resultat radiològic postoperatori.

Resultats

Actualment, el pacient està sense dolor, ha recuperat la major part de la seva mobilitat amb un balanç articular gairebé a límits. Radiològicament s'evidencia consolidació de la fractura, material d'osteosíntesi in situ i sense signes de necrosi del cap humeral.

Conclusió

El correcte diagnòstic inicial d'aquest tipus de lesió i el seu tractament inicial té vital importància i pot esdevenir un repte pel cirurgià. El tractament precoç és important per evitar l'aparició de complicacions. La reducció oberta amb fixació interna en el moment agut de la lesió és un tractament amb bons resultats postoperatoris.

P-10

RUPTURA ESPONTÀNIA COMPLETA BILATERAL DEL TENDÓ QUADRICIPITAL EN UN PACIENT SA. A PROPÒSIT D'UN CAS.

Elisenda Ricou Mur, Joan Vilanova Laguna, Enrique Pich-Aguilera Blasco, Eudald Romero Pijoan, Miquel Videla Cés
Consorci Sanitari Integral, Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Introducció i objectius

La ruptura espontània i simultània d'ambdós tendons quadrícipitals és poc freqüent en pacients joves i sans. S'ha descrit casos relacionats amb traumatismes de baixa energia amb pacients amb algunes malalties cròniques (insuficiència renal crònica, hiperparatiroidisme, diabetis mellitus, gota, lupus sistèmic eritematós) i la presa de certs fàrmacs (corticoides, estatines i quinolones). El diagnòstic és clínic, podent-se recolzar d'ecografia i/o ressonància magnètica.

Material i mètodes

Presentem el cas clínic d'un pacient masculí de 46 anys amb els següents antecedents patològics: hepatitis A en l'adolescència. A l'octubre del 2018 es visita per gonàlgia bilateral i impotència funcional arran de realitzar una flexió forçada mentre saltava en uns llits elàstics. A l'exploració física presentava signe de la destrallada a nivell supra-rotulí bilateral i impotència en la extensió activa dels genolls. La radiologia simple no mostrava lesions òssies i s'apreciaven signes indirectes de patel·la baixa.

S'ingressa al pacient per a tractament definitiu quirúrgic de manera diferida. Es realitza sutura tipus Krackow amb Ethibon® del 5.0 amb tres tunelitzacions a la patel·la. S'immobilitza durant 4 setmanes amb dues ortesis en extensió. Inicia la càrrega assistida amb croses a les 4 setmanes postoperatories.

Resultats

Als tres mesos postoperatoris el pacient està sense dolor. Amb un balanç articular bilateral de 0 – 125°. Balanç muscular normal, diàmetres simètrics. Camina sense ajudes. Ha reiniciat activitat laboral i esportiva habitual sense limitacions. L'anàlisi histopatològic de les mostres intraoperatories van resultar inespecífiques.

Conclusió

Les ruptures bilaterals del aparell extensor del genoll són poc freqüents, però molt discapacitants. El diagnòstic clínic permet un ràpid maneig quirúrgic facilitant una recuperació funcional òptima. Per analitzar les ruptures tendinoses del quàdriceps és necessària una bona anamnesi i una acurada exploració física associada a radiologia simple. Pot ser d'ajuda la realització d'estudis complementaris d'imatge amb ecografia i/o ressonància magnètica.

P-11

PETITES MANIPULACIONS, GRANS CONSEQÜÈNCIES. MIOSITIS SEVERA AMB ABCSÉS GLUTI POSTINFILTRACIÓ AMBULATÒRIA PER TROCANTERITIS.

Georgina Sàrries López, Isabel Codony Arqués, Jaime Morales de Cano, Montse Arias Rivero, Agustí Pinyana Garriga, Laia Boadas Gironés
ConSORCI Hospitalari de Vic, Barcelona

Introducció i objectius

A propòsit d'un cas d'abscessos per *S. aureus* al maluc E secundari a infiltració de trocànter esquerre, es revisa bibliografia sobre les complicacions de les infiltracions que es practiquen habitualment a la consulta externa.

Presentem una dona de 70 anys sense AP d'interès que acudeix a consultes externes per a valoració de dolor a trocànter E, sense referir traumatisme ni mal gest aparent. Es diagnòstica clínicament de trocànteritis, practicant infiltració de 2cc de mepivacaina + 2cc de triamcinolona sota estrictes condicions d'asèpsia. Als 5 dies postinfiltració es presenta a urgències amb dolor al maluc a nivell de trocànter, sense dolor a l'articulació coxofemoral associat ni febre. Es realitza anàlisi de sang, amb única troballa de PCR de 220. Descartant altres focus infecciosos es decideix ingrés per a estudi.

Material i mètodes

Es realitza estudi d'extensió amb RNM, que objectiva miositis associada a extenses col·leccions localitzades per sota del glutí major amb extensió cap a la regió trocantèrica i per sota del vast lateral. Com a estudi d'extensió per a determinar-ne l'etiologia es practica RNM lumbar, TAC abdominal i ecocardiografia, que descarta un origen primari a aquests nivells.

Es procedeix a intervenció quirúrgica consistent en desbridament ampli de l'abscessos amb presa de mostra per a cultiu, positiva per a *S. Aureus*. Es comença tractament antibiòtic amb una durada de 4 setmanes endovenós seguit d'antibiòtic oral, començant amb antibiòtic d'ampli espectre seguit de levofloxacino segons antibiograma.

Resultats

L'evolució va ser bona, amb resolució de la infecció i dels paràmetres inflamatoris, bon estat de les ferides quirúrgiques i bon estat general.

Conclusió

La complicació més freqüent de les infiltracions és la infecció, sobretot per *S. Aureus*. També cal mencionar els riscos inherents als produïts pel fàrmac injectat, com ara destrucció del teixit tendinós o l'atròfia del teixit subcutani que pot produir la cortisona. És important indicar-les adequadament, informar

als pacients dels possibles riscos i fer-les en les condicions de màxima asèpsia, així com no practicar-les de manera reiterada.

P-12

INFECCIÓ PTG POST-EXTRACCIÓ DENTAL.

Georgina Sàrries López, Isabel Codony Arqués, Jaime Morales de Cano, Agustí Pinyana Codony, Montse Arias Rivero, Laia Boadas Gironés
ConSORCI Hospitalari de Vic, Barcelona

Introducció i objectius

A propòsit d'un cas d'infecció de pròtesis de genoll hematògena degut a manipulació dental, es revisa bibliografia sobre la seva incidència, patògens més habituals i profilaxis que s'hauria de seguir en cas de manipulació dental en pacients portadors de pròtesis articulars.

Presentem una dona de 55 anys diagnosticada de gonartrosis E, motiu pel qual se li practica una intervenció de substitució protèsica. Al cap de 5 mesos acut a control amb molt de dolor al genoll intervingut, explicant com a únic antecedent d'interès una extracció dental que se li va practicar un mes abans, posterior al qual va començar amb la clínica àlgica. Afebril durant el transcurs del procés.

Material i mètodes

Se li practica una anàlisi de sang sense cap troballa significativa, i se li practica una artrocentesis, extraient mostra per a cultiu positiva per a *S. Mutans*. Es decideix retirada de pròtesi i col·locació d'espaiador i s'inicia tractament ATB e.v amb ceftriaxona i gentamicina durant 1 setmana, per posteriorment fer ceftriaxona ev durant 5 setmanes i acabant amb amoxicilina oral un mes més. Als 5 mesos de la intervenció es practica el segon temps del recanvi.

Resultats

L'evolució va ser bona, amb resolució de la infecció, i mantenint un mobilitat i balanç articular del genoll complet.

Conclusió

La infecció de pròtesis per via hematògena degut a extracció dental és una entitat poc freqüent però típicament coneguda, que es deu a la infecció per via hematògena posterior a la bacterièmia provocada per les manipulacions dentals, amb els patògens més freqüentment associats els estreptococs del grup Viridans i anaerobis (*Peptococcus* spp. i *Peptostreptococcus* spp.). La profilaxis en aquestes situacions encara no està establerta per consens, si bé es suggereix que s'hauria de fer en casos en els que el pacient presenti algun factor d'immunosupressió o en casos de manipulacions dentals per processos infecciosos.

P-13

HEMATOMA ESPONTANI DEL PSOAS COM A CAUSA DE PARESIA FEMORAL AGUDA. A PROPÒSIT D'UN CAS.

Ana Scott-Tennent de Rivas, Jordi Espona Roselló, Amer Mustafa Gondolbeu, Jorge Fortuño Vidal, Pau Forcada Calvet, Jaime Marín Nasarre

Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

Introducció i objectius

L'hemorràgia retroperitoneal és una complicació poc freqüent, amb una incidència anual de 1,3% al 6,6% segons les series. Les causes poden variar des de traumatismes, coagulopaties i l'ús d'anticoagulants sistèmics.

L'objectiu és presentar el cas d'una dona, amb parèsia aguda quàdriceps 0/5 que, donats els seus múltiples antecedents mèdics, presenta un ventall no inestimable de causes possibles.

Material i mètodes

Dona de 72 anys que ingressa al servei d'oncologia per dolor intens engonal i trocànter major dret. Durant les pròximes 24h presenta parèsia 3/5 flexió maluc i 0/5 extensió genoll, hipoestesia territori femoral i areflèxia rotuliana dreta. Presenta antecedents rellevants d'espondilolistesi L5-S1 i deformatat plà coronal L4-L5, artroplàstia maluc dret 2012, anticoagulada per una FA i un càncer de mama diagnosticat 2 mesos abans de la simptomatologia per la qual se'ns consulta.

A les radiografies no s'aprecien canvis amb respecte als controls de l'artroplàstia ni de la columna vertebral. Tampoc s'observen imatges suggestives de M1 òssies. Al TAC i la RMN s'evidencia una tumoració heterogènia de 8,8x6,2 cm intramuscular psoas dret que suggereix hematoma.

Resultats

Donats els antecedents i la clínica es sospita d'hematoma espontani com a possible causa de la parèsia. S'ajusta la coagulació amb vitamina K i procedeix a desbridament quirúrgic a través d'un abordatge ilioinguinal mínimament invasiu a nivell de cresta ilíaca dreta, accedint al psoas per sobre del múscul ilíac, deixant un drenatge aspiratiu durant 48h. A les 24h la pacient comença amb milloria evident del dolor i del dèficit, sense cap complicació. Donada la bona evolució es dona d'alta amb recuperació parèsia quadricipital 4/5 i sense dolor. Actualment la pacient té una deambulació independent amb ajuda d'un bastó.

Conclusió

L'hematoma iliopsoas és una complicació poc freqüent de la teràpia anticoagulant. Segons la bibliografia, donat que la simptomatologia no és constant, el seu tractament definitiu no està ben establert, donat que pot ser únicament mèdic o medicoquirúrgic. Davant d'una sospita de compressió nerviosa

aguda, cal actuar el més aviat possible, evitant així una isquèmia del nervi i la instauració de la lesió. En aquest cas, l'anamnesi, l'exploració física, l'aplicació dels coneixements anatòmics permeten una actuació ràpida que afavoreix l'èxit terapèutic.

P-14

SÍNDROME D'AIXAFAMENT DESPRÉS D'UN COMA ETÍLIC, UNA CAUSA POC FREQUENT PERÒ IGUAL DE PERJUDICIAL.

Ana Scott-Tennent de Rivas, Jorge Fortuño Vidal, Ester Yuste Berenguer, Héctor Fabio Acosta, César Salamanca Ontiveiros, Antonio Gómez Ribelles

Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

Introducció i objectius

El síndrome d'aixafament és una manifestació sistèmica (rabdomiòlisi + insuficiència renal + xoc hipovolèmic) secundària a una reperfusió després d'una compressió continua i perllongada del teixit muscular. Habitualment es deu a una causa traumàtica (aixafament de l'extremitat a catàstrofes naturals, fractures, etc). S'han descrit causes menys freqüents, com l'aixafament perllongat després d'un coma per sobredosi de drogues per via parenteral.

L'objectiu és presentar un cas infreqüent d'un síndrome d'aixafament amb afectació sistèmica severa.

Material i mètodes

Noi de 31 anys, sense antecedents, que acut a urgències amb dolor intens a regió sural Esquerra, hipoestesia i dificultat per a mobilitzar el peu i el turmell. Refereix que s'ha despertat a la matinada pel dolor i amb vòmits. L'última cosa que recorda es haver-se begut mitja ampolla de vodka el dia anterior amb finalitat experimental. A l'exploració física destaca un dolor intens a la cama, amb tumefacció severa al compartiment lateral i posterior, dèficit motor e predomini extensor i sensitiu. A l'anàlisi s'observa acidosi metabòlica, Cr 1.52, CK >50000, confirmant-se així dany local i sistèmic.

Resultats

Davant la sospita clínica de síndrome compartimental, tot i l'absència d'una causa evident, és portat a quiròfan per a realitzar una fasciotomia urgent del compartiment lateral i posterior de la cama a través d'una única via lateral, confirmant-se el diagnòstic. Posteriorment, ingressa a la UCI per a iniciar una hidratació intensiva i hemodiàlisi, requerint un maneig postquirúrgic multidisciplinari complex i un ingrés hospitalari perllongat. Finalment, després d'una milloria local i sistèmica, és donat d'alta amb seguiment a consultes. Com a única seqüela, presenta una lesió del nervi peroneu (confirmat per EMG) precisant de l'ús d'una ortesi "foot-up" per a deambular.

Conclusió

El síndrome de l'aixafament provoca un dany sistèmic que afecta a òrgans vitals com a conseqüència d'un dany muscular causat per un aixafament perllongat, podent arribar a ser mortal. El temps és el factor pronòstic principal. Davant la sospita clínica s'ha d'actuar amb rapidesa i decisió, ajudant-se del maneig multidisciplinari.

P-15

ABSCÉS EPIDURAL DORSAL DESPRÉS D'ESPONDILODISCITIS LUMBAR. A PROPÒSIT D'UN CAS.

Ester Yuste Berenguer, Jaume Más Atance, Jordi Fortuño Vidal, Ana Scott - Tennent de Rivas, Héctor Fabio Acosta, Jaime Marín Nasarre

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida

Introducció i objectius

L'espondilodiscitis és una entitat infreqüent, que requereix alt índex de sospita, pel que habitualment, el diagnòstic és tardà. Clínicament es presenta amb dolor a nivell de raquis i febre. Quan el tractament antibiòtic s'inicia precoçment, el seu pronòstic és generalment favorable. El tractament quirúrgic es reserva en cas d'abscessos epidural amb compressió medul·lar o fracàs del tractament conservador. La taxa de recurrència és molt baixa (0 – 7%).

Presentar el cas d'una dona amb un abscessos epidural dorsal que apareix 3 mesos després d'una espondilodiscitis L2 – L4. El procés lumbar es va tractar amb èxit mitjançant antibioteràpia empírica (Piperacil·lina/Tazobactam 6 setmanes), tot i l'absència de focus primari i cultius negatius.

Material i mètodes

Dona de 86 anys sense antecedents rellevants pel cas, que consulta per dolor dorsal mal controlat i alteració sensitivo - motora en EEII. Amb diagnòstic de paraplegia per lesió medul·lar incompleta a nivell toràcic alt (ASIA B), ingressa per a estudi i tractament urgent.

La RM mostra abscessos epidural anterior a nivell T5 – T6, seqüeles de discitis lumbar en resolució, així com imatges compatibles amb cistitis enfisematosa, que s'assumeix com a probable focus primari. Les proves de neurofisiologia medul·lar confirmen la lesió.

Intervenim la pacient realitzant drenatge de col·leccions purulentes i presa de cultius, artròdesi T2 – T6 amb alliberació de canal T3 – T6. Iniciem antibioteràpia endovenosa amb Piperacil·lina/Tazobactam 4g.

Resultats

A les 24 h postintervenció, la pacient mostra milloria motora de la paraplegia per lesió medul·lar incompleta (ASIA C).

Els cultius intraoperatoris resulten positius a *Escherichia coli* pansensible, pel que es desescala a Levofloxacina 500mg/24h oral. La TC de control mostra la resolució de la col·lecció i del compromís medul·lar.

Conclusió

Les espondilodiscitis es resolen habitualment amb antibioteràpia de forma favorable. L'afectació d'un altre nivell és una condició infreqüent que cal sospitar davant d'un empitjorament del dolor acompanyat de dèficits neurològics de novo. Els factors de risc d'aparició de complicacions són l'edat avançada, símptomes perllongats abans del diagnòstic, germen causant *Staphylococcus aureus*, extensió paravertebral, diabetis, artritis reumatoide, no descens VSG o immunocompromís, alguns dels quals trobem en el nostre cas.

P-16

CIRURGIA RECONSTRUCTIVA ORTOPLÀSTICA D'APARELL EXTENSOR I RESCAT FUNCIONAL DE MEGAPRÓTESIS DE GENOLL.

Jaume Cámara Cabrera, Ramona García Rodríguez, Carles Puente Alonso

Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

Introducció i objectius

La pèrdua de l'aparell extensor després de l'artroplàstia total de genoll, tot i que infreqüent, és una complicació altament discapacitant que afecta tant a la funcionalitat de la artroplàstia com a l'implant en sí.

La suma d'un ambient sèptic i la pèrdua de cobertura de parts toves fa que en aquestes situacions, l'artròdesis de l'articulació estigui indicada.

Aquests casos es presenten com un repte majúscul, de difícil decisió i de escàs suport a la literatura com per fer un maneig el més reglat possible.

Material i mètodes

Presentem el cas i la tècnica quirúrgica d'un rescat i reconstrucció del aparell extensor en un pacient jove amb una pèrdua massiva de l'aparell extensor en una pròtesis tumoral de genoll.

Resultats

Es tracta d'un pacient de 46 anys d'edat que es derivat al nostre centre per infecció primària de PTG esquerra al Febrer de 2017.

Es tracta d'un pacient amb antecedent de gonartrosis esquerra postraumàtica. Al octubre de 2016 s'intervé de PTG sense incidències en el postoperatori immediat. Tot i així, fins a la derivació al nostre centre, aquest pacient es intervingut de 3 rentats intraarticulars i 1 rentat amb recanvi de parts mòbils

i empelt cutani lliure al Gener de 2017 per infecció de l'artroplàstia.

A l'arribada al nostre centre es decideix parar l'antibioteràpia es planifica el primer temps d'un recanvi en dos temps per infecció crònica. La cirurgia es realitza al Febrer de 2017 i es aldat amb una triple pauta antibiòtica ajustada.

L'evolució no és bona i al Novembre de 2017 requereix una nova cirurgia de recanvi d'espaiador de ciment i aplicació de fixador extern monolateral que es retirat al Abril de 2018.

Al Juny de 2018, després de la normalització analítica es programa el segon temps quirúrgic on es protetitza amb una artroplàstia tumoral Mega C de Link. L'evolució segueix no sent òptima i precisa de nova neteja quirúrgica i recanvi de parts mòbils a les 3 setmanes.

La ferida quirúrgica no presenta un bon aspecte i la funcionalitat articular es nul·la. Donat la mala evolució del cas, l'agudessa del nou quadre i la negativa del pacient a solucions definitives en el moment actual. A l'Agost de 2018 es realitza intervenció quirúrgica de desbridament radical de parts toves incloent pràcticament la totalitat de tendó quadricipital, patel·la i la totalitat de tendó rotulià i la posterior cobertura amb penjoll pediculat de gastrocnemi medial i plàstia autòloga de hemiaquil·les inclosa en el penjoll per reconstruir l'aparell extensor.

Durant l'acte quirúrgica la pròtesis presenta un bon anclatge i bona cimentació, La reconstrucció de l'aparell extensor es realitza mitjançant dos anclatges transossis en la part proximal tibial i sutura tipus pulvertaft amb el vast medial i remanents de tendó quadricipital.

El pacient va seguir un correcte curs postoperatori sense presentar complicacions importants ni complicacions a nivell de la ferida durant la seva estada hospitalària. Es manté bloqueig en extensió del genoll amb ajuda de ortesis que es manté 6 setmanes.

Als 6 mesos després de la intervenció el pacient romà asimptomàtic, deambula sense necessitat d'ajuda i amb un balanç articular de -40/90

Conclusió

Els casos de cirurgies de rescat sèptiques sempre suposen un repte per el metge tractant. Moltes vegades, després de diversos intents quirúrgics sovint l'artrodesi acaba sent la única solució quirúrgica i, en aquells casos que s'associen a grans defectes massius ossis i absència de funcionalitat articular s'acaba recurrent a la amputació reglada.

Tot i així, i sense suficient suport a la literatura, creiem que la reconstrucció i cobertura amb penjolls pediculats funcionals poden ser una solució de salvament de extremitat en casos límit.

P-17

TRACTAMENT DE RESCAT D'ENDOBUTTON EN RUPTURA DEL TENDÓ DEL BÍCEPS DISTAL.

Indhyra Lucia Sánchez Leo, Nikol Nentcheva Alexieva, Eloi Piella Prat, Amanda Arroyo Dorado, Ignacio Loyola García Forcada

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona

Introducció i objectius

Múltiples tècniques s'han descrit pel tractament de ruptures del tendó del bíceps distal.

La reparació amb Endobutton resulta una tècnica reproducible amb bons resultats amb baixa taxa de fallo. Reportem un cas d'afluixament de l'Endobutton i el seu tractament.

Material i mètodes

Pacient home de 40 anys que després d'aixecar un pes presenta dolor al colze esquerre. A l'exploració física s'aprecia "hook test" positiu i pèrdua de força al realitzar flexió del colze amb supinació. La ressonància magnètica es confirma ruptura completa del tendó del bíceps distal.

Es repara quirúrgicament amb ancoratge tipus Endobutton (ToggleLoc de Biomet).

Als 21 dies després d'iniciar mobilització presenta tumefacció fluctuant, amb eritema a nivell anterior del colze. Sense febre ni leucocitosi.

A la radiografia no s'aprecia mobilització de l'implant.

Es realitza TAC, s'informa de trabeculació del greix subcutani i exsudats superficials, destacant la presència de col·lecció en flexura interna del colze.

Es desbrida apreciant seroma i afluixament del Endobutton, presentant 1 cm de separació entre tendó i tuberositat radial. Es prenen mostres per cultius. S'extreu l'endobutton amb contra abordatge posterolateral. Es reancla al bíceps distal amb sutura transòssia.

Resultats

Cultius positius per S. Aureus, realitzant tractament antibiòtic amb augmentine durant 2 setmanes. Resolució satisfactòria del quadre infeccios. Es immobilitza a les 4 setmanes iniciant rehabilitació. Als 2 mesos presenta balanç articular i força completa.

Conclusió

El fallo de l'Endobutton és poc freqüent. En cas d'aparició de seroma a l'iniciar la mobilització després del reanclaje cal pensar en causa infecciosa com a primera opció.

Creiem que la combinació d'afluixament associat a infecció, el més indicat seria desbridament amb la retirada de l'implant i reanclaje ossi usant el mínim material possible, com el que vam realitzar en el nostre cas.

P-18

TRACTAMENT DE LES FRACTURES INESTABLES DE FÈMUR PROXIMAL SOBRE UN SEGMENT AMB UN VÀSTAG DE REVISIÓ FEMORAL TRACTATS MITJANÇANT UN CLAU CURT I UNA PLACA PROFILÀCTICA. A PROPÒSIT DE TRES CASOS I REVISIÓ DE LA LITERATURA.

Maria Jurado Ruiz, José Vicente Andrés Peiró, Juan Antonio Porcel Vázquez, Ernesto Guerra Farfán
Hospital Universitari de la Vall d'Hebron, Barcelona

Introducció i objectius

Quan es produeix una fractura inestable del fèmur proximal en la qual està present una pròtesi total de genoll de revisió amb vàstag femoral, hi ha controvèrsia en la literatura respecte a l'elecció dels components apropiats per a la seva fixació. L'estabilitat de la fixació, la presència d'un component amb vàstag distal i la combinació de factors que augmentarien el risc de fractura femoral interprotésica restringeixen les possibilitats en el tractament d'aquestes fractures. Dins de les opcions de maneig possibles trobem les plaques DCS, les plaques PFP, el strut cortical i el clau interlocking endomedular curt juntament amb una placa extramedular de neutralització lateral, amb avantatges i inconvenients respectius.

Objectius: Analitzar si el tractament de fractures del fèmur proximal sobre un segment amb un vàstag de revisió femoral amb un clau curt i una placa profilàctica és vàlid i ofereix taxes de complicacions equiparables al tractament de fractures amb placa aïllada.

Material i mètodes

Estudi retrospectiu de tres pacients tractats quirúrgicament al nostre hospital entre 2015 i 2019 a causa d'una fractura de fèmur proximal en presència d'una pròtesi total de genoll de revisió ipsilateral. Revisió de la literatura existent sobre el tema.

Resultats

En la nostra sèrie de casos, el 75% eren dones, amb una edat mitjana de 81,5 anys, totes havien estat diagnosticades prèviament amb osteoporosis, la meitat tenia diabetis mellitus tipus 2 i la meitat tenia un augment risc de caure. Tots van iniciar càrrega en el postoperatori immediat sense incidències. El constructe es va mantenir estable al llarg del seguiment.

Conclusió

Existeix una falta de protocol o consens respecte al tractament de les fractures femorals inestables proximals associades a una pròtesi total de genoll de revisió ipsilateral.

L'ús de clau interlocking endomedular curt juntament amb una placa extramedular de neutralització lateral resulta ser un

constructe estable, permet la càrrega immediata, proporciona una millor estabilitat en l'os osteoporòtic i major resistència al col·lapse en var. Ha d'aplicar-se sense una lesió excessiva de les parts toves suprayacentes, ha de superposar-se amb la punta del vàstag almenys el doble del diàmetre del canal femoral o, si és possible, cobrir la longitud total del fèmur en l'os osteoporòtic, i ha de fixar-se mitjançant cargols bicorticals.

P-19

FRACTURES DE FÈMUR PROXIMAL EN 2 PACIENTS AMB AMPUTACIÓ SUPRACONDÍLIA.

Nikol Nentcheva Alexieva, Indhyra Lucía Sánchez Leo, Albert Alabat Roca, Amanda Arroyo Dorado, Ignacio de Loyola García Forcada, Sebastià Gelabert Mestre
Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona

Introducció i objectius

Les fractures de maluc son molt freqüents en el nostre medi. El seu tractament és un repte quan es tracta de pacients amb amputacions prèvies, tant per als traumatòlegs com per als rehabilitadors i han de tractar-se de forma urgent segons criteris habituals. Existeixen escasses publicacions sobre el tractament quirúrgic en aquests casos. La gran dificultat es tècnica, sobretot el posicionament del pacient i la reducció de la fractura.

Presentem 2 casos amb amputació supracondília i fractura ipsilateral de fèmur proximal, amb recuperació de l'activitat física prèvia a la fractura.

Material i mètodes

Incloem dos pacients, un de 69 anys i un altre de 73 anys, als quals se'ls ha realitzat tractament quirúrgic al nostre centre.

Les causes d'amputació van ser en un cas traumàtica i en l'altre, isquèmia crònica multifactorial. Un dels pacients presentava una fractura pertrocantèrica de fèmur esquerre. No s'havia pogut protetitzar per clínica de membre fantasma, i es desplaçava en cadira de rodes. L'altre caminava amb la seva pròtesi sense cap tipus d'ajuda, i va patir una fractura subcapital Garden IV.

Vam avaluar el tractament quirúrgic, les complicacions i la recuperació de l'activitat prèvia a les fractures.

Resultats

Al pacient amb fractura pertrocantèrica es va realitzar osteosíntesis amb enclavat intramedular tipus PFNA curt. Es va fer servir la taula de tracció amb un ajudant subjectant el monyó. Evolució correcta de la ferida quirúrgica. Als 3 mesos van presentar una consolidació radiològica de la fractura i recuperació de l'estat de vida previ.

Al pacient amb fractura subcapital G IV s'implanta una pròtesi total de maluc en decúbit lateral i per via lateral directa. Es

va retardar la càrrega fins a les 3 setmanes per edema de parts toves i després d'evolució correcta va iniciar deambulació progressiva amb la seva exopròtesi recuperant l'autonomia prèvia de la marxa amb una creua als 3 mesos.

No s'observen altres complicacions locoregionals de la cirurgia.

Conclusió

Aquest tipus de fractures han de tractar-se amb els mateixos criteris que les fractures no en no amputats per evitar alteracions a llarg termini de la qualitat de vida i la supervivència dels pacients. En la tècnica quirúrgica el repte és la posició del pacient, la reducció i la dificultat tècnica. El postoperatori hauria de ser personalitzat i adaptat a les característiques d'aquests tipus de pacients.

P-20

PRÒTESI DE VÀSTAG CURT DE MALUC EN FRACTURA SUBCAPITAL DE FÈMUR EN CONTEXT D'OCUPACIÓ DE CANAL ENDOMEDULAR.

Ignasi Manent Bistué, Xavier Lizano Díez

Fundació Hospital Esperit Sant, Santa Coloma de Gramenet, Barcelona

Introducció i objectius

L'objectiu del cartell és presentar el cas i la solució proposada per a una dona de 78 anys amb una fractura subcapital de maluc dret en context d'una pròtesi total de genoll ipsilateral i un clau intramedular implantat al mateix fèmur, via retrògrada, per una fractura supracondilar que va patir tres anys abans de la fractura subcapital.

Material i mètodes

Considerant les característiques de la pacient i la demanda física, es va decidir realitzar una cirurgia d'artroplàstia parcial. Durant la planificació preoperatoria es va observar que la diàfisi femoral proximal no ocupada pel clau endomedular retrògrad no era suficientment llarga per a la col·locació d'un vàstag protèsic convencional. Es va decidir implantar un vàstag curt amb fixació a pressió (press-fit) per a la seva cimentació i implantació, en comptes de la retirada del clau endomedular. Per a reduir l'estrés biomecànic que podia conduir a una fractura interimplant entre la pròtesi de maluc i el clau endomedular es va decidir implantar una placa d'osteosíntesi a mode profilàctic, solapant ambdós implants prèviament nomenats i solidaritzant la placa i el clau amb un cargol.

Resultats

L'evolució postoperatoria va ser correcta i sense complicacions. La pacient va poder caminar realitzant càrrega segons

tolerància al cap de 24 hores. La pacient no va patir complicacions importants. Un any després de la cirurgia, la pacient presenta dolor lleu quan camina, amb un rang articular que va de 0-80° de flexió i 0-15° d'abducció. Necessita un bastó per a caminar, tal i com necessitava abans de patir la fractura subcapital. La puntuació en l'escala de maluc Merlé-D'Aubigné és de 14 punts.

Conclusió

L'ús d'un vàstag protèsic curt amb fixació a pressió (press-fit) de maluc cimentat en un pacient ancià per una fractura subcapital sense espai suficient per a un vàstag convencional per ocupació del canal medullar és una opció plausible a tenir en compte, per a evitar la retirada del material implantat amb anterioritat, donant uns bons resultats funcionals a curt plaç.

La placa d'osteosíntesi que solapa els dos implants pot prevenir la fractura interimplant.

P-21

DECONSTRUCCIÓ DE COAL-LICIÓ TARSAL ÒSSIA EN EDAT LÍMIT. A PROPÒSIT DE DOS CASOS .

Josep Manel Casulleras Solans, Francesca Closa Sebastià, Sergi López Hervás, Núria Casulleras Oliver, Ferran Cabañó Ruíz

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

Introducció i objectius

Les coal·licions tarsals són les unions entre els ossos del tars mitjançant ponts ossis (sinòstosi) fibrosos (sindèsmosi) o cartilaginosa (sincondrosi), complerts o incomplerts, que esdevenen com a defecte de segmentació en el messènquima primitiu. La incidència de les coal·licions tarsals s'estima menor del 1%, tot i que alguns autors com a Klammer indiquen que pot arribar a ser un 6%. Poden ser aïllades, unilaterals o bilaterals o bé associades a d'altres malformacions. La sinòstosi calcàniescafoidea té una prevalença al voltant del 50% i la talocalcània del 40%. La distribució per sexes és equivalent.

Es tracta d'una de les causes més comuns del peu pla rígid dolorós en la població pediàtrica. El dolor és el símptoma predominant i de consulta, especialment posterior a activitat física. Els esquingos de repetició, desaxacions, peus plans i contractures de peroneus són també formes de presentació habituals. Al diagnòstic hi arribarem per sospita clínica i radiològica i confirmació per TAC i eventualment RMN.

L'actitud conservadora en coalicions asimptomàtiques, sense greus desaxacions o deformitats és possible. Malgrat que les formes de tractament quirúrgic més utilitzades en aquests casos són la triple artrodesi, artrodesi subastragalina, o bé la ressecció amb artroplàstia d'interposició, en els nostres casos

plantejarem la resecció del pont calcaniastragalí amb interposició d'Epiflex®, a l'hora que la reducció del pla valgue i artrorisi mitjançant endoprotesi tipus Pit-stop.

L'objectiu és l'exposició dels resultats en dues pacients joves amb coalicions tarsals calcàniastragalines i peus plans valgues dolorosos, amb tècnica quirúrgica correctora, salvant l'articulació subastragalina.

Material i mètodes

1r. Cas: Pacient de 27 a. d'edat, auxiliar sanitària, amb antecedents d'asma, depressió i psoriasi, que presenta peu esquerra pla valgue dolorós per sinòstosi calcaniastragalina posterior. Dolor en el sí del tars i peroneus. Articulació talar i subtalar preservades. AOFAS turmell esquerra: 60 (20-35-5).

2n Cas: Pacient de 18 a. d'edat, higienista dental, sense antecedents, que presenta peus plans valgues bilaterals dolorosos D > E per sinòstosi calcaniastragalina mitja, dolor en el sí del tars. Articulació talar i subtalar preservades. AOFAS turmell dret: 62 (20-37-5)

En ambdós casos es realitza la deconstrucció de la sinòstosi: exèresi de la barra calcanitar i artroplàstia d'interposició amb Epiflex® (matriu de col·lagen acil·lular humana), reducció i contenció del pla/valgue per artrorisi amb endortesi tipus Pit-stop.

Resultats

En ambdós casos les pacients varen presentar una bona evolució postquirúrgica, amb càrrega precoç mitjançant Walker a les 3 setmanes, ressaltant només, unes hipoparestèsies en territori del tibial posterior en el primer cas i hematoma en la cara interna en el segon, que es resolgueren sense tractament.

Als 6 mesos l'evolució és correcta amb correcció clínica i radiològica del pla/valgue i mantenint certa mobilitat de l'articulació subtalar (15°).

En el primer cas, als 9 mesos presentà el següent B.A.: Flexió=45° Extensió=15°; Inversió=10°; Eversió=5°. Amb molèsties discretes en el sí del tars a la hiperextensió. Marxa correcta. RX.: Valgue astragalí=5,9°; Bhöler=19,3°; Costa-Bartani:125°. AOFAS turmell: 82 (30-42-10).

En el segon cas, als 9 mesos presentà el següent B.A.: Flexió=45° Extensió=20°; Inversió=10°; Eversió=5°. Amb alguna molèstia difusa en retropeu. Marxa correcta. RX.: Valgue astragalí=4,4°; Bhöler=20°; Costa-Bartani:131°. AOFAS turmell: 84 (30-44-10).

Conclusió

En el peu pla valgue rígid dolorós d'adolescents i joves hom ha de pensar en les coalicions tarsals com a entitat que pot generar aquest problema.

En pacients molt joves amb coalicions tarsals òssies, que no presenten encara un deteriorament articular, la deconstrucció de la sinòstosi amb artroplastia d'interposició de matriu de col·lagen humà, associada a la reducció i contenció del pla/valgue

mitjançant una artrorisi, poden efectivament resultar un tractament d'elecció.

P-22

RESULTAT A CURT PLAÇ DE LA SUBCONDRÒPLÀSTIA.

Diego Bastian Soza Leiva

Hospital Universitari de la Vall d'Hebron, Barcelona

Introducció i objectius

La presència de lesions d'ós subcondral s'ha documentat com factor de risc de osteoartrosis i gonàlgia mecànica. Les lesions de subcondrals s'han diagnosticat com lesions amb augment d'intensitat en seqüències T2 per RMN. En el nostre treball s'estudia l'efecte de la infiltració de pirofosfat càlcic pel tractament de dites lesions.

Material i mètodes

Es tracta d'un estudi multicèntric que involucra a 5 centres de tot Europa. *Criteris d'inclusió:* dolor de més de tres mesos d'evolució, no resposta a analgèsics ni rehabilitació, presència de lesions subcondrals per RMN, cama normoaxada ($\leq 6^\circ$ de var o valg). *Criteris d'exclusió:* presència d'inestabilitat de genoll, altre lesió que expliqui el dolor, $>6^\circ$ de desaxiació en plà coronal, grau 4 radiogràfic de osteoartrosis i artrosis patelofemoral. S'han inclòs 5 pacients en nostre centre, (3 dones i 2 homes). Es realitza infiltració de pirofosfat càlcic a les lesions tan a nivell tibial com femoral i es realitza seguiment ambulatori dels pacients al mes, 3 mesos, 6 mesos i 1 any. Prenent com resposta al tractament els valors de les següents escales: EVA i EQL5 i grau de satisfacció.

Resultats

El pacients, amb un seguiment mig de 4.2 mesos presenten millora de la gonàlgia inicial. Reincorporant la marxa a les 2 setmanes de la intervenció. Presenten milloria del dolor de 1.4 en la escala d'EVA. Presenta una satisfacció amb la intervenció de 7.4/10, i tots el pacients refereixen que repetirien la intervenció

Conclusió

La gonartrosis és una patologia freqüent i limitant. Les lesions d'ós subcondral és un factor de risc cap a progressió de les lesions artròsiques i cap a la necessitat de tractament artroplàstic.

La infiltració de pirofosfat càlcic a dites lesions presenta bons resultats en quant a millora de la clínica dels pacients afectes i podria presentar una eina terapèutica en els pacients que presentin una indicació correcta.

P-23

PENJOLL ROTACIONAL DE GASTROCNEMI MEDIAL EN INFECCIÓ DE PTG.

Albert Pardo Pol, Jorge Amestoy Ramos, Juan Francisco Sánchez Soler, Albert Alíer Fabregó, Bruno Capurro Soler, Lluís Puig Verdíe
Parc de Salut Mar, Barcelona

Introducció i objectius

La infecció periprotèsica és una de les complicacions més devastadores després d'una pròtesis total de genoll. Quan s'acompanya d'un defecte en la cobertura de les parts toves, la taxa de persistència o recurrència de la infecció es dispara i les reintervencions quirúrgiques solen ser la norma, arribant en els casos més extrems a l'amputació supracondílica de l'extremitat. En aquest aspecte, la col·laboració de cirurgians plàstics i el desenvolupament de tècniques de cobertura local han suposat una milloria evident en el maneig d'aquests pacients.

L'objectiu és presentar un cas clínic de infecció periprotèsica aguda amb important afectació de parts toves tractat amb un penjoll de gastrocnemi medial que va requerir de diverses cirurgies de recanvi protètic en dos temps.

Material i mètodes

Home de 85 anys sense antecedents mèdics d'interès s'intervé d'una PTG esquerra. Als 7 dies de la cirurgia ingressa a la UCI amb un xoc sèptic d'origen articular. Després de realitzar un desbridament i un recanvi dels components mòbils i posteriorment un primer temps de recanvi protètic juntament amb una cobertura amb el penjoll de gastrocnemi medial i tractament antibiòtic empíric, degut a la mala evolució de la ferida quirúrgica i una destrucció important de les parts toves, es van necessitar dos recanvis d'espaiadors més per controlar la infecció periprotèsica.

Posteriorment i després d'un llarg període de cures amb teràpia de pressió negativa, es va realitzar una artròdesis femorotibial no biològica amb un enclavat endomedul·lar modular.

Resultats

El germen aïllat va ser klebsiella Oxitoca, un gram negatiu de la família de les enterobactèries. Posteriorment es va diagnosticar d'un abscess hepàtic com a focus emboligen de la infecció periprotèsica i d'una endocarditis de la vàlvula aòrtica concomitant. A l'any del postoperatori de l'enclavat endomedul·lar el pacient és èxitus per una complicació pulmonar.

Conclusió

Degut a la seva fàcil dissecció, bona vascularització i escàs dèficit funcional que genera, el penjoll rotacional de gastrocnemi medial suposa una solució senzilla i efectiva davant dels defectes de cobertura del genoll.

P-24

RESCAT DE PSEUDOARTROSI DE FRACTURES PERTROCANTÈRIQUES AMB RUPTURA D'IMPLANT AMB RE-ANCLATGE I U-BLADE.

Berta Gasol Cudós, Nerea Goicoechea Sadaba, Paula Serrano Chinchilla, Santos Martínez Díaz
Hospital del Mar, Barcelona

Introducció i objectius

- La fractura pertrocantèrica de fèmur proximal és una important font de morbi-mortalitat en la població anciana, i la seva incidència va en augment. L'enclavat endomedul·lar és una de les seves principals opcions de tractament, no obstant això, s'estima una taxa d'entorn al 5-10% de fracàs, generalment per mobilització del cargol cervicocefàlic.
- S'han dissenyat diferents suplementes per a proporcionar una major estabilitat als cargols cervicocefàlics en diversos models comercialitzats. El dispositiu U-Blade és un accessori expansor del cargol cervicocefàlic del Gamma 3 que augmenta un 15% la seva superfície millorant la seva resistència al cut-out i aportant estabilitat rotacional monoaxial. La seva indicació teòrica és en fractures inestables amb risc rotacional, insuficient suport medial i gran osteoporosi del cap femoral.
- L'objectiu d'aquest pòster és presentar dos casos clínics on s'utilitza el dispositiu RC/U-blade com rescat de trencament d'implants i pseudoartrosi de dues fractures pertrocantèriques.

Material i mètodes

Home de 85 anys i dona de 81 anys, amb diagnòstic de fractura pertrocantèrica de fèmur proximal amb traç invertit, que van ser intervinguts en el nostre centre realitzant-se un enclavat endomedul·lar sense incidències intraoperatories ni en el postoperatori immediat. En els controls postoperatoris (als dos mesos en el primer cas, als vuit mesos en el segon), es va observar un trencament de l'implant a nivell de l'entrada del cargol cervicocefàlic amb varització i pseudoartrosi del focus de fractura.

En tots dos casos es va realitzar una extracció del material d'osteosíntesi previ, una cruentació del focus de fractura i aportació d'empelt, es va reduir novament la fractura i es va sintetitzar amb un enclavat endomedul·lar amb cargol cervicocefàlic RC i sistema U-Blade.

Resultats

El resultat clínic i radiològic dels dos casos ha estat correcte en els successius controls postoperatoris, amb una reeducació de la marxa i un control del dolor correctes, i amb imatges de consolidació i sense complicacions de l'implant.

Conclusió

- L'enclavat endomedul·lar amb cargol cervicocefàlic RC i sistema U-Blade és una tècnica útil per al rescat de fracassos d'osteosíntesis de fractures pertrocantèriques.
- Amb una correcta indicació pot ser una opció de rescat menys complexa que altres tipus de osteosíntesis o rescats amb artroplasties.

P-25

PRIMER HISTORIAR. INFECCIÓ COMPLICADA DE TEIXITS TOUS PER V. ALGINOLYTICUS. REPORT D'UN CAS.

Laia Boadas I Gironès, Ramon Servitja Tormo, Georgina Sàrries López, Montserrat Arias Ribero, Estel·la Trías Puertolas, Jaime José Morales de Cano
 Consorci Hospitalari de Vic, Barcelona

Introducció i objectius

Home de 24 anys, sense antecedents, amb ferida incisa de 30 cm a cama esquerra visitada en un altre centre. Suturada i amb tractament empíric antibiòtic.

Acut al nostre centre, amb mal estat de la ferida i febre de 3 dies d'evolució. Destaca eritema i cel·lulitis en cara anterior i medial de cama esquerra, supura líquid sero-hemàtic per la ferida i dolor a la palpació del gastrocnemi intern.

Material i mètodes

Per gravetat clínica i biològica (PCR 120), s'intervé al pacient. Es realitza Friedrich ampli de marges amb desbridament de teixit desvitalitzat. S'envien mostres a cultiu.

Es re-historia al pacient, refereix ferida per material metàl·lic al netejar un vaixell d'aigua salada. Degut tòrpida i ràpida evolució de la infecció, es revisa bibliografia de ferides en medi aquàtic salat.

Resultats

En la revisió, s'observa augment d'incidència de *Vibrios* en ferides contaminades per aigua salada, sobretot en mars tancats. S'inicia tractament empíric dirigit amb cefalosporines de tercera generació i tetraciclins. Es confirma *V. Alginolyticus* en cultiu, com agent causant de la infecció sensible al tractament.

El pacient presenta disminució progressiva dels signes inflamatoris locals clínics com dels RFA, essent donat d'alta.

Conclusió

Fins al dia d'avui, s'han reportant casos esporàdics d'infeccions per *Vibrios* en el nostre entorn. El *Vibrio Alginolyticus* és una bactèria halofílica (sal tolerant) gramnegativa, que trobem en ambients marítims calents. Les infeccions de teixits tous, per aquesta bactèria són rarament reportades, i solen ser causades

per talls o abrasions contaminades per aigua salada, que poden evolucionar ràpidament a fascitis, amputacions i mort del pacient per xoc sèptic.

Tot i així, en els últims anys ha augmentat la incidència d'aquesta infecció amb l'augment de la temperatura de l'aigua marítima, essent com a principal motiu el canvi climàtic. Motiu pel qual, l'epidemiologia de zona endèmica, ha variat.

La rellevant-se d'aquest cas, està en la importància de la correcta anamnesis per orientació diagnòstica ràpida i adequació del tractament. L'epidemiologia infecciosa és una constant dinàmica.

P-26

QUAN LA FÍSTULA ÉS EL DIAGNÒSTIC. REPORT DE CASOS D'ARTRITIS PER MICOBACTÈRIES.

Laia Boadas I Gironès, Ramon Servitja Tormo, Georgina Sàrries López, Montserrat Arias Rivero, Jaime José Morales de Cano

Consorci Hospitalari de Vic, Barcelona

Introducció i objectius

En l'any 2018 s'han diagnosticat dos casos d'artritis de colze per micobactèries al nostre centre.

Dona de 77 anys, amb antecedents de diabetis, artritis reumàtica corticodepenent i bursitis olecràniques de repetició amb episodis de sobreinfecció per MARSÀ, consulta per clínica d'artritis de colze de 7 mesos d'evolució. En l'exploració destaca tumefacció, rubor de la bursa olecrànica. BA complet però dolorós. S'observa drenatge de líquid purulent en fistula ja coneguda.

Home de 85 anys, amb antecedents de diabetis, polimialgia reumàtica amb tractament amb corticoides i d'artritis gotosa, que consulta per signes d'artritis de colze de 5 mesos d'evolució. En l'exploració destaca tumefacció no dolorosa, sense eritema ni flogosis. BA limitat en l'extensió. Síndrome compressiu de canal cubital. Exudat per un punt fistulós de tipus purulent i caseum.

Material i mètodes

Les proves d'imatges (RMN, ECO, RX) orienten, en els dos casos, d'ocupació intracapsular heterogènia i desgast articular.

Es realitza tractament quirúrgic amb fistulectomia, desbridament, rentat abundant i bursectomia. S'obtenen mostres que s'envien a cultius. S'inicia tractament empíric antibiòtic adequat per artritis sèptiques.

Resultats

El diagnòstic definitiu dels cultius de fistula, líquid intraarticular i de teixit sinovial van ser *M. Avium*, en el primer cas i *M. Tuberculosis complex* en el segon.

S'inicia tractament antibiòtic dirigit de llarga evolució, segons antibiograma.

Els signes clínics i biològics evolucionen favorablement, donant l'alta i seguiment per consultes.

En l'actualitat, no hi ha signes de supuració per ferida i BA acceptable.

Conclusió

Les infeccions osteo-articulars per micobactèries representen un repte diagnòstic per la seva baixa incidència. En l'actualitat cal tenir-les en compte com a diagnòstic diferencial en pacients amb artritis d'evolució tòrpida i que compleixin criteris de immunodeficiència, com pot ser el tractament amb corticoides.

El procés inflamatori per micobactèries sol ser més insidiós que les artritis piogèniques, sense l'aparició de signes clàssics d'infecció juntament amb símptomes constitucionals com ara anorèxia, pèrdua de pes, fatiga i suors nocturns. En la exploració física solem trobar-nos fístules subagudes o cròniques, malaltia ulcero-nodular multifocal o fístules en ferides quirúrgiques, que poden ser signes claus pel diagnòstic etiològic.

L'objectiu principal d'aquest report està en valorar com a diagnòstic diferencial, la infecció per micobactèries, en monoartritis d'evolució insidiosa acompanyat de fístules cròniques, sobretot en pacients immunodeprimits. L'estudi de biòpsia sinovial i líquid articular ofereix la millor oportunitat per confirmar el diagnòstic.

P-27

MIOSITIS INFECCIOSA VERSUS NO INFECCIOSA. NO SEMPRE ÉS EL QUE SEMBLA. DEBUT DE VASCULITIS PAN ANCA+, PRESENTADA COM A SÍNDROME COMPARTIMENTAL AGUDA PER MIOSITIS DEL RECTE FEMORAL, A PROPÒSIT D'UN CAS.

Laia Boadas I Gironès, Ramon Servitja Tormo, Georgina Sàrries López, Montserrat Arias Rivero, Estel·la Trías Puertolas

Consorci Hospitalari de Vic, Barcelona

Introducció i objectius

Pacient de 59 anys amb antecedents de HTA, urticària recidivant i episodis d'edemes alternants en ambdós extremitats inferiors autolimitats (amb estudi TVP negatiu), que ingressa al nostre servei per clínica de dolor intens atraumàtic a vast anterior dret i febre de 2 dies d'evolució, compatible amb síndrome compartimental.

A l'exploració s'observa tumefacció i tensió en cara anterior, sense crepitació ni empastament local amb dolor a la mobilització passiva. La RMN informa de possible miositis del recte femoral dret. En l'anàlisi destaca RFA molt elevats i CPK per sota del límit de la normalitat (CPK 11 Valors de la Normalitat 49-170).

Material i mètodes

Davant la gravetat de símptomes i signes per síndrome compartimental en el context de probable miositis infecciosa, es realitza fasciotomia de compartiment anterior. S'observa múscul recte femoral necròtic, sense col·leccions ni altres signes infecciosos. Iniciant tractament antibiòtic empíric.

Des de l'ingrés sorprèn la severa afectació muscular sense elevació de CPK, amb cultius intraquirúrgics negatius.

Davant la bona resolució del quadre clínic i biològic, és dona d'alta, pendent d'estudi immunològic i d'anatomia patològica amb seguiment a consultes externes.

Resultats

Estudi anatomopatològic: teixit muscular amb variabilitat cel·lular i necrosi. Infiltrat limfocitari amb presència d'eosinòfils i vasos de diàmetre mig amb inflamació. Cèl·lules amb dipòsits de C5b-9 a sarcolemma o citoplasmàtics. Cèl·lules positives per HLA-DR. Orientació diagnòstica procés inflamatori amb miositis i vasculitis.

Estudi immunològic: ANCAc + patró citoplasmàtic, Ac antiMPO, AntiRo-52+, ANA+ lleu. Resta marcadors dins de la normalitat.

Al control en consultes externes de COT als 3 mesos, pacient es manté estable amb bon control del dolor i sense signes de miositis.

Valoració per servei de Reumatologia, diagnòstic definitiu de Poliarteritis Nodosa (PAN) amb ANCA i MPO + amb miositis evolucionant a síndrome compartimental com a forma de debut.

Conclusió

Les vasculitis necrotitzants autoimmunitàries són molt poc freqüents i extraordinàries que es presentin com a síndrome compartimental, amb escassos casos documentats. Independentment de l'etiologia, davant el diagnòstic d'una probable síndrome compartimental, la ràpida actuació a urgències és vital per evitar complicacions.

En el nostre cas, l'antecedent d'episodis previs, la clínica d'afectació muscular amb inflamació i necrosi, juntament amb xifres de CPK per sota del límit de la normalitat i elevació molt significativa de RFA juntament amb febre ens van fer sospitar etiologies infreqüents, a part de la infecciosa.

P-28

LUXACIÓ INTRAPROTÈSICA DE MALUC AMB IMPLANTS DE DOBLE MOBILITAT. A PROPÒSIT D'UN CAS.

Héctor Fabio Acosta, Antonio García Trujillo, Jorge Fortuño Vidal, Ana Scott-Tenent de Rivas, Ester Yuste Berenguer, Cesar Adorlfo Salamanca Ontiveros
Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida

Introducció i objectius

El sistema de doble mobilitat s'acobla un cap femoral fixa a un polietilè mòbil que s'articula amb una coberta metàl·lica llisa. Per tant, hi ha una articulació interna de diàmetre petit, amb un mecanisme de captura entre el cap i el polietilè, i una articulació externa més gran, no constreta. A causa de que hi ha una interfície de rodament addicional pot patir fallada única conegut com luxació intraprotésica, en la qual el cap protésica interna del fèmur es desenganxa del rodament extern de polietilè ja sigui per desgast o de manera iatrogènica. És irreductible per mitjans tancats i sempre requereix un tractament quirúrgic amb revisió dels components mòbils.

Objectius: Presentar el cas d'un home de 40 anys amb antecedents d'epilèpsia i retard mental qui presenta una luxació intraprotésica en artroplàstia de maluc amb components de doble mobilitat.

Material i mètodes

Home de 40 anys amb antecedents d'epilèpsia i artroplàstia de maluc dret amb components de doble mobilitat posada fa 3 anys per fallada en osteosíntesi prèvia amb clau femoral. consulta per dolor en maluc posterior a episodi convulsiu, en la radiografia es objectiva luxació intraprotésica del cap respecte al polietilè. Es realitza tractament quirúrgic amb recanvi per un implant de doble mobilitat constret.

Resultats

Després de la cirurgia, el pacient retorna a les seves activitats diàries sense nous episodis de luxacions, sent donat d'alta.

Conclusió

L'articulació addicional present en les artroplàsties de maluc amb components de doble mobilitat pot generar episodis de luxació intraprotésica que requereixen un diagnòstic precoç i tractament quirúrgic amb revisió dels components i en alguns casos la utilització de sistemes constrets.

P-29

SONDATGE URINARI COM A CAUSA DE DISCITIS CERVICAL, A PROPÒSIT D'UN CAS.

Hèctor Fabio Acosta, Jaume Mas Atance, Jorge Fortuño Vidal, Ana Scott-Tenent de Rivas, César Adolfo Salamanca Ontiveros, Ester Yuste Berenguer
Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida

Introducció i objectius

Les espondilodiscitis piògenes són les més freqüents, ocasionades habitualment per *Staphylococcus aureus* o *Escherichia coli*. La disseminació hematògena afecta principalment a la columna lumbar (58%), seguida de la columna toràcica (30%) i cervical (11%). La seva presentació clínica és inespecífica, la resonància magnètica és el mètode diagnòstic més fiable. El tractament sol ser conservador, amb antibiòtics específics i immobilització. La cirurgia queda relegada a casos en què hi ha inestabilitat, dèficits neurològics, sèpsia, deformitat o fallada del tractament mèdic. El pronòstic és bo, amb una mortalitat baixa.

Objectius: Presentar el cas d'un home de 67 anys amb discitis cervical d'origen urinari per disseminació hematògena secundari a cateterització a domicili.

Material i mètodes

Home de 67 anys amb antecedent d'estenosi uretral, que posterior a sondatge vesical en domicili presenta pic febril associat a parèsia bilateral de membres superiors, tractat amb cefalosporines per 1 mes amb millora. presenta cervicàlgia amb hipoestèsies en territori C6 esquerre. Després de les radiografia, es objectiva 1 cifosi de c3-c6 per la qual cosa es realitza resonància magnètica que evidencia espondilodiscitis amb destrucció de les plataformes articulars c4 i c5 sense mielopatia. Es realitza artrodesi C3-C6 amb corporectomia C4-C5 per via anterior més artròdesi instrumentada C3-C6 via posterior i presa de cultius

Resultats

Després de la cirurgia, s'inicia pauta antibiòtica empírica amb meropenem fins cultius, en els quals s'aïlla *Escherichia coli* per la qual cosa s'inicia tractament amb Cefalosporina de tercera generació amb resposta clínica adequada, disminució de reactants de fase aguda, mobilitat de coll completa en els controls.

Conclusió

La disseminació hematògena de gèrmens del tracte urinari com *Escherichia coli* pot originar espondilodiscitis a nivell cervical posterior a manipulació del tracte urinari.

P-30

OSTEOCONDROMA SOLITARI EN EL ÓS PISIFORME AMB ARTROSIS PISO-PIRAMIDAL. A TOMB D'UN CAS.

Cristina Ventura Parellada, Francesc Goñalons Giol, Amalia Martínez Ruiz, Teresa Subirà Àlvarez
Consorti Sanitari de Terrassa, Barcelona

Introducció i objectius

Els tumors del tipus osteocondroma representen els tumors ossis més comuns. Solen estar localitzats en húmer proximal, fèmur distal o tèbia essent el carp una ubicació extremadament rara. Fins a la data, hi ha descrits casos en l'escafoide, gran, semilunar, trapezi i trapezoide, però cap en el pisiforme actualment.

Material i mètodes

Presentem un cas clínic descriptiu d'un osteocondroma solitari en l'os pisiforme associada a una artrosi pis-piramidal.

Pacient de 55 anys, dretana, treballadora manual que presenta dolor a nivell de zona cubital del canell dret, irradiació i parestèsies en territori de nervi cubital. Es van realitzar proves complementaries (radiografia simple, tomografia computeritzada i ressonància magnètica) i es va diagnosticar un osteocondroma pediculat en el pisiforme amb una artrosi piso-piramidal associada. L'EMG va no mostrar alteracions neurofisiològiques.

Resultats

El tractament d'elecció per al osteocondroma, si hi ha una clínica de dolor moderat-sever i persistent, és realitzar una exèresi del tumor. En el nostre cas, com que estava associat a una artrosi piso-piramidal, es va realitzar l'exèresi completa del pisiforme.

Conclusió

L'artrosi pis-piramidal és la segona més freqüent en el carp. La disfunció d'aquesta articulació sol presentar sinovitis amb distensió de recessos articulars i osteòfits i el tractament principal és l'exèresi del pisiforme. En el cas de pacients amb osteocondroma en els ossos carp es pot realitzar exèresi del tumor, si presenten clínica associada, dolor o complicacions com la ruptura tendinosa o compressió de nervi perifèric. En el nostre cas, donada la presència d'un osteocondroma associat a una artrosi piso-piramidal l'exèresi del pisiforme resolt de forma total la simptomatologia presentada per la pacient.

P-31

EMBOLITZACIÓ DE LES ARTERIES GENICULADES PER AL TRACTAMENT DE L'HEMARTROS RECIDIVANT DESPRÉS D'UNA PRÓTESI TOTAL DE GENOLL.

Sara Castellanos Alonso, Joan Minguell Moñart
Hospital Universitari de la Vall d'Hebron, Barcelona

Introducció i objectius

L'hemartrosi de repetició després de cirurgia protèsica en pacients no hemofílics és una entitat poc freqüent i que ha sigut poc descrita en la literatura.

Material i mètodes

Presentem un cas clínic d'una pacient de 55 anys portadora d'una pròtesi total de genoll primària esquerra dolorosa d'un any d'evolució.

Donat que la pacient presentava dolor per una possible desalineació femoropatelar es va realitzar una cirurgia de realineació de l'aparell extensor amb poca milloria. Al cap d'uns 9 mesos presenta 2 episodis de vessament hemàtic que es tracten amb artrocentesi i control evolutiu.

Donada la persistència del dolor es realitza una revisió de la pròtesi amb milloria del dolor però en el postoperatori presenta un nou hemartros.

Es va decidir realitzar un angioTAC que no va evidenciar sagnat actiu. La pacient va millorar amb mesures conservadores. Al cap de 1 mes va presentar un nou hemartros i és quan es decideix realitzar la angiografia i embolització, després de descartar malalties hematològiques i complicacions locals com afluixament sèptic o asèptic, que va mostrar una captació difusa suggestiva d'hipertrofia de la sinovial, sense sagnat actiu evident.

Davant de la persistència de la clínica es va decidir realitzar una embolització de branques dependents d'arteries geniculades superiors i inferiors medials amb emboesferes de 400 i 600 micres.

Resultats

No es van trobar complicacions i el resultat clínic va ser satisfactori sense recurrència de l'hemartrosi, amb un seguiment de 3 mesos.

Conclusió

Presentem el cas per l'excepcionalitat del mateix destacant l'actitud terapèutica mitjançant l'embolització selectiva.

És necessari més seguiment donat que a la literatura s'han descrit resagnats al cap de varis mesos després de l'embolització.

P-32

EMPELT VASCULARITZAT DE PERONÉ PER AL TRACTAMENT QUIRÚRGIC DE PSEUDOARTROSI SÈPTICA DEL AVANTBRAÇ.

Guillem Navarro Renalias, Eva Correa Vázquez, Bartolomé Ferreira Montenegro, Isabel López Moreno, Marta Pérez Montoya, Antonio Dalmau Coll
Hospital Asepeyo Sant Cugat, Barcelona

Introducció i objectius

L'empelt de peroné vascularitzat és una tècnica microquirúrgica emprada en la reconstrucció de diverses lesions amb pèrdua de substància de stock ossi important.

Presentem el tractament d'una pseudoartrosi sèptica de radi-cúbit, que després del desbridament té un defecte ossi de 4 cm, mitjançant l'ús d'empelt de peroné vascularitzat.

Material i mètodes

Pacient de 31 anys que consulta per pseudoartrosi sèptica després de 6 mesos d'evolució de fractura oberta de diàfisi de radi i cúbit. Havia estat tractat amb osteosíntesi amb 2 plaques de radi i cúbit i posteriorment desbridament, recanvi de osteosíntesi i antibioteràpia per *E. cloacae* i *Propionibacterium*. Es realitza un tractament en 2 temps. Primer retirada del material d'osteosíntesi, resecció òssia i col·locació d'espaiador i fixador extern i 6 setmanes de tractament específic amb Linezolid per a *S. epidermidis*. Al plantejar la cirurgia reconstructiva ens trobem amb un defecte ossi de 4 cm en radi i de menys de 0,5 cm en cúbit. Es decideix dur a terme un empelt vascularitzat de peroné homolateral per al ràdio amb sutura vascular a arteria radial i vena cefàlica que es sintetitza amb un clau endomedular. A nivell del cúbit es realitza empelt de cresta ilíaca i osteosíntesi amb placa en cúbit.

Resultats

S'aconsegueix una consolidació completa del radi distal i cúbit als 7 mesos però persisteix una consolidació incompleta del focus proximal del radi fins als 17 mesos.

S'aconsegueix corregir la deformitat del avantbraç i a nivell del balanç articular s'aconsegueix millorar la pronació en 20°, la supinació en 30° i la flexoextensió de canell passa de 30°/40° a 60°/60°. El Quick DASH als 18 mesos és 59,09.

Conclusió

L'ús d'empelt de peroné vascularitzat és una tècnica microquirúrgica indicada per al tractament reconstructiu de lesions del avantbraç amb pèrdua de stock ossi ja sigui per causa infecciosa, traumàtica o tumoral.

P-33

LUXACIÓ INVETERADA DEL TENDÓ TIBIAL POSTERIOR POSTTRAUMÀTICA.

Guillem Navarro Renalias, Ainhoa Arias Baile, Luis Lobo Escolar, Daniel Berlanga de Mingo, Tomás Maio Méndez, Antonio Dalmau Coll
Hospital Asepeyo Sant Cugat, Barcelona

Introducció i objectius

La luxació del tendó tibial posterior és una patologia poc freqüent i rarament descrita. Essent aquesta una patologia diagnosticada de manera freqüentment tardana i probablement infradiagnosticada. Per tot això, considerem de valor la comunicació d'aquest cas de luxació inveterada de tibial posterior (TP) posttraumàtica.

Material i mètodes

Presentem el cas d'un home de 37 anys que, després d'un accident de trànsit pateix una fractura bimal·leolar esquerra, tributaria de tractament ortopèdic amb correcta consolidació de la fractura. Als 6 mesos post-traumatisme el pacient continua amb molèsties a nivell medial, sense troballes a la radiologia simple, es sol·licita RMN que informa de lesió condral astragalina i subluxació de TP. Es decideix tractament ortopèdic sense milloria. Al any de la fractura es visita per especialista de peu i turmell i s'evidencia un TP no funcionant i luxat anteriorment per al que es proposa revisió quirúrgica.

Resultats

Es realitza revisió quirúrgica trobant-se ruptura del retinacle flexor superior i luxació del TP anteriorment, situant-se medial i anterior a mal·leol tibial. Es realitza reducció del mateix al seu canal retromal·leolar i es reinserta el retinacle amb ancoratges transossis. S'immobilitza amb fèrula de guix 3 setmanes i posteriorment s'immobilitza i s'autoritza càrrega amb botina ortopèdica 3 setmanes amb bona evolució.

Conclusió

Després de revisar la bibliografia només hem trobat 42 casos publicats en els últims 50 anys. Manca doncs d'una història natural i unes recomanacions diagnòstiques i terapèutiques clarament descrites. És imprescindible un alt grau de sospita clínica i realitzar una bona exploració física per al correcte i precoç diagnòstic i tractament d'aquestes lesions.

P-34

SINOSTOSIS RADIOCUBITAL PROXIMAL I DISTAL EN PACIENT POLITRAUMÀTIC.

Miguel Vázquez Gómez, Núria Fernández Noguera, Miguel Ángel Froufe Siota

Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona

Introducció i objectius

La sinostosis postraumàtica radiocubital és una complicació que suposa un important impacte funcional per al pacient, bloquejant la pronosupinació. S'han proposat múltiples opcions de tractament sent d'elecció el quirúrgic.

Material i mètodes

Presentem el cas d'un home de 33 anys que en context de politraumatisme amb TCE greu (LAD III), sofreix les següents fractures d'extremitat superior esquerra: fractura transversa de terç mitjà de diàfisis humeral, fractura de ràdio distal i proximal cominuta; i fractura oberta bifocal de cúbit.

S'intervé al pacient realitzant-se reducció oberta i osteosíntesis de les fractures d'húmer, ràdio i cúbit. En el postoperatori immediat s'aconsegueix un balanç articular complet.

Després de 13 mesos de neurorrehabilitació per dany cerebral i cessament de seguiment traumatològic, el pacient acudeix a consultes evidenciant-se limitació de la pronosupinació amb un BA de 0° i dificultat per a l'extensió del canell en absència de dèficits sensitius. Mitjançant Rx i TAC es constata sinostosis a 2 nivells: Sinostosis de 1/3 proximal radiocubital a nivell de la tuberositat bicipital i a nivell de l'articulació radiocubital distal (afectació de les àrees 3 i 6 segons la classificació de Hastings i Graham). Totes dues ossificacions condicionen la clínica del pacient que després d'un període de rehabilitació intensiu aconseguix una PS de 0° i FE de 40° i 30° respectivament.

Resultats

Donada la limitació funcional i la localització anatòmica de la sinostosis en absència de millora després de mesures de rehabilitació, es va optar per una cirurgia de retirada de material de osteosíntesis, juntament amb una osteotomia de cúbit (5 mm) segons la tècnica Suavè-Kapandji i exèresis de la sinostosis proximal.

Conclusió

La tècnica de Suavè-Kapandji descriu la fusió de l'articulació radiocubital distal juntament amb la resecció d'una porció de cúbit proximal. Aquest procediment en casos seleccionats amb fracàs de tractament conservador, restaura la rotació axial de l'avantbraç, elimina el dolor, corregeix la inestabilitat radiocubital i conserva l'aspecte extern normal del canell.

Aquest mètode està especialment indicat en pacients amb dolor crònic postraumàtic de l'articulació radiocubital distal i

limitació funcional, juntament amb la constatació de degeneració articular en la radiografia. L'associació de limitació de l'arc de pronosupinació de l'avantbraç o la inestabilitat a nivell de l'articulació radiocubital distal són factors a tenir en compte a l'hora de decantar-nos per aquesta tècnica.

P-35

HAMARTOMA LIPOFIBROMATÓS DEL NERVI CUBITAL. A PROPÒSIT D'UN CAS.

Adrián Escobosa García, José Moranas Barrero, Silvia López Marne, Alfred Llop Corbacho, Joaquín Casañas Sintés, José Luis Agulló Ferré

Hospital Universitari Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Introducció i objectius

L'hamartoma lipofibromatós és una lesió tumoral benigna del nervi perifèric extremadament rara que afecta principalment al nervi mediana.

L'objectiu d'aquest treball és exposar el cas d'aquesta patologia tan poc freqüent en una localització atípica: el nervi cubital.

Material i mètodes

Presentem el cas clínic d'una dona de 27 anys amb macrodactília de 4rt i 5è dits de la mà dreta que va requerir l'amputació d'aquests a la infància.

Als 22 anys inicia clínica progressiva de disminució del balanç articular del colze dret (-70°/120°) i en el darrer any, dolor nocturn (EVA 9) resistent a tractament mèdic. A l'exploració física, es palpa tumoració tova no fluctuant a la zona medial del colze, amb Tinnel positiu distal al canal epitrocli-olecranià.

Es realitza estudi d'imatge amb radiografia simple de colze on s'objectiva artropatia cúbit-humeral i estudi neurofisiològic en el que no es troben alteracions destacables. La ressonància magnètica informa de lesió suggestiva de tumoració neurògena del nervi cubital, que podria correspondre a un hamartoma lipofibromatós.

Degut a la situació clínica de la pacient i davant el diagnòstic de sospita d'hamartoma lipofibromatós es decideix cirurgia per biòpsia i neuròlisi.

Resultats

L'informe anatomopatològic descriu la mostra com teixit de nervi perifèric amb fibrosi perineural i endoneural, envoltat de teixit fibroadipós sense atípia, compatible amb hamartoma lipofibromatós. En quant a la biòpsia sinovial, signes de sinovitis crònica lleu amb metaplàsia condroide.

Després de la cirurgia descompressiva, la pacient refereix desaparició completa del dolor sense presentar dèficits neu-

rològics. S'aconsegueix un balanç articular de $-60^{\circ}/120^{\circ}$ pel que es decideix realitzar nova cirurgia per artròlisi, aconseguint doncs un balanç de $-20^{\circ}/130^{\circ}$.

Conclusió

L'hamartoma lipofibromatós és una entitat tumoral benigna molt poc comú, amb predominança sobre el nervi medià. Sol presentar-se com una tumoració de creixement lent i asimptomàtica fins provocar compressió nerviosa.

Tot i que la prova d'imatge que més informació aporta és la ressonància magnètica, el diagnòstic definitiu requereix d'un examen histopatològic.

Pel que fa al tractament, en els casos simptomàtics, està indicada la descompressió quirúrgica del nervi, no recomanant-se l'exèresi del nervi afectat degut a la iatrogenia que això produiria.

P-36

EVOLUCIÓ DE 4 PACIENTS AMB PEU BOT ASSOCIAT A LA SÍNDROME UNGLA- RÒTULA (NAIL- PATELLA SYNDROME) TRACTATS MITJANÇANT EL MÈTODE PONSETI.

Jaime J Brajones Ruiz-Canela¹, Anna Ey Batlle², Marta Vinyals Rodríguez³, Dimosthenis Kiimetoglou⁴

1. Hospital Joan XXIII, Tarragona
2. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona
3. Equipo Internacional Ortopedia Pediàtrica Dra. Ey, Barcelona
4. C.H.U. Insular-Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas

Introducció i objectius

La síndrome de Ungla-Ròtula és una Ònico-osteodisplàsia hereditària. La incidència estimada és d'1 / 45.000 nascuts. Els pacients afectats presenten de manera variable ròtula absent o hipoplàsica, colzes displàsics i exostosis ilíaqües. També hi ha alteracions renals i oftalmològiques reportades. La incidència del peu bot mai ha estat reportada i no hi ha sèries de tractament homogeni del peu bot associat a aquesta patologia. Hi ha diferents sèries de peu bot sindròmic tractat amb mètode Ponseti que apunten a major dificultat i pitjors resultats en la correcció, així com, més incidència de recidiva.

Objectiu: Avaluar els resultats de la utilització del Mètode Ponseti sobre peus bots de pacients amb la síndrome Ungla-Ròtula.

Material i mètodes

Estudi retrospectiu de 4 pacients (n = 8 peus) tractats amb el Mètode Ponseti. Els casos van ser avaluats mitjançant història clínica detallada, exploració física, nombre total de guixos

realitzats per correcció de la deformitat, presència de complicacions, presència d'onicopaties, consecució de correcció inicial, realització de tenotomies percutànies, presència de recurrències, tolerància a les fèrules d'abducció i morfologia i funció del peu mitjançant l'escala Laaveg-Ponseti.

Resultats

Seguiment de 5-13 anys. Edat a l'inici del seguiment de 10 dies a 6 mesos. Tots els casos van necessitar tenotomia percutània del tendó d'Aquil·les. Cap pacient ha patit una recurrència. Tenint en compte l'escala Laaveg-Ponseti, el resultat funcional es considera excel·lent amb puntuació mitjana de 97.25 / 100. Cap pacient ha presentat deformitat residual o complicacions. Funcionalment, tots estaven lliures de dolor en el seu últim seguiment.

Conclusió

El Mètode Ponseti pot considerar-se tractament d'elecció per al peu bot en els pacients que pateixen la síndrome Ungla-Ròtula. És possible corregir la deformitat sense realitzar procediments quirúrgics majors. En la nostra sèrie no s'han observat els resultats pobres ni les recidives que podria suggerir l'associació de les dues entitats.

P-37

TRUNIONOSI I PSEUDOTUMORS. A PROPÒSIT DE DOS CASOS.

Clara Chimeno Pigrau, Caribay Luisana Vargas Reverón, Xoana Soutelo Saavedra, Jenaro Fernández Valencia, Andreu Combalía Aleu, Ernesto Muñoz Mahamud
Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

Introducció i objectius

La trunionosi és el desgast que es produeix en l'interfície femoral del cap i el coll de l'implant, amb el concomitant augment d'ions metàl·lics en sang. S'estima que aquest fenomen és la causa del 2% de les revisions quirúrgiques de les artroplasties de maluc, percentatge que està en creixement segons les últimes dades. L'espectre clínic de la trunionosi pot anar des d'un augment asimptomàtic del metalls en sang fins la formació de pseudotumors.

L'objectiu d'aquest treball es descriure la formació de pseudotumors com a conseqüència de la trunionosi a partir de dos casos.

Material i mètodes

Cas 1: dona de 43 anys, intervinguda de pròtesis total de maluc esquerra metall-metall no cimentada com a conseqüència d'una necrosi avascular del cap del fèmur, amb clínica de luxacions recidivants i amb la formació d'una tumoració que

produïa dolor i pseudociàtica. La TC va descriure una important col·lecció de parts toves (mida de 21x19x13) amb la presència de partícules a l'interior.

Cas 2: home de 68 anys intervingut de pròtesis total de maluc esquerre metall-metall per artropatia hemofílica (Hemofília tipus B), amb clínica de tumoració dolorosa en maluc. La TC va mostrar una col·lecció de parts toves (5,7x3,8), i l'anàlisi de sang presentava un augment del cobalt plasmàtic (25,5 µg/L).

Resultats

En ambdós casos es va optar pel tractament quirúrgic, amb exèresi dels pseudotumors. Els implants presentaven signes típics de la trunionosi com la corrosió del con amb partícules negreses. A la retirada del implant, degut a l'espai que ocupava el pseudotumor i que es va tenir que desbridar, el teixit que va quedar era molt lax. Es va haver d'utilitzar còtils constrets tot i que es va intentar allargar l'extremitat, augmentar el coll, lateralitzar i optimitzar l'anteversió combinada. Al primer cas, la pseudociàtica es produïa pel contacte íntim i la compressió del pseudotumor al nervi. Ambdós casos van tenir resolució de la simptomatologia, presentant una evolució de puntuació de Merlé d'Aubigné preoperatori de 8 (2-5-1) a 15 (6-6-3) en el primer cas i de 9 (2-6-1) a 14 (6-6-2) en el segon.

Conclusió

La presentació d'aquests dos casos posa de manifest la gran rellevància clínica que pot tenir la formació de pseudotumors com a conseqüència de la corrosió de les pròtesis metall-metall, podent arribar a produir clínica neurològica. El tractament s'ha de basar en extreure el tumor i recanviar els components, sabent que com a conseqüència pot comprometre l'estabilitat protèsica per l'agressió a les parts toves.

P-38

TUMOR DE CÈL·LULES GEGANTS: A PROPÒSIT D'UN CAS.

Clara Chimeno Pigrau, Ernesto Muñoz Mahamud, Ricardo Vega Croker, Andreu Combalia Aleu
Hospital Clínic de Barcelona

Introducció i objectius

El tumor de cèl·lules gegants, és un tumor benigne localment agressiu que sol trobar-se típicament a les epífisis d'ossos llargs, més freqüentment a fèmur distal i tibia proximal. Aquest tumor pot comprometre la estabilitat de l'ós, i per tant sol tractar-se amb exèresi i curetatge, i posteriorment reconstruir el defecte ossi.

Presentar un cas clínic sobre un tumor de cèl·lules gegants al genoll que ha necessitat múltiples cirurgies per finalment acabar amb artrodesi de l'articulació.

Material i mètodes

Home de 42 anys amb antecedents de toxicomanies i trastorn bipolar, que consulta per dolor al genoll dret, i presenta tumoració d'un any d'evolució. Mitjançant una RMN es diagnosticava de tumor de cèl·lules gegants amb mida de 82mmx80mm. Es va realitzar excisió en bloc del coll del peroné i de 10 cm de tibia proximal, i es va col·locar una pròtesis tumoral. Posteriorment es va revisar per incompetència del tendó rotulí. Més tard presentà una fractura periprotèsica Rorabeck tipus III que va requerir el recanvi del component femoral. En el següent control va presentar infecció periprotèsica, que va ser tractada amb desbridament i col·locació de espaciador de ciment. Posteriorment va presentar fractura d'aquest espaciador. Es van realitzar tres desbridaments més, finalitzant amb artrodesi de l'articulació. Tres anys més tard el pacient acudeix a consultes amb clínica de 6 mesos d'evolució de rotació interna del peu dret, i es va diagnosticar de pseudoartrosi femoral per fractura periprotèsica a la punta del clau. Posteriorment, el pacient ha consultat en nombroses ocasions sol·licitant una solució pels problemes a la vida diària.

Resultats

Inicialment, es va decidir maneig conservador fins a la deshabitació del pacient. Posteriorment es va optar per recanvi del clau i osteotomia valguitzant del call de fractura femoral. Es va utilitzar un sistema que permet l'acoblament del clau d'artrodesi per si en el futur es necessita col·locar una pròtesis al cap femoral. Es va confirmar la correcta alineació de l'extremitat.

Conclusió

L'artrodesi de genoll pot ser una solució adequada en certs pacients, encara que es una tècnica poc freqüent. En el nostre cas es posa de manifest que encara que l'artrodesi era necessària, tenim que escollir correctament el tipus de pacient al que li fem aquesta cirurgia, i encara més l'indicació quirúrgica.

P-39

LUXACIÓ DE L'ARTICULACIÓ RADIOCUBITAL DISTAL VOLAR AÏLLADA. A PROPÒSIT D'UN CAS.

Joan Ignasi Sugrañes Camprubí, Ariadna Da Ponte Prieto, Marta Almenara Fernández, Sandra Huguet Miguélez
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Introducció i objectius

La luxació a volar del cúbit a nivell de l'articulació radiocubital distal (ARCD) aïllada constitueix una entitat de baixa incidència, amb menys de 40 casos descrits a la literatura, i fins en un 50% dels casos passarà desapercibuda als serveis d'urgències. La freqüència en la que trobarem una luxació volar

aïllada serà molt menor que la seva antagonista, pel que serà necessària una alta sospita clínica i un correcte estudi radiològic per a arribar al diagnòstic.

Material i mètodes

Es presenta el cas d'un pacient home de 38 anys que va consultar per dolor i imпотència funcional del canell esquerra de 24 hores d'evolució després d'una caiguda casual. Mitjançant radiografies simples de canell es va objectivar una luxació volar del cúbit a nivell de l'ARCD sense presentar altres lesions associades a nivell d'avantbraç ni colze. Davant la impossibilitat de reducció sota anestèsia local es va realitzar una reducció tancada sota sedació i, davant l'estabilitat de l'articulació, es va decidir tractament conservador amb un guix braquiopalmar amb l'avantbraç en pronació. El pacient va ser donat d'alta d'urgències i es va realitzar seguiment a consultes externes.

Resultats

Passades 4 setmanes d'immobilització es va procedir a la retirada del guix braquiopalmar, conservant una fèrula amovible durant 2 setmanes més. El pacient actualment es troba asimptomàtic i en procés de rehabilitació amb bona tolerància i amb una recuperació gairebé completa del balanç articular previ a la luxació.

Conclusió

La luxació volar aïllada de l'ARCD és una patologia molt poc freqüent i poc descrita a la literatura. Serà necessari un alt nivell de sospita clínica i radiològica per tal d'arribar al seu diagnòstic ja que, la falta d'aquest, i per tant del tractament adient, podria comportar conseqüències que afectessin a la funcionalitat del canell així com repercutir en la qualitat de vida del pacient a llarg termini.

P-40

FRACTURA-LUXACIÓ RADIOCARPIANA VOLAR AMB ARRENCAMENT DEL LLIGAMENT RADI-SEMILUNAR CURT: REVISIÓ DE LA LLITERATURA. A PROPÒSIT D'UN CAS.

Carlos Antón Fernández, Berta Buch Fusté, Norma Trigo Bermúdez, Miguel Ángel Martínez de La Torre, Antoni Salvador Albarracín, Enric Cruz Olivé
Hospital General de Granollers, Barcelona

Introducció i objectius

Les luxacions radiocarpianes volars són infreqüents, i solen estar associades a traumatismes d'alta energia, encara que de vegades, també es poden produir per traumatismes de baixa energia. de vegades, s'associen a arrencaments dels lligaments radio-carpianes volars o fractures articulars.

L'objectiu del treball és fer una revisió de la literatura del tractament d'aquestes lesions a tomb d'un cas.

Material i mètodes

Es presenta un cas clínic d'un home de 37 anys amb fractura luxació radiocarpiana volar després d'una caiguda des del seu propi nivell d'alçada. Es va realitzar reducció tancada i TAC amb resultat de fractura intraarticular de radi distal amb petit fragment en vessant volar i cubital de la superfície articular, sospitant-se arrencament de la inserció del lligament ràdio semilunar curt.

Resultats

Es va practicar l'osteosíntesi amb placa de suport específica de columna intermitja del radi i sutures a través de la placa del lligament radiosemilunar curt. L'evolució clínica va ser favorable, amb consolidació de la fractura i balanç articular sense clínica d'inestabilitat en el seguiment posterior.

Conclusió

En aquest tipus de lesions, estan descrit el tractament conservador si no hi ha desplaçament del fragment intraarticular i no hi ha lesions associades, o bé un tractament quirúrgic d'entrada per sintetitzar la fractura i/o reinsertar les lesions lligamentoses.

Després de revisar la literatura actual, no existeix evidència científica favorable a cap de les 2 opcions.

P-41

LUXACIÓ POSTERIOR D'ESPATLLA: ÚS DE LA TECNOLOGIA 3D. A PROPÒSIT D'UN CAS.

Jordi Querolt Coll, Pier Luigi Di Felice Ardente, Fernando Menor Fusaro, Miguel Pérez Abad
Althaia, Xarxa Assistencial Universitaria, Manresa

Introducció i objectius

La luxació posterior d'espatlla es una entitat poc freqüent en el nostre medi, i sol presentar-se principalment en pacients epilèptics o electrocutats.

Molts casos passen desapercebuts inicialment, el maneig terapèutic és complex i els resultats solen ser desfavorables.

L'objectiu del cas es presentar una tècnica que preveu la reducció oberta i la reconstrucció del cap humeral amb aloinjert, amb l'ajuda de la planificació 3D.

Material i mètodes

Presentem el cas d'un pacient de 40 anys, originari de el Senegal, que acudeix al nostre centre amb dolor e imпотència funcional a la espatlla dreta, passant desapercebut inicialment al servei d'urgències.

Posteriorment, va ser diagnosticat a consultes externes al cap d'un mes i es va procedir a l'estudi morfològic de la lesió. Gràcies a la tecnologia 3D vam poder quantificar el defecte ossi del cap humeral i planificar la cirurgia mitjançant guies de tall dissenyades a mida.

Resultats

Entre les varietats de tècniques presents a la bibliografia, considerem que la reconstrucció anatòmica del cap humeral es una tècnica que ens ofereix una millor funcionalitat. De fet, assegurant la correcta congruència del cap humeral aconseguim recuperar el balanç articular sense modificar l'equilibri tendinós.

En el nostre pacient, ha presentat un postoperatori amb un balanç articular i una autonomia completa als tres mesos de la intervenció quirúrgica. Sent capaç de tornar a la seva activitat diària habitual de forma normal sense presentar limitació funcional.

La tecnologia 3D ens permet tenir una major precisió i un resultat més previsible.

Conclusió

L'ús d'aloinjert en defectes del cap humeral representa una alternativa vàlida en casos de luxacions posteriors d'espatlla. L'absència de transferència tendinosa ofereix major reconstrucció anatòmica i menor agressió quirúrgica.

La planificació amb guies anatòmiques específiques per a cada pacient ens ofereix un escurçament del temps quirúrgic, abordatge específic i dirigit al nostre pacient.

P-42

LISI PERIIMPLANT FEMORAL DE 2 MESOS D'EVOLUCIÓ INFECCIÓ VS TUMOR? A PROPÒSIT D'UN CAS.

Ariadna Da Ponte Prieto, Laura Noguera Alonso, Joan Sugrañes Camprubí, Ana Peiró Ibáñez, Sandra Huguet Miguélez

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Introducció i objectius

La lisi objectivada a les radiografies sol requerir una minuciosa anamnesi i exploració física, a més de proves complementàries, per realitzar el diagnòstic diferencial entre les diferents entitats que poden causar-la. Com a possibles diagnòstics diferencials, entre d'altres, hem de tenir en compte les infeccions, els tumors i els aflixaments asèptics.

Es presenta aquest cas amb l'objectiu d'il·lustrar que les lesions tumorals poden passar desapercebudes i un mal tractament d'aquestes pot comportar conseqüències a mig-llarg plaç.

Material i mètodes

Dona de 77 anys amb antecedents de fractura pertrocantèrica de fèmur de traç invertit (AO 31A3) que va ser tractada al nostre centre, col·locant-se un enclavat endomedullar llarg; Als 2 mesos de la cirurgia, la pacient presentava una evolució satisfactòria.

Als 4 mesos de la cirurgia, la pacient va acudir al Servei d'Urgències per dolor i impossibilitat per a la deambulació en càrrega. A les radiografies simples, es va objectivar una lisi al voltant del clau endomedullar que no existia en controls previs.

Donada la rapidesa de la evolució, l'aflixament asèptic es va considerar com a molt improbable, i es va plantejar el diagnòstic diferencial entre dos entitats: Infecció vs Tumor. La pacient no tenia cap antecedent oncològic conegut.

Com a proves complementàries inicials, es van realitzar una anàlisi sanguínia i una TAC.

Resultats

A l'anàlisi, es va objectivar un recompte de leucòcits normal, una PCR de 36mg/L, i una VSG de 64mm/hora. La TAC mostrava una extensa lesió lítica a la meitat proximal del fèmur, que envoltava el clau, i provocava àrees de discontinuïtat cortical; i a més, una massa de parts toves d'aproximadament 13 cm. Es va realitzar una biòpsia guiada per TAC de la massa, que va ser positiva per cèl·lules neoplàsiques compatibles amb adenocarcinoma pulmonar. Es va realitzar un estudi d'extensió, en que es va trobar una lesió espiculada al lòbul inferior del pulmó esquerre no coneguda. El seu estudi anatomo-patològic va demostrar que es tractava d'un adenocarcinoma.

Per tant, la pacient va ser diagnosticada d'una metastasi òssia femoral procedent d'una tumoració primària pulmonar, prèviament no coneguda.

Conclusió

L'aparició d'una lesió lítica al voltant d'un material de síntesi obliga a revisar les radiografies inicials per descartar una fractura patològica que pugui haver passat desapercebuda. De fet, en les lesions lítiques d'aparició en el postoperatori immediat, amb aparença radiològica inicial normal, i en pacient sense antecedents oncològics coneguts, no hem d'oblidar la possibilitat de lisi tumoral, bé per un tumor ossi primari o bé per la presència de metastasi d'origen desconegut. Aquesta última entitat no és infreqüent, pel que sempre hem de tenir-la en compte.

P-43

OSTEOTOMÍA DEFLEXORA DE TÍBIA ¿OPCIÓN A LA CIRURGIA DE REVISIÓN DE LIGAMENTO CRUAT ANTERIOR?

Alexandre Coelho Leal, Lidia Sánchez-Porro Gil, Bruno Capurro Soler, Juan Francisco Sánchez Soler, Raúl Torres Claramunt, Pedro Hinarejos Gómez
Parc de Salut Mar, Barcelona

Introducció i objectius

La cirurgia de revisió de reconstrucció del Lligament creuat anterior (LCA) és un repte per al cirurgià ortopèdic. Requereix un anàlisi de múltiples factors com a causes de la fallida i entre elles s'ha de considerar els factors intrínsecs com la pendent tibial excessiva ($> 12^\circ$) i un intercòndil estret.

L'objectiu del present estudi és descriure un cas al que es va realitzar la tècnica d'osteotomia deflexora de tancament anterior de la tibia proximal per a una pendent tibial augmentada $>12^\circ$ associada a una reconstrucció del LCA.

Material i mètodes

Home de 39 anys que consulta per dolor, vessament articular de repetició i inestabilitat de genoll dret. Antecedent de 3 cirurgies de reconstrucció de LCA. Primera lesió jugant a bàsquet on es realitza fa 12 anys una reconstrucció amb tècnica transtibial utilitzant plàstia de autoempelt d'os-tendó-os (HTH). Fa 8 anys pateix nova lesió jugant a bàsquet i es realitza una revisió de recanvi en 2 temps per portal anteromedial i tècnica anatòmica que utilitzen autoempelt de tendons isquiotibials. Última lesió fa 2 anys on es realitza la tercera reconstrucció de LCA i segona cirurgia de revisió de LCA en 2 temps, on utilitzen aloempelt de tendó d'Aquilles associat a una plàstia de reconstrucció anterolateral amb tècnica de Lemaire. A l'examen físic presenta balanç articular 0 / 125° , Lachman positiu (+++), Calaix anterior positiu (+++), Pivot Shift (++), dial test negatiu, laxitud en valg lleu a 0° i moderada a 30° de flexió. Estable en var. McMurray negatiu. Normo-eix axial. Pendent tibial de 13° i desplaçament anterior de 12 mm a la Radiografia d'estrès (Telos) comparada amb la contralateral. RMN amb plàstia de LCA amb patró fibrillar poc definit interpretat com trencament de la mateixa.

Resultats

Es realitza reconstrucció en 2 temps. Al primer temps es realitza osteotomia deflexora de tancament anterior amb reseció de falca de 9 mm, fixació amb 2 grapes anteriors, sense osteotomia de tuberositat anterior de la tibia, i desbridament i farcit de túnels amb autoempelt de falca ressecada de tibia més aloempelt ossi de cap femoral. Es comprova correcta consolidació als 3 mesos i es programa segon temps als 9 mesos. Al segon temps es realitza reconstrucció de LCA amb autoempelt

de tendó quadricipital, reconstrucció del lligament col·lateral medial amb al·loempelt de tendó tibial anterior i reconstrucció anterolateral tipus Arnold Cocker, sense complicacions intraoperatories. Als 6 mesos postoperatoris no presenta dolor, sense episodis d'inestabilitat, balanç articular $0-120^\circ$, Lachman i pivot shift negatius, lligament col·lateral intern estable a 0 i 30° . Pendent tibial de 3° final.

Conclusió

La cirurgia de reconstrucció de lligament creuat anterior combinada amb una osteotomia deflexora de tibia de tancament anterior ha restaurat en aquest cas l'estabilitat del genoll amb resultats clínics satisfactoris en un pacient que presentava una pendent tibial augmentada $> 12^\circ$. Es recomana considerar la correcció d'aquest factor intrínsec al moment de realitzar cirurgies de revisió en casos de fallida de reconstrucció de LCA previ.

P-44

LESIÓ CRÒNICA SIMPTOMÀTICA DEL LIGAMENT CRUAT POSTERIOR TRACTADA AMB OSTEOTOMIA DEFLEXORA.

Alexandre Coelho Leal, Lidia Sánchez-Porro Gil, Vito Andriola, Juan Francisco Sánchez Soler, Raúl Torres Claramunt, Pedro Hinarejos Gómez
Parc de Salut Mar, Barcelona

Introducció i objectius

La lesió crònica del Lligament Creuat Posterior (LCP) pot donar lloc a una biomecànica alterada del genoll amb artropatia progressiva dels compartiments femoropatellar (FP) i femorotibial intern (FTI). En aquests casos la reconstrucció del LCP ofereix resultats més controvertits sent la seva indicació més limitada.

L'objectiu d'aquest treball és presentar un cas clínic en què s'opta per la osteotomia correctora de tibia al pla sagital, amb augment de pendent (flexora) com a tractament d'una lesió crònica simptomàtica del LCP.

Material i mètodes

Pacient de 48 anys que va presentar fa 20 anys una fractura diafisària de tibia esquerra tractada mitjançant enclavat endomedullar i retirada posterior de l'implant, presentant actualment gonàlgia esquerra progressiva i inestabilitat, amb un EVA màxim de 8. A l'exploració destacava un calaix posterior positiu i dolor FTI i FP amb maniobres meniscals negatives.

L'estudi radiològic demostra lleu artropatia FP, sense pinçament femorotibial en projecció schuss i amb normoeix a radiografies telemètriques. A la projecció lateral presentava una pendent tibial neutra 0° amb translació posterior en càrrega. La

RMN demostra lesió crònica del LCP amb condropatia FTI i FP lleu / moderada. Es va realitzar l'estudi amb radiografies força- des en què es va objectivar la translació posterior de la tibia.

Es va decidir fer una osteotomia flexora de tibia aïllada, aug- mentant la pendent, sense reconstrucció del LCP.

Es va practicar osteotomia amb falca anterior simètrica medi- olateral de 10 mm amb autoempelt de cresta ilíaca, fixada amb dues grapes metàl·liques i posterior tancament amb 2 cargols amb ascens de 10 mm de la TTA per evitar patel·la baixa secundària.

Resultats

El resultat a l'any ha estat excel·lent, amb una incorporació progressiva a l'activitat laboral als 3 mesos de la intervenció, un perímetre de marxa actual il·limitat (+ 10 km dia en muntanya) i un EVA màxim de 2 sense requeriment d'analgèsics. Refereix una satisfacció molt alta.

Conclusió

La osteotomia flexora de la tibia, augmentant la pendent en el pla sagital, produeix un efecte biomecànic de translació dinàmica anterior de la tibia que resulta compensadora a la disfunció del LCP.

En casos seleccionats, valorant altres variables com el var- valg i / o lesions associades, pot ser un tractament vàlid, amb molt bon resultat clínic.

P-45

FRACÀS D'OSTEOSÍNTESI EN FRACTURES PERTROCANTÈRIQUES: ¿HI HA UNA TÈCNICA DE RESCAT IDÒNIA?

Alexandre Coelho Leal, Jorge Amestoy Ramos, Albert Alier Fabregas, Maria Jose Robles, Isabel Arnau, Santos Martínez Díaz

Hospital del Mar, Barcelona

Introducció i objectius

Les fractures pertrocantèriques de fèmur proximal són fre- qüents a la població anciana i s'espera que la seva incidència s'incrementi per dos en els propers vint anys.

El sistema dinàmic de maluc i l'enclavat endomedul·lar són el gold estàndard en el tractament d'aquestes fractures. No obstant això, s'estima que al voltant de 5-10% d'aquests dispositius fracassen per la mobilització del cargol cervico- cefàlic (cut in/cut out), requerint una segona intervenció quirúrgica.

Les opcions terapèutiques en aquests casos són la reoste- osíntesi o l'artroplàstia de maluc. No queda clara la superioritat de cap d'elles a la literatura, però sembla lògic pensar que la càrrega precoç que permet l'artroplàstia podria tenir avantat- ges en el pacient geriàtric.

L'objectiu del present treball és presentà la nostra experièn- cia en el tractament dels fracassos d'osteosíntesi de fractures pertrocantèriques mitjançant artroplàstia total de maluc.

Material i mètodes

Revisió retrospectiva de 5 casos de fracàs d'osteosíntesi de fractures pertrocantèriques tractades en el nostre centre durant 2017 per un mateix cirurgià. En tots els casos es tractava de pacients geriàtrics autònoms.

Quatre d'ells van patir un desplaçament cefàlic (cut out) del cargol cervicocefàlic i un d'ells presentava una fractura subcapital com a conseqüència de la migració proximal del mateix (efecte Z).

En tots els casos es va rescatat mitjançant artroplàstia total cimentada, emprant ciment amb antibiòtic (vancomicina i gen- tamicina).

Resultats

Durant el postoperatori immediat, els pacients no van pre- sentar cap complicació mèdica i es va autoritzar la càrrega sobre l'extremitat intervinguda al tercer dia postoperatori. Des- prés d'un seguiment mig de 14 mesos, tots els pacients han aconseguit una deambulació autònoma, tres d'ells amb cami- nador i els dos restants amb ajuda d'un sol bastó.

Conclusió

L'objectiu terapèutic primordial en el tractament dels fra- cassos d'osteosíntesi de fèmur proximal en el pacient geriàtric autònom ha de ser la càrrega precoç.

És per això pel que l'artroplàstia de maluc cimentada suposa una tècnica de rescat idònia, oferint clars avantatges respecte a les tècniques de reosteosíntesi clàssiques mitjançant dispositius d'angle fixe.

P-46

DEBUT DE CARCINOMA DE PÀNCREES AMB METÀSTASI MIOCUTÀNIA.

Alexandre Coelho Leal, Paula Serrano Chinchilla, Albert Alier Fabregas, Santos Martínez Díaz

Hospital del Mar, Barcelona

Introducció i objectius

Home de 66 anys amb antecedents mèdics de DMNID, dis- lipèmia i cirrosi hepàtica. Derivat de forma urgent per sospita diagnòstica inicial de sarcoma sinovial post exèresi d'una tumo- ració de parts blandes a cuixa dreta fa 2 setmanes. L'objectiu és presentar el maneig diagnòstic d'aquest cas clínic poc comú.

Material i mètodes

El pacient havia consultat 2 setmanes abans en Urgències per presentar una tumoració dolorosa a cara posterior de cuixa

dreta. Davant la sospita que la lesió es tracti d'un quist epidermoide, es realitza la seva exèresi. Des d'Anatomia Patològica s'orienta de forma inicial com un possible sarcoma sinovial, ens deriven al pacient per valoració i es sol·licita un estudi d'extensió mitjançant un TC toracoabdominal.

El pacient refereix síndrome constitucional amb pèrdua de més de 15 kg de pes en els últims 3 mesos. A l'exploració física s'objectiva una ferida quirúrgica en correcte estat de cicatrització, palpant-se una tumoració endurada adherida a plans profunds i dolorosa d'uns 5 cm de diàmetre. Al TC toracoabdominal s'evidencia una tumoració heterogènia en cos i cua de pàncrees amb infiltració de venes esplènica i porta, adenopaties inter-aortocava, retroperitoneals i mesentèriques amb possibles metàstasis hepàtiques, suprarenals, pulmonars i a L1.

És valorat pel Servei de Cirurgia Hepato-biliar i Oncologia, que orienta el cas després de realitzar una biòpsia hepàtica i el seu resultat, com un carcinoma d'origen bilio-pancreàtic amb metàstasis múltiples. Donada l'extensió de la malaltia es considera que el pacient no és tributari de tractament oncoespecífic i s'inicia tractament pal·liatiu simptomàtic.

Resultats

El resultat anatomopatològic definitiu de la biòpsia hepàtica i de la tumoració a la cuixa dreta és d'un carcinoma d'origen bilio-pancreàtic amb extensa diferenciació escamosa. En l'estudi immunohistoquímic destaca l'expressió intensa i difusa per p40, p63, queratina 7 i queratina 19 així com l'expressió feble i focal per queratina CAM5.2 i absència de translocació SYT.

Finalment, el pacient inicia tractament pal·liatiu, sent èxitus a les 6 setmanes del diagnòstic definitiu.

Conclusió

Les metàstasis cutànies dels carcinomes bilio-pancreàtics amb extensa diferenciació escamosa són excepcionals.

En l'algoritme diagnòstic d'un sarcoma de parts toves és imprescindible la realització d'un estudi immunohistoquímic de la lesió i la realització d'un TC toracoabdominal.

P-47

LA FRACTURA PERTROCANTÈRICA DE FÈMUR POT SER QUE LA MENYSPREEM?

Alexandru Mihai Petrica, Sergio López Hervás, Rosa Abad Satorres

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

Introducció i objectius

Les fractures pertrocantèriques de fèmur són tan habituals en l'activitat diària dels cirurgians traumatòlegs que el seu tractament ja està estandarditzat i el seu maneig molt simplificat.

No obstant això, no s'han de menysprear.

Presentem el cas del tractament d'una fractura pertrocantèrica de fèmur complicat per la protrusió central del cargol cefàlic (cut-through) del clau gamma.

Material i mètodes

Dona de 75 anys diagnosticada de fractura pertrocantèrica de fèmur esquerre per caiguda casual.

Va ser intervinguda quirúrgicament en menys de 24 hores, realitzant-se osteosíntesi amb clau Gamma3® de 125°. Va iniciar sedestació 48h després i deambulació en càrrega assistida 24h més tard.

A las 2 setmanes postoperatòries la pacient presenta intensificació del dolor al maluc esquerre i dificultats per realitzar la deambulació. En l'exploració física el maluc es presenta lliure però dolorós a la mobilització passiva. Les radiografies mostren la protrusió central del cargol cefàlic del clau.

S'intervé quirúrgicament retirant el clau gamma, apreciand-se un traç basivertebra de la fractura. Es redueix controladament, es farceix el defecte ossi cervicocefàlic amb pèl·lets de sulfat càlcic (Stimulan®) i se sintetitza la fractura amb placa-cargol lliscant (DCS) 95° col·locant-se en la placa un 2n cargol canul·lat de compressió.

Resultats

La pacient va iniciar rehabilitació en càrrega als 72h post quirúrgiques (el retard va ser degut a complicacions cardiovasculars en el postoperatori precoç), aconseguint marxa assistida amb caminador amb bona tolerància. Va referir persistència del dolor engonal amb la flexió > 90° rotació interna > 10° i rotació externa > 30°, mantenint una mobilització passiva lliure del maluc.

En radiografies de control s'aprecia resorció parcial dels pèl·lets de sulfat càlcic, una bona compressió del focus de fractura i una correcta situació del material d'osteosíntesi.

Conclusió

Les fractures pertrocantèriques de fèmur són molt freqüents en l'activitat diària de qualsevol cirurgià traumatòleg.

El maneig terapèutic inicial adequat proporciona una bona qualitat de vida al pacient i sol evitar possibles complicacions. Els bons resultats dels claus tipus gamma ho han estandarditzat i facilitat.

Tanmateix, les complicacions directes del tractament inicial suposen un repte terapèutic tant per al cirurgià com per al pacient.

P-48

COMPLICACIONS D'UNA FRACTURA-LUXACIÓ DE MONTEGGIA. A PROPÒSIT D'UN CAS.

Saïoa Quintas Álvarez, Jordi Salvador Carreño, Inma Puig de La Bellacasa Delàs, Javier Abarca Vega, Pablo Castellón Bernal, Francesc Anglès Crespo
Hospital Universitari Mútua Terrassa

Introducció i objectius

La fractura-luxació de Monteggia és una lesió greu i poc freqüent, que es caracteritza per presentar una fractura del cúbit proximal amb una luxació del cap del radi. El tractament de les fractures té com objectiu principal el restabliment de l'anatomia i longitud del cúbit, que condicionarà la reducció del cap del radi. La taxa de complicacions com la mal-aliniació, defectes d'estabilitat i conseqüent retard de consolidació i pseudoartrosi és elevada.

Material i mètodes

Presentem una pacient de 66 anys, fumadora i diabètica mal controlada, amb una fractura-luxació de Monteggia, tipus II de Bado, després d'una caiguda casual. S'immobilitza amb fèrula de guix inicial i posteriorment es realitza una reducció oberta i estabilització mitjançant placa d'olècranon i exèresi de frag-

ment parcel·lar del cap del radi. La pacient evoluciona a una pseudoartrosi de cúbit, ruptura de placa i luxació de cap de radi als 5 mesos de la cirurgia. Es proposa revisió quirúrgica que la pacient rebutja. 3 anys després, la pacient presenta dolor i una limitació important per les seves activitats diàries, pel que es realitza una re-osteosíntesi d'olècranon amb doble placa, empelt ossi de cresta ilíaca i una resecció del cap de radi. Al cap de 2 mesos s'observa un arrancament dels cargols distals i nova luxació de radi, pel que es realitza nova síntesi, artroplàstia de cap de radi, amb el que s'observa una fractura peri-implant intraoperatòria, i fixació externa temporal per assegurar l'estabilitat. El fixador extern es va retirar al cap de 3 mesos.

Resultats

Un cop assolida l'estabilitat de la fractura-luxació, la pacient ha evolucionat correctament. Als 8 mesos presenta una consolidació de la fractura, estable, sense dolor i un balanç articular de -30° d'extensió, 120° de flexió i una prono-supinació completa.

Conclusió

Les fractures-luxacions de Monteggia són fractures greus amb una taxa elevada de complicacions que requereixen un tractament acurat. L'estabilitat de l'articulació radi-capítelar i l'estabilitat de l'osteosíntesi del cúbit són imperatius en aquests pacients.

CASOS CLÍNICS PER A RESIDENTS

Moderadors: P. Giannoudis
M. Bhandari

CCR-1

SUBLUXACIÓ VOLAR DELS TENDONS DE LA PRIMERA CORREDERA DESPRÉS D'UNA CIRURGIA PER A TRACTAMENT DE DEQUERVAIN: RECONSTRUCCIÓ DEL RETINACLE AMB AUTOINJERT TENDINÓS DEL MÚSCUL PALMARIS LONGUS. CAS CLÍNIC I REVISIÓ DE LA BIBLIOGRAFIA.

Ana Scott-Tennent De Rivas, Jordi Fortuño Vidal, Ester Yuste Berenguer, Héctor Fabio Acosta, Pau Forcada Calvet
Hospital Arnau de Vilanova de Lleida

Introducció

La descompressió quirúrgica de la primera corredera dels extensors del canell està indicada en tenosinovitis de DeQuervain que no responen al tractament conservador.

Les complicacions inclouen lesió de la branca sensitiva del nervi radial, cicatriu dolorosa, descompressió incompleta i, menys freqüent, subluxació anterior de l'abductor pollicis longus (APL) i l'extensor pollicis brevis (EPB).

Objectiu

Presentar un cas d'una dona amb persistència del dolor radial al canell després de dues intervencions d'apertura de retinacle de la primera corredera en un altre centre.

Material i mètodes

Dona de 41 anys que presenta dolor radial del carp. A la ressonància magnètica s'aprecia engruiximent al voltant dels extensors de la primera corredera (E1) que a més es troben en situació volar. L'estudi dinàmic ecogràfic exposa una subluxació volar de l'APL dolorosa.

Resultats

Es decideix reintervenir, observant-se absència completa del retinacle sobre l'E1 durant la intervenció. S'aprecia absència de lesió de la branca sensitiva. Es confirma la subluxació dels tendons E1 amb la flexió del canell. Es reconstrueix el retinacle

amb autoinjert de palmaris longus (PL) a través de dos túnels transossis. Es comprova una mobilització correcta dels tendons dins la corredera, sense existir-hi conflicte d'espai.

S'immobilitza amb fèrula de guix antebraquiopalmar i es realitza rehabilitació a les tres setmanes. Seguiment postoperatori als 7 mesos satisfactori.

Conclusions

La subluxació dels tendons de la primera corredera després d'una cirurgia de tractament de DeQuervain és infreqüent i generalment asimptomàtica. Si produeix símptomes el tractament conservador fracassa. Es pot prevenir intentant preservar l'anatomia durant l'acte quirúrgic, realitzant una apertura dorsal (Burton i Littler, 1995) o amb una Z plàstia. La majoria de tècniques descrites es basen en intentar restablir la seva estructura anatòmica tot reconstruint el retinacle. S'han descrit diferents mètodes. Nosaltres presentem una alternativa d'autoinjert viable, no descrita a la literatura, aprofitant els avantatges del tendó palmaris longus (PL) com a injert en cirurgia de canell i mà, a través de túnels transossis.

CCR-2

HÀL·LUX SANTANTS. UNA ETIOLOGIA POC COMUNA.

Clara Dolz Feliu, Elisenda Ricou Mur, Quique Pich-Aguilera, Laia López Capdevila
Parc Sanitari Sant Joan de Déu de Sant Boi de Llobregat, Barcelona

Introducció

El hàl·lux saltans o el hàl·lux en resort és una patologia poc freqüent i poc coneguda, especialment, a la població no esportista. Es tracta d'un atrapament del tendó Flexor Hallucis Longus (FHL) amb limitació de la flexió. L'origen d'aquesta patologia pot donar-se a diversos nivells: túnel fibrós retromaleolar, en el procés posterior del astràgal, túnel del tars, sustentacillum tali, nòdul de Henry...

Material i mètodes

Pacient 40 anys, sense activitat esportiva habitual, que acudeix a consulta per hàl·lux en resort a la flexió. A la RMN s'evi-

dència la presència d'un quist sinovial al túnel fibrós del FHL, a nivell retromaleolar tibial.

Resultats

Es decideix intervenció quirúrgica amb un abordatge posterolateral de turmell, amb exèresi del quist sinovial de la baina del FHL. S'evidencia intraoperatoriament una massa muscular del FHL accessòria i d'inserció baixa, invaginada al túnel fibrós, sent aquesta la causa del ressort. Es realitza resecció parcial d'aquesta massa comprovant la tenolisi. La pacient es trobava asimptomàtica als 2 mesos, amb recuperació completa de la flexió de l'hà.lux.

Discussió

El hà.lux saltans és una patologia molt infreqüent i de predomini en ballarines i atletes. La localització més freqüent del seu atrapament sol ser a nivell del sustentaculum tali o en el procés posterior del astràgal.

La bibliografia respecte al atrapament del FHL retromaleolar és escassa, amb descripció aïllada de casos. La inserció baixa d'una massa muscular accessòria del FHL es una variant anatómica rara.

Conclusions

El tractament quirúrgic de l'hà.lux en ressort amb la tenolisi del FHL presenta bons resultats funcionals, sent imprescindible localitzar el nivell anatómic i la causa de l'atrapament del tendó.

CCR-3

RECONSTRUCCIÓ DE RUPTURA CRÒNICA DE TRÍCEPS EN PACIENT CULTURISTA AMB ALOINJERT INSERCIONAL: A PROPÒSIT D'UN CAS.

Daniel Berlanga de Mingo, Karla Rodríguez Bascones
Hospital Asepeyo Sant Cugat. Barcelona

Introducció

La ruptura del tendó del tríceps és una patologia poc freqüent, essent el factor predisposant més freqüent el consum de substàncies anabolitzants entre culturistes i aixecadors de pes.

Presentem la tècnica quirúrgica de reconstrucció tricipital amb aloinjert insercional de tendó d'Aquilles, i resultats a mig termini.

Material i mètodes

Home de 33 anys, culturista professional, que presenta un trencament tricipital després d'una contusió directa al colze. Ens arriba derivat al nostre hospital un mes després de la contusió. Es realitza ecografia i ressonància magnètica evidenciant-se una ruptura crònica complerta de 6 cm del tendó del tríceps, i es procedeix a la intervenció quirúrgica. Mitjançant un

abordatge posterior de colze en decúbit pron, s'aprecia la ruptura d'espessor complert. Després de desbridar el teixit fibròtic es realitza una sutura proximal de l'aloinjert de tendó d'Aquilles al monyó distal tendinós. Amb el colze a 60° es mesura la mida necessària de l'aloinjert fins a la punta de l'olècranon, i s'hi inserta amb una tècnica de doble filera transòssia equivalent amb 3 implants d'espiral metàl·lica (Corckscrew®, Arthrex) i dos PushLock® (Arthrex) a la filera distal.

Resultats

Intraoperatoriament s'aconsegueix una flexió de 90° i una extensió complerta. El colze s'immobilitza amb una fèrula dorsal braquiopalmar a 60° de flexió durant 6 setmanes.

Posteriorment s'inicia el protocol rehabilitador intensiu limitant els graus màxims de flexió per protegir les sutures. Als 3 mesos de la cirurgia es realitza una valoració funcional isocinètica presentant un balanç articular complet i simètric, amb una pèrdua de força en extensió moderada i una flexió sense dèficits valorables.

Conclusions

La reconstrucció tendinosa amb aloinjert insercional per a trencaments crònics de tríceps en pacient culturista amb gran retracció i mala qualitat del tendó, sembla ser una tècnica quirúrgica adequada per a restaurar un balanç articular funcional i, al nostre cas, complet. A mitjà termini els pacients poden presentar una pèrdua de força, però segons estudis publicats prèviament, la reconstrucció tendinosa no sembla comprometre la força a llarg termini.

CCR-4

IMPRESSIÓ 3D EN TITANI D'ASTRÀGAL FET A MIDA PEL TRACTAMENT D'UNA INFECCIÓ CRÒNICA DE TURMELL.

Grau, D, Font-Vizcarra Ll.

Parc Sanitari Sant Joan de Déu de Sant Boi de Llobregat

Introducció

La impressió 3D d'implants metàl·lics fets a mida, és una tecnologia cada cop més utilitzada en cirurgia reconstructiva i tumoral. Tot i així, segons el nostre coneixement, no existeix en la literatura cap cas en el que s'hagi utilitzat després d'un desbridament radical per infecció osteoarticular.

L'objectiu d'aquesta comunicació és presentar un cas d'osteomielitis crònica de turmell tractada amb una cirurgia en dos temps i resolt amb un implant de titani fet a mida, mitjançant impressió 3D.

Presentació del cas

Malalt de 65 anys amb osteomielitis crònica a turmell esquerre, reintervingut en 10 ocasions al llarg de 10 anys, que acut a consultes del nostre centre per a valoració.

La radiografia inicial mostrava un intent d'artrodesi de turmell amb placa d'osteosíntesi anterior, amb pseudoartrosi, segrests ossis i destrucció de l'astràgal. Amb una GGO i leucòcits positives per infecció, es va decidir realitzar una intervenció quirúrgica en 2 temps.

En el primer temps, després d'un desbridament radical, es va implantar un espaiador de ciment hand-made amb antibiòtic (Vancomicina + Gentamicina) i 2 tetons metàl·lics recoberts.

Els cultius van resultar positius per *Anaerococcus lactolyticus*. Es van realitzar 8 setmanes d'antibiòtic.

Després d'uns mesos sense tractament, i donada l'absència de signes d'infecció, es va procedir al segon temps realitzant la implantació d'un d'astràgal fet a mida. La peça es va fixar mitjançant un clau d'artrodesi de turmell (Synthes).

Evolució

Els cultius del segon temps van ser negatius. L'evolució postquirúrgica va ser satisfactòria, presentant correcta cura de les ferides.

Es va realitzar descàrrega de l'extremitat durant 2 mesos i mig, i posterior càrrega progressiva amb l'ajuda d'un Walker.

Després de 18 mesos de seguiment, el pacient no presenta signes d'infecció. Els controls radiològics no mostren afluixaments o ruptures del material. Deambula sense ajuda ni ortesis.

Conclusió

Tot i que es tracta d'un únic cas, la nostra experiència amb la tecnologia aditiva i la impressió d'implants metàl·lics fets a mida per a cirurgia reconstructiva en patologia sèptica de l'aparell locomotor ha estat molt satisfactòria.

Caldran més casos i estudis per avaluar el potencial d'aquesta tecnologia.

CCR-5

FRACTURA DE PELVIS INESTABLE TRACTAT AMB TÈCNICA INFIX: A PROPÒSIT DE UN CAS.

Daniel Silva González, Oliveras Font, M, Vázquez Gómez, M, Noriego Muñoz D.

Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona

Introducció

Les fractures de pelvis estan associades a traumatismes d'alta energia. Tradicionalment, la fixació externa temporal ha estat la opció de tractament més utilitzada per fractures de l'anell anterior. Les complicacions més freqüents han estat la infecció i l'afluixament dels pins amb la conseqüent pèrdua de reducció. Recentment han sortit tècniques mínimament invasives com alternativa a la fixació externa convencional amb bons resultats i disminució de les complicacions.

Cas clínic

Dona de 70 anys amb antecedent d'obesitat que arriba a urgències després de patir atropellament a la via pública. A la seva arribada es troba hemodinàmicament estable i refereix dolor al maluc esquerre. No presenta deformitats evidents ni rotació de les extremitats inferiors. Estat neurovascular distal conservat.

Es realitza Body-TAC que informa de fractura inestable rotacional i verticalment de l'hemipelvis esquerra (APC III) amb afectació de la branques ilio/isquiopubiana i fractura sacre (Dennis I) esquerra.

Provisionalment es col·loca faixa pèlvica i tracció esquelètica transcondília (8 kg).

A la setmana de l'ingrés i tenint en compte l'edat i la obesitat de la pacient, es realitza un abordatge anterior mínimament invasiu mitjançant la tècnica INFIX (anterior subcutaneous internal pelvic fixation) amb 2 cargols pediculars i una barra llarga preconformada a nivell subcutani que es col·loca després de fixar l'articulació sacroilíaca esquerra amb un cargol iliosacre.

Els dies posteriors a la cirurgia la pacient presenta dolor controlat amb clínica de parestesia a la cara antero-lateral de la cuixa i debilitat a la extensió del genoll. Es manté en descàrrega fins a les 6 setmanes i posteriorment inicia càrrega completa amb ajuda de caminadors.

Actualment, la pacient tolera deambulació en càrrega completa sense clínica de lesió nerviosa. Continua amb tractament rehabilitador i sense signes radiològics d'afluixament ni pèrdua de la reducció.

Conclusions

La reducció oberta i osteosíntesi amb plaques en les fractures de pelvis amb afectació de l'anell anterior aconsegueixen les millors reduccions anatòmiques amb bons resultats funcionals. El tractament amb sistemes mínimament invasius, com l'INFIX, en pacients amb comorbiditats i altres lesions associades poden ser una alternativa que aconsegueix estabilitzacions en menys temps quirúrgic i menys sagnat, poden evitar les complicacions del tractament convencional amb fixació externa. La taxa de segones cirurgies és baixa, i tant la mobilitat com els resultats funcionals són satisfactoris.

CCR-6

RESECCIÓ EN BLOC MULTINIVELL DE CONDROSARCOMA MESENQUIMAL AMB COMPRESSIÓ MEDULAR I RECONSTRUCCIÓ DE LA CAIXA TORÀCICA EN PACIENT PEDIÀTRIC.

Eric Montserrat Rodríguez, Ferrán Pellisé Urquiza, Raquel Sevil Mayayo

Hospital Universitari de la Vall d'Hebron, Barcelona

Noi de 13 anys, derivat al nostre centre per sospita de tumoració maligna a la columna detectada en proves d'imatge,

realitzades degut a una inestabilitat de la marxa i dificultat per a deambular arrel d'una caiguda feia dues setmanes.

L'examen físic mostrava una afectació dels reflexes osteotendinosos en extremitats inferiors, així com un balanç muscular disminuït de certs grups musculars bilateralment.

Es diagnostica de Lesió Medul·lar Aguda. A la RMN s'observa una massa sòlida paravertebral esquerra de marges irregulars d'uns 10x8x7cm, heterogènia i en íntim contacte amb l'artèria aorta. A més a més, s'estenia fins a l'interior del canal medul·lar condicionant una compressió medul·lar.

La biòpsia informa d'un tumor maligne compatible amb Condrosarcoma Mesenquimal.

El pacient no presentava lesions metastàsiques pel que l'objectiu era la resecció de la lesió. Es va requerir una cirurgia en 4 temps amb duració de 20 hores i 3 equips quirúrgics diferents.

Primer temps: l'Equip de Cirurgia Pediàtrica va realitzar una resecció en bloc dels arcs posteriors de la 4^a, 5^a i 6^a costelles fins arribar al mediastí posterior i alliberar el tumor de l'aorta.

Segon temps: l'Equip de Columna realitzem una instrumentació pedicular de T1 a T3 i de T8 fins a T10 col·locant una barra d'estabilització temporal. Realitzem una vertebrectomia total multinivell, resecant la meitat inferior del cos de T4, T5, T6 i la meitat superior del cos de T7, puguent finalment extirpar tota la massa tumoral. Vam col·locar una caixa de fibra de carboni plena d'autoinjert + al·loinjert i 3 barres posteriors com a fixació definitiva.

Tercer temps: Cirurgia pediàtrica realitza la reconstrucció de la paret toràcica.

Quart temps: l'equip de Cirurgia Plàstica realitza un tancament de la ferida amb penjolls pediculats de dorsal ample i trapezi.

El pacient presenta bona evolució posteriorment. No es va constatar cap dèficit neurològic, motor o sensitiv a la reexploració neurològica, pel que no presenta, a dia d'avui, lesió medul·lar.

El resultat de l'Anatomia Patològica va confirmar el diagnòstic de Condrosarcoma.

Mesenquimal. Els marges quirúrgics estaven lliures de malaltia (cirurgia R0).

Va rebre quimioteràpia amb bona tolerància i realitza les seves activitats habituals a excepció d'esport.

CCR-7

CASE REPORT: PSEUDOTUMOR DIAFISARI DE FÈMUR.

Margarita Veloso Duran, Iñaki Larrakoetxea Intxausti,

Carlos Garcia Cardona

Hospital Universitari Mútua de Terrassa

Introducció i objectius

La presència de partícules metàl·liques en teixits peri-protètics (metallosis) pot associar-se a: osteòlisi, vasculitis limfocí-

tica asèptica o masses sòlides i quístiques (pseudotumors). El pseudotumor, és una entitat ben descrita en artroplasties però excepcional en casos d'osteosíntesi.

Presentem un pacient de 52 anys, amb antecedent en 1982 de fractura de fèmur proximal tractada amb osteosíntesi (OS). Vint-i-dos anys més tard, al març de 2004, és intervingut per coxartrosi realitzant-se extracció de la OS i implantant-se PTM. Al maig de 2004, pateix fractura periprotètica Vancouver C requerint placa de OS. Al setembre de 2015, és diagnosticat d'infecció, es realitza cirurgia de recanvi en dos temps, col·locant-se al juny de 2016 PTM de revisió de doble mobilitat amb tija llarga i enferrollat distal. Un any més tard, persisteix la pseudoartrosi i davant la protrusió dels cargols es decideix extracció dels mateixos per dinamització del focus. A l'abril de 2018, consulta per una tumoració tova i mòbil a cara lateral de la cuixa. La radiografia mostra una reabsorció de la cortical lateral de la diàfisi femoral amb un augment de densitat en parts toves.

Resultats i evolució

Es realitzen biòpsies que descarten infecció i infiltrat neoplàsic i al juny 2018 és intervingut objectivant-se una col·lecció encapsulada de 10x15cm i contingut líquid de color fosc. A més, s'objectiva un important defecte cortical a la cara lateral del fèmur. Es realitza reconstrucció mitjançant sulfat càlcic, xips d'esponjosa, aloempelt cortical de tibia, i s'estabilitza amb placa d'osteosíntesi de fèmur. L'estudi anatomopatològic mostra canvis compatibles amb pseudotumor per metallosis. Els cultius intraoperatoris van ser tots negatius. Actualment, el pacient realitza càrrega total i radiològicament s'observa consolidació del focus.

Discussió

L'aparició de metallosis i desenvolupament d'un pseudotumor amb osteòlisi massiva en un cas de pseudoartrosi allunyat de una zona de fricció articular és excepcional, ja que l'origen de les partícules metàl·liques és difícil de justificar. La nostra hipòtesi en aquest cas és que les partícules metàl·liques es van originar del frec entre el vàstag metàl·lic i l'os esclerós del focus de pseudoartrosi.

De cara al tractament d'aquestes lesions, és important ressecar completament el pseudotumor i solucionar la inestabilitat tant del focus de fractura com del material metàl·lic. És vital la presa de mostres per a cultiu microbiològic i anatomia patològica per confirmar la sospita diagnòstica i descartar la infecció.

CCR-8

FRACTURA U-SHAPED SACRE DESAPERCEBUDA I LES SEVES COMPLICACIONS.

Ivan Dot Pascuet, Valentín Valdés Landeros, Irene Gómez Marco, Javi García Alba, Alfredo Rodríguez Gangoso
Hospital Universitari Sant Joan de Reus, Tarragona

Objectiu

Identificar les fractures sacres "U-Shaped", descriure els tractaments i identificar les complicacions.

Material i Mètodes

Dona que acut a urgències per dolor a nivell inguinal després d'atropellament.

A la radiografia inicial s'aprecia fractura d'anell obturador esquerre sense altres lesions acompanyants.

Es manté la pacient en observació per control analític i del dolor. Un cop estabilitzat el quadre es dona d'alta a domicili amb controls per la mútua en 2-3 setmanes i descàrrega d'ambdues EEII.

Resultats

A les 2 setmanes reacudeix a urgències per debilitat a ambdues EEII, dolor inguinal dret de 6 dies d'evolució acompanyat d'encopresi; coincidint l'aparició dels símptomes amb l'inici de la càrrega.

Es realitzen noves radiografies que no evidencien noves lesions. Davant la no correlació clínicradiològica es realitza un TC informant d'una fractura d'ales sacres "U-Shaped" amb listesis anterior de S1, comportant una dissociació lumbopèlvica. Davant les troballes es decideix ingressar la pacient per completar estudi amb RM i decidir tractament definitiu.

La RM informa d'estenosis del canal sacre associada a compromís dels forats de conjunció, més evidents al costat esquerre, amb hematoma peridural que afecta a ambdues arrels de S1.

Atenent als resultats es decideix cirurgia amb artròdesi lumbopèlvica des de L4 a S1.

Després de 4 setmanes d'ingrés es dona d'alta amb control a CCEE COT en 1 mes.

A CCEE és valorada novament, presentant recuperació de control d'esfínters i es sol·licita rehabilitació per iniciar càrrega progressivament.

Conclusions

Les fractures sacres U-Shaped són infreqüents i difícils de diagnosticar. Aquestes fractures són altament inestables i freqüentment causen dèficits neurològics.

El mecanisme lesional és el resultat d'una compressió axial de la columna amb un pivotament sacre simultani.

Davant la sospita clínica l'estudi inicial hauria d'incloure una radiografia amb projecció inlet, pèlvica anteroposterior i lateral i si no és suficient realitzar un TC.

Degut a la raresa d'aquesta fractura no hi ha un tractament estandaritzat. La fixació lumbopèlvica és un mètode efectiu per la seva estabilització. La bona reducció i fixació són el prerrequisit d'una mobilització precoç i una bona recuperació neurològica, és més, una descompressió sacre efectiva promou la recuperació neurològica fins i tot en pacient amb fractures antigues.

CCR-9

LUXACIÓ DE L'ARTICULACIÓ RADIOCUBITAL DISTAL VOLAR AÏLLADA. A PROPÒSIT D'UN CAS.

Joan Ignasi Sugrañes Camprubí, Ariadna Da Ponte Prieto, Laura Noguera Alonso, Sandra Huguet Miguélez
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Introducció i objectius

La luxació a volar del cúbit a nivell de l'articulació radiocubital distal (ARCD) aïllada constitueix una entitat de baixa incidència, amb menys de 40 casos descrits a la literatura, i fins en un 50% dels casos passarà desapercibuda als serveis d'urgències. La freqüència en la que trobarem una luxació volar aïllada serà molt menor que la seva antagonista, pel que serà necessària una alta sospita clínica i un correcte estudi radiològic per a arribar al diagnòstic.

Material i mètodes

Es presenta el cas d'un pacient home de 38 anys que va consultar per dolor i imпотència funcional del canell esquerra de 24 hores d'evolució després d'una caiguda casual.

Mitjançant radiografies simples de canell es va objectivar una luxació volar del cúbit a nivell de l'ARCD sense presentar altres lesions associades a nivell d'avantbraç ni colze.

Davant la impossibilitat de reducció sota anestèsia local es va realitzar una reducció tancada sota sedació i, davant l'estabilitat de l'articulació, es va decidir tractament conservador amb un guix braquiopalmar amb l'avantbraç en pronació. El pacient va ser donat d'alta d'urgències i es va realitzar seguiment a consultes externes.

Resultats

Passades 4 setmanes d'immobilització es va procedir a la retirada del guix braquiopalmar, conservant una fèrula amovible durant 2 setmanes més. El pacient actualment es troba asintomàtic i en procés de rehabilitació amb bona tolerància i amb una recuperació gairebé completa del balanç articular previ a la luxació.

Conclusió

La luxació volar aïllada de l'ARCD és una patologia molt poc freqüent i poc descrita a la literatura. Serà necessari un alt nivell de sospita clínica i radiològica per tal d'arribar al seu diagnòstic ja que, la falta d'aquest, i per tant del tractament adient, podria

comportar conseqüències que afectessin a la funcionalitat del canell així com repercutir en la qualitat de vida del pacient a llarg termini.

CCR-10

MANEIG DE DEFECTES OSSIS MASSIUS MITJANÇANT EL PROTOCOL DE SALVAMENT D'EXTREMITATS EN 3 TEMPS.

Kushal Lakhani, Felipe Moreira. Pablo Coron

Unitat de Sèptics i Reconstrucció Òssia - Hospital Universitari de la Vall d'Hebron, Barcelona

Grans defectes segmentaris dels ossos llargs comprenen una patologia complexa resultant d'una varietat de etiologies. El seu tractament perllongat, dolorós i incert sol estar ple d'una sèrie de conseqüències per al pacient que van des de les psicològiques fins el socioeconòmiques.

Es presenta un cas clínic d'un home de 48 anys, sense antecedents d'interès, que pateix un accident de trànsit amb fractura de tibia i peroné drets (tipus Gustilo-Anderson III.B) i fractures dels arcs costals VIII-XI. Es realitza la reducció tancada i fixació interna de la fractura diafisial mitjançant clau endomedul·lar, i cobertura de defecte musculocutani amb un sistema de teràpia per pressió negativa. La ferida no evoluciona de manera favorable i es proposa l'amputació com a últim i únic recurs.

En aquest moment el pacient acudeix al nostre centre per a una segona opinió. Li proposem el salvament de l'extremitat en 3 temps.

En un primer moment, es realitza el "Limb Damage Control in Infection", on es realitza la irrigació, desbridament extens i maneig de l'espai mort mitjançant espaïador i fixació externa.

En un segon moment, es realitza la cobertura del defecte de parts toves mitjançant un penjoll lliure microquirúrgic i el recanvi de l'espaiador.

En un tercer i últim temps, procedim a la reconstrucció òssia. Mitjançant un penjoll vascularitzat pediculat de peroné i fixació externa (tipus Ilizarov).

Aquest cas tracta de destacar la importància de les parts toves. També ressalta que no hi ha una única resposta a la pregunta d'amputar o salvar una extremitat. Per tant, donat el ventall de possibilitats terapèutiques, les opcions deuen ser individualitzades, protocol·litzades i discutides en un comitè especialitzat. Finalment, emfatitzar que l'ús de 3 temps es presenta com una opció més que raonable en casos de defectes ossis massius.

CCR-11

SIMFISIODESI AMB DOBLE PLACA COM TRACTAMENT DE LA INESTABILITAT CRÒNICA ANTERIOR DE LA PELVIS. A PROPÒSIT D'UN CAS.

Rey L., Bernaus MC.

Hospital Universitari Mútua de Terrassa

Introducció

La inestabilitat crònica anterior de la pelvis es refereix al moviment patològic amb càrrega axial que té lloc a nivell de la sínfisi del pubis. Es presenta amb dolor localitzat a l'àrea suprapúbica o regió engonal, augmentant amb l'activitat, la palpació directa o la compressió. Les causes conegudes són l'embaràs, el part, traumatismes, fractures o cirurgies prèvies, exercici intens i infecció. És una patologia poc comú, de diagnòstic difícil i tardà, que sol causar una gran incapacitat i morbiditat pels pacients afectes. El maneig terapèutic inicial contempla l'ortesi, modificació de l'activitat física, medicació i rehabilitació, deixant l'artrodesi de la sínfisi púbica com a darrer recurs.

Objectiu i metodologia

Es presenta el cas d'una dona de 35 anys que inicia dolor abdominal baix després del part del seu tercer fill. Posteriorment, a mesos d'estudi, la ressonància i la gammagrafia són suggestives de simfisitis crònica. Les radiografies pèlviques amb carga monopodal són patològiques i indicatives d'inestabilitat pèlvica anterior. Després de tractament analgèsic, rehabilitació i infiltració amb corticoesteroides sense èxit, és intervinguda realitzant artrodesi de la sínfisi púbica amb doble placa i empelt autòleg de cresta ilíaca.

Resultats

L'artrodesi va ser realitzada sense incidències ni complicacions postquirúrgiques.

Actualment, la pacient no presenta dolor lumbar ni a nivell de la sínfisi, ha recuperat la funcionalitat prèvia, amb gammagrafia òssia que no mostra captació. Els controls radiològics no mostren afluiament ni ruptura del material.

Conclusions

La inestabilitat crònica anterior de la pelvis és una patologia infreqüent i poc coneguda.

Cal tenir en consideració la necessitat de realitzar una exploració física completa, incloses maniobres de provocació de dolor, estudi radiològic amb projeccions dinàmiques i valoració de l'anell posterior per arribar al diagnòstic.

Conflicte d'interessos

Els autors no presenten conflictes d'interessos.

CCR-12

TRACTAMENT DE DEFECTE SEGMENTARI DE FÈMUR DISTAL MITJANÇANT TÈCNICA RECONSTRUCTIVA SHORTENING-LENGTHENING.

María Jurado, Pablo Corona

Hospital Universitari de la Vall d'Hebrón, Barcelona

Introducció i objectius

La reconstrucció quirúrgica de les pseudoartrosi sèptiques són un gran repte pel cirurgià ortopèdic. Aquestes són, freqüentment, el resultat de traumatismes d'alta energia amb dany extens de parts toves. Els defectes ossis acompanyants poden ser primaris o a conseqüència del desbridament necessari per eradicar la infecció.

Presentem un pacient tractat al nostre hospital per pseudoartrosi sèptica amb defecte ossi massiu supracondili de fèmur esquerre.

Material i mètode

Home de 37 anys amb fractura oberta de fèmur distal i patella (IIIA) tractades en un altre centre amb placa de fèmur distal i cerclatges, qui sofreix una infecció aguda postoperatòria per *Clostridium* spp. Posteriorment, és intervingut en 5 ocasions per recidiva de la infecció mitjançant desbridament, antibioticoteràpia i teràpia hiperbàrica, amb retenció del material d'osteosíntesi. Posteriorment, realitzen retirada de material, patellectomia, resecció segmentària, col·locació de ciment, però sense arribar a controlar mai la infecció.

En aquesta situació és derivat a la nostra unitat. El pacient porta un fixador extern Hoffman II en pla anterior, presenta defecte de l'aparell extensor, escurçament d'uns 2-3 cm i fistula productiva a la cara anterior del genoll.

Amb el diagnòstic d'osteomielitis crònica IV-A (Cierny-Mader) i defecte ossi massiu procedim a un intent de salvament d'extremitat mitjançant reconstrucció biològica per osteogènesi a distracció, aplicant una tècnica d'escurçament-allargament mitjançant un fixador extern híbrid.

Resultats

En el primer temps es realitza retirada de l'espaiador previ, desbridament radical, presa de mostres, escurçament del defecte i estabilització amb un fixador híbrid. L'escurçament final és de 7.5 cm.

Al mes postoperatori es procedeix a osteotomia a nivell de fèmur proximal i s'inicia l'allargament progressiu. Es realitzen controls radiogràfics successius, amb l'obtenció d'un regenerat correcte.

Després d'aconseguir la isometria i la maduració del regenerat es retira el fixador, aconseguint la reconstrucció del fèmur, isomètric i lliure d'infecció.

Conclusions

La tècnica d'escurçament-allargament és una tècnica reconstructiva biològica mitjançant l'osteogènesi a distracció. És una opció a considerar en defectes ossis segmentaris, especialment de <4-5cm.

Com avantatges presenta major rapidesa i menor taxa de complicacions amb el punt d'atrac respecte el transport ossi. Com desavantatges pot implicar problemes cutanis i vasculars si l'escurçament és excessiu.

El maneig de les pseudoartrosi sèptiques requereix el maneig multidisciplinari en unitats especialitzades per a evitar així les múltiples cirurgies i l'alta morbiditat associada.

CCR-13

HIPERCORRECCIÓ D'UNA DISMETRIA TRACTADA AMB EPIFISIODESI FEMORAL. A PROPÒSIT D'UN CAS.

M. Vall, N. Arriaga, J. Lordan, G. Codina, B. Buch

Es presenta un cas de dismetria d'extremitats inferiors tractada amb epifisiodesi, que desemboca en sobrecorrecció de la dismetria i requereix l'aplicació de diferents tècniques quirúrgiques de creixement guiat, creixement no guiat i correcció angular.

Aquest cas posa en debat quin és el millor moment de plantejar l'epifisiodesi i quan és oportú retirar part o la totalitat del material. Es revisen alternatives de tractament per la sobrecorrecció de la dismetria i per defectes angulars secundaris.

La pacient és una nena amb antecedent d'hemihipertròfia esquerra diagnosticada des de l'edat de lactància.

Als 3 anys presentava una dismetria de 1,5cm.

Davant la progressió de la dismetria, als 7 anys, amb una diferència de 30 mm, es programa per epifisiodesi femoral i tibial esquerra.

La dismetria corregeix als 10 mesos postoperatori, i comença a sobrecorreir.

Al cap de 2 anys de la intervenció, quan la pacient té 9 anys, presenta una sobrecorrecció de 9 mm. Es procedeix a la retirada dels cargols metafisaris.

S'objectiva una progressió de la sobrecorrecció, fins a 26mm als 3.5 anys de la cirurgia. Es retira tot el material d'epifisiodesi.

Amb una sobrecorrecció de 30mm als 5 anys de la primera intervenció, quan la pacient té 14 anys, es decideix realitzar una osteotomia d'allargament femoral esquerra.

S'aconsegueix recuperar la simetria longitudinal, però destaca un dèficit de flexió del genoll ipsilateral de 20°. Presenta un varo tibial esquerre de 20°, amb fisis tancades, Risser 5.

Es realitza una osteotomia tibial de substracció externa esquerra, aconseguint la correcció de l'eix de l'extremitat, restant un dèficit de flexió residual de 10° del genoll ipsilateral.

Malgrat les diferents taules de predicció de creixement que prediuen la dismetria al final de creixement, sempre és controvertit decidir el millor moment per indicar l'epifisiodesi.

Cal tenir en compte que en el nostre cas no es van fer estudis per establir l'existència de barreres fisàries en el moment d'exèresi del material d'epifisiodesi.

El cas il·lustra dues solucions per a dues complicacions de l'epifisiodesi: l'osteotomia d'allargament amb fixador extern per la sobrecorrecció, i l'osteotomia tibial per al defecte angular secundari.

CCR-14

OSTEOMA OSTEOIDE A RADI DISTAL. A PROPÒSIT D'UN CAS.

Matilde Molina, Montse Monfort, Yeray Maldonado, Jaume Camara, Nuria Gimeno
Consorti Sanitari Parc Taulí de Sabadell

Introducció

L'osteoma osteoide (OO) és una lesió òssia benigna, solitària i dolorosa, típica a nens i adolescents.

Les localitzacions més freqüents són les regions metafisàries o diafisàries del fèmur i de la tibia, i elements posteriors de la columna vertebral.

Cursa amb dolor nocturn que cedeix amb AINEs o salicilats, pot provocar dolor en períodes prolongats de temps, raó per la qual es sol realitzar un tractament mitjançant ablació per radiofreqüència o resecció en bloc.

Cas

Home de 12 anys que va consultar al març de 2016 per tumoració dolorosa al canell dret. Presentava balanç articular complet, dolor nocturn i a la palpació, sense antecedent de febre ni signes d'alarma.

Es van realitzar radiografies simples i una tomografia computada que mostraven una lesió compatible amb osteoma osteoide en radi distal dret, confirmada mitjançant gammagrafia.

Al novembre de 2016 es va realitzar la resecció quirúrgica de la lesió amb enviament de mostres per a estudi, que van confirmar el diagnòstic. Va presentar una correcta evolució postoperatòria i cap complicació secundària.

Durant el seguiment, es va observar l'ossificació progressiva del lit del osteoma i el pacient es va mantenir asimptomàtic durant un llarg període de temps.

Passat un any i mig des de la intervenció el pacient va començar a referir dolor mecànic, sense limitació i sense dolor nocturn per la qual cosa es va sol·licitar una ressonància magnètica de control. La RMN mostrava una lesió compatible amb una recidiva local de l'OO, que posteriorment es va confirmar mitjançant una nova gammagrafia.

Es va reintervindre al pacient per fer una nova resecció i enviament de mostres per a estudi anatomopatològic, que van confirmar la recidiva.

Conclusió

L'osteoma osteoide és una entitat benigna de localització en extremitats inferiors i raquis, que pot recidivar tot i el seu tractament. La seva presentació en radi distal és poc freqüent, motiu pel qual es va decidir realitzar resecció en bloc per confirmar el diagnòstic per anatomia patològica. Per tant, hem de tenir en compte aquesta entitat per al diagnòstic diferencial en lesions de característiques benignes fins i tot en extremitat superior.

CCR-15

CARCINOMA MIOEPITELIAL DE LA MÀ. A PROPÒSIT D'UN CAS.

Mireia Marchante Vilata, Ester Mora Solé, Ramos Cuesta
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona

Es tumores mioepitelials de parts toves són poc freqüents però han estat millor caracteritzats l'última dècada per l'avanç dels mètodes d'estudi.

Presentem un cas de carcinoma mioepitelial de la mà i revisió bibliogràfica.

Home de 58 anys, consulta per nòdul dorso-radial de F1 de tercer dit de mà esquerra, que després de quinze anys presenta ràpid creixement. S'extreu i l'AP mostra mioepitelioma de parts toves (paracordoma). Dos anys després reapareix tumoració en mateixa localització amb extensió palmar en F1. La radiografia simple mostra augment de parts toves, destrucció cortical i medul·lar diafisària de F1. La RMN evidència gran massa polilobulada hiperintensa en T2 i hipointensa en T1 (64x35x24mm), des metacarpo-falàngica fins marge distal de F1, contactant amb tendó flexor i extensor, envaint medul·lar. L'estudi d'extensió (TC i gammagrafia òssia) és negatiu.

Es realitza amputació de tercer radi de la mà, preservant la base del metacarpí. L'AP confirma carcinoma mioepitelial de parts toves amb marges lliures i FISH de translocació del gen EWSR1 negatiu. No es van observar complicacions en el postoperatori. Les RMN no mostren recidiva local als quatre anys de seguiment.

Les neoplàsies mioepitelials afecten per igual tots dos sexes, amb major incidència entre la tercera i cinquena dècades. Un 20% apareix en nens, sent maligne el 65% de casos. Es presenta com nòduls subcutanis en extremitats i cintura glenohumeral i pèlvica, encara que poden aparèixer en altres localitzacions, incloent vísceres i teixit ossi.

Es classifiquen en: siringoma condroide (tumor mixt), mioepitelioma i carcinoma mioepitelial.

Quan afecten parts toves, la malignitat ve definida per la presència d'atípia cel·lular. Fins a un 45% de mioepiteliomes i carcinomes mioepiteliaus mostren reordenament del gen

EWSR1. Microscòpicament són multinodulars o lobulats, i tot i que estan ben delimitats solen presentar creixement infiltrant.

El siringoma condroide i el mioepitelioma cursen de forma benigna, presentant recurrència el 18%, la majoria després de resecció incompleta, sense metastatitzar. El carcinoma mioepitelial és agressiu, amb recurrència del 39-42% i metàstasi del 32-52%, sent localitzacions freqüents pulmó, os, ganglis i teixits tous. La mortalitat relacionada és del 13-43%.

CCR-16

CAS CLÍNIC.

Oriol Pujol Alarcón, Jordi Selga Marsa

Hospital Universitari de la Vall d'Hebrón, Barcelona

Introducció

Presentem el cas d'un pacient politraumàtic i gran cremat, realitzem una revisió bibliogràfica i debatem el seu maneig.

Cas clínic

Pacient home de 42 anys politraumàtic i gran cremat arran d'un accident d'alta energia (explosió de caldera), hemodinàmicament estable, que és traslladat al nostre centre. Es realitza una avaluació primària i secundària (intervenint-hi coordinadament anestèsia, traumatologia, cirurgia plàstica, UCI i infermeria). Es diagnostiquen cremades de 2º grau del 20% SCT (hemiabdomen inferior i extremitat inferior dreta) i fractura supraintercondilea de fèmur dret oberta Gustilo I. S'implanta un fixador extern trans-articular. En la mateixa extremitat coexisteixen una fractura articular oberta, cremades, orificis del pins del fixador extern i contusió.

9 dies més tard es realitza una ROFI mitjançant 2 cargols canulats en el traç intercondili i una placa anatòmica de compressió en el traç supracondili. És necessari realitzar un abordatge no habitual per tal de gestionar les parts toves.

Posteriorment es realitzen dos intervencions per cirurgia plàstica (desbridament i cobertura amb empelts mallats). Realitza fisioteràpia.

Oferim un seguiment de 5 mesos. Presenta bona evolució general i local, BA 0-110º, deambula amb càrrega parcial i les radiografies mostren consolidació parcial.

CCR-17

MALALTIA DE LES PARTÍCULES EN PARELL DE FRICCIÓ METALL-POLIETILÈ. A PROPÒSIT D'UN CAS.

Raquel Samaniego Alonso, Miquel Pons Cabrafiga

Hospital Sant Rafael, Barcelona

Introducció

La metallosi es defineix com fibrosi asèptica, necrosi local o afluïxament d'un implant secundari a corrosió metàl·lica o aclarament de les seves partícules secundàries al desgast. No hem d'oblidar les seves implicacions sistèmiques: el tatuatge de les parts toves i l'augment sèric dels ions que poden condicionar fallada hepàtica i/o renal.

Objectiu

Presentem el cas d'una pròtesi amb cotilo metàl·lic e insert de polietilè que va condicionar l'aparició d'un procés de metallosi greu per ruptura completa del polietilè.

Material i Mètodes

Home 66 anys que presenta dolor progressiu en maluc dret sense traumatisme associat. Havia estat intervingut de PTM dret en 1987 per necrosi avascular del cap femoral amb recanvi de tija en 1991 i posteriorment de polietilè en 2001. A l'exploració radiològica es objectiva desgast/ruptura del polietilè amb malaltia de les partícules i dipòsits metàl·lics. Els nivells de Crom-Cobalt en sèrum eren elevats. Es procedeix a revisió protèsica a l'abril 2018. Es van drenar 400cc de líquid amb metallosi, es va desbridar el teixit necròtic i es va implantar una còtila metàl·lica no cimentada amb parell ceràmica-polietilè. Es va mantenir la tija d'hidroxiapatita, en estar fix en la cavitat medullar.

Resultats

En l'últim control de abril 2019 presentava flexió 90º, abducció 45º, RI 30º i RE 45º. No s'observaven afluïxaments secundaris en la radiografia. Els nivells sèrics de Crom-Cobalt havien disminuït tot i que continuaven elevats, sense presentar cap traducció clínica.

Conclusions

La metallosi ha estat descrita en el parell metall-metall, encara que també hi ha casos en el parell metall-polietilè per desgast del con Morse / sistemes modulars o per ruptura del inserit, que provoca un contacte entre el cap de Crom-Cobalt i l'anell metàl·lic cotiloideo. A l'hora de realitzar una revisió hem de seleccionar el material més dur possible per evitar que les partícules microscòpiques que puguin romandre després d'una resecció àmplia provoquin una ràpida abrasió de les superfícies. Per això són d'elecció el parell ceràmica-ceràmica o ceràmica-polietilè. En el cas de no recanviar la tija la majoria d'autors

prefereixen utilitzar un sistema de beina i cap de ceràmica per disminuir les complicacions pel desgast del cono Morse.

CCR-18

RECONSTRUCCIÓ DE DEFECTE OSSI DE PRIMER METACARPIÀ MITJANÇANT PENJOLL D'INTEROSI POSTERIOR OSSI.

Raquel Sevil Mayayo, Diego Bastian Soza Leiva, Marta Pérez Gil, Alex Lluch Bergada
Hospital Universitari de la Vall d'Hebrón, Barcelona

Els traumatismes d'alta energia que afecten a la mà, freqüentment impliquen importants defectes ossis i de parts toves. La reconstrucció d'aquestes lesions segueix sent un repte pel cirurgià. Els penjolls ossis estan indicats en defectes ossis importants o en situacions on la vascularització dels teixits circumdants no és òptima degut a l'estat de les parts toves.

Es presenta un cas d'una pacient de 49 anys que presenta un defecte subtotal del primer metacarpí després d'un accident de trànsit que a l'assistència inicial a un altre centre va precisar cobertura de parts toves mitjançant un penjoll ALT (anastomosat a l'arteria radial). Als 3 mesos de l'accident es realitza la reconstrucció del defecte ossi mitjançant un penjoll interossi posterior ossi. Es va realitzar la dissecció entre el pla muscular de ECU i EDM per localitzar el pedicle i es va obtenir el penjoll ossi de 4 cm unicortical de cúbit amb illa cutània, es va pedicular per cobrir el defecte del primer metacarpí. Es va aportar autoinjert de cresta ilíaca per omplir el defecte remanent i es va establir mitjançant 2 cargols intermetacarpis i AK. Als 16 mesos postoperatoris va precisar una reintervenció per millorar la posició de l'articulació metacarpofalàngica realitzant una artròdesi amb placa.

Als 6 mesos postoperatoris s'observa una consolidació completa del penjoll i de l'artrodèsi. Presenta una disminució del balanç de l'interfalàngica del polze i l'índex que no l'impedeix realitzar la pinça fina ni tindre una mà funcional.

L'elecció d'un penjoll ossi depèn de varis factors, entre ells la mida del defecte, els requeriments biomecànics, la qualitat de les parts toves i la morbiditat de la zona donant. El penjoll interossi posterior ossi és una tècnica innovadora i poc utilitzada, que en el nostre cas aporta grans avantatges com l'afectació de l'extremitat ipsilateral disminuint la morbiditat de la zona donant. Així com no requereix el sacrifici d'una arteria major ni tècniques microquirúrgiques altament demandants com en els penjolls lliures, de gran valor en el nostre cas on ja s'havia utilitzat l'arteria radial per l'anastomosi del penjoll cutani. Creiem per tant, que és una bona tècnica a tenir present en la reconstrucció de defectes ossis de la mà.

CCR-19

EMBOLOTZACIÓ DE LES ARTERIES GENICULADES PER AL TRACTAMENT DE L'HEMARTROS RECIDIVANT DESPRÉS D'UNA PRÓTESI TOTAL DE GENOLL

Sara Castellanos Alonso, Felipe Moreira Borim, Inca Vilar Sastre, Joan Minguell Monart
Hospital Universitari de la Vall d'Hebrón, Barcelona

L'hemartrosi de repetició després de cirurgia protèsica en pacients no hemofílics és una entitat poc freqüent i que ha sigut poc descrita en la literatura.

Presentem un cas clínic d'una pacient de 55 anys portadora d'una pròtesi total de genoll primària esquerra dolorosa d'un any d'evolució.

Donat que la pacient presentava dolor per una possible desalineació femoropatellar es va realitzar una cirurgia de realineació de l'aparell extensor amb poca milloria. Al cap d'uns 9 mesos presenta 2 episodis de vessament hemàtic que es tracten amb artrocentesi i control evolutiu.

Donada la persistència del dolor es realitza una revisió de la pròtesi amb milloria del dolor però en el postoperatori presenta un nou hemartros.

Es va decidir realitzar un angioTAC que no va evidenciar sagnat actiu. La pacient va millorar amb mesures conservadores. Al cap d'un mes va presentar un nou hemartros i és quan es decideix realitzar la angiografia i embolització, després de descartar malalties hematològiques i complicacions locals com afluixament sèptic o asèptic, que va mostrar una captació difusa suggestiva d'hipertrofia de la sinovial, sense sagnat actiu evident.

Davant de la persistència de la clínica es va decidir realitzar una embolització de branques dependents d'arteries geniculades superiors i inferiors medials amb emboesferes de 400 i 600 micres.

No es van trobar complicacions i el resultat clínic va ser satisfactori sense recurrència de l'hemartrosi, amb un seguiment de 3 mesos.

Presentem el cas per l'excepcionalitat del mateix destacant l'actitud terapèutica mitjançant l'embolització selectiva.

És necessari més seguiment donat que a la literatura s'han descrit resagnats al cap de varis mesos després de l'embolització.

CCR-20

PLANTEJAMENT QUIRÚRGIC EN UN PACIENT AMB FRACTURA DE CÒTIL ASSOCIADA A ANOMALIA DEL DESENVOLUPAMENT DEL SACRE.

A PROPÒSIT D'UN CAS.

Yeray Maldonado

Introducció

El tractament d'algunes fractures acetabulars pot suposar un repte per als cirurgians a causa de dificultats intraoperatòries imprevistes. La correcta planificació preoperatòria permet una millor comprensió i maneig d'aquestes lesions, sobretot quan es combinen amb alteracions anatòmiques degudes a malformacions. Per a aquesta finalitat poden ser útils les reconstruccions 3D del TC i altres proves complementàries.

Objectius

Descriure el cas d'un pacient amb fractura de la paret posterior de l'acetàbul i luxació del maluc associada a malformació pèlvica, la qual cosa condiciona una alteració de l'anatomia de la columna posterior, previ estudi amb reconstrucció 3D i RMN.

Material i mètodes

Dona de 51 anys, sense antecedents d'interès, que va patir una fractura de la paret posterior del còtil dret associada a luxació posterior del maluc, després d'una caiguda casual. La pacient referia parestèsies i disestèsies a la planta del peu dret. En les radiografies convencionals i TC de pelvis es va observar, a més de la fractura, una fusió del hemisacre inferior dret amb l'os ilíac, a nivell de les dues escotadures ciàtiques, convertint-les en dos orificis. S'afegeix estudi per RMN per confirmar el veritable recorregut del nervi ciàtic.

Als 9 dies de la lesió es va intervenir mitjançant la via posterior de Kocher-Langenbeck.

S'observa interposició a la fractura del nervi ciàtic sense solució de continuïtat, es realitza reducció de la fractura i osteosíntesi amb 2 cargols a compressió més placa de suport.

Resultats

Després de 18 mesos de seguiment la pacient presenta un balanç articular de maluc complet i indolor amb consolidació radiogràfica. S'observa un lleu Trendelemburg a la marxa, que ja presentava prèvia a la caiguda. La pacient refereix persistència de disestèsies a la planta de l'Hallux.

Conclusions

La reconstrucció 3D per TC i la RMN de la hemipelvis alterada ens van permetre una millor comprensió de la variant anatòmica i de les lesions associades, així com el seu maneig quirúrgic.

Vol. (2) 2019

En lesions complexes com les fractures acetabulars associades a anomalies del desenvolupament totes les eines diagnòstiques són de gran ajuda.

CCR-21

OSTEOTOMIA DEFLEXORA A LA CIRURGIA RECONSTRUCTORA DE LLIGAMENT CREUAT ANTERIOR

Alexandre Coelho Leal, Vito Andriola, Raul Torres

Claramunt

Parc de Salut Mar. Barcelona

Pacient de 40 anys, amb síndrome de Down, que presenta gonàlgia dreta de 5 anys d'evolució associada a inestabilitat, sense traumatisme desencadenant. En l'exploració física destaca un dolor anterior i medial, amb Lachman positiu i Pivot Shift negatiu. Balanç articular de 0-0-125.

Es decideix realitzar estudi radiogràfic on no s'observava pinçament articular, varo de 1° i presenta pendent tibial de 18° amb subluxació anterior de genoll en radiografia lateral i amb desplaçament anterior d'11 mm a la radiografia en estrès (Telos) comparada amb genoll contralateral. Es realitza també ressonància magnètica on s'observa absència de lligament creuat anterior. Es decideix intervenció quirúrgica.

Es realitza osteotomia deflexora de tibia anterior amb tancaament anterior amb una falca de 14 mm, associada a osteotomia de la tuberositat anterior de la tibia de 6 cm. Es fixa amb 2 grapes anteriors i 2 cargols a compressió en TTA. En el mateix temps quirúrgic es realitza reconstrucció de LCA amb al-loempelt de Os tendó Os, sense complicacions intraoperatòries. El postoperatori evoluciona sense incidències, i es dona l'alta a domicili el tercer dia d'hospitalització.

Als 3 mesos postoperatoris no presenta dolor, balanç articular 0-120° Lachman i pivot shift negatiu. Pendent tibial 4° final. Deambula amb càrrega parcial i ajuda de 2 croses.

CCR-22

SISTEMES DE NAVEGACIÓ ASSISTIDA EN L'ARTROPLÀSTIA DE GENOLL AMB DEFORMITATS EXTRAARTICULARS

Bàrbara Nicolau Miralles, Glòria Pedemonte Parramon,

Ester García Oltra, José Antonio Hernández Hermoso

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona

Introducció

La implantació d'una pròtesi total de genoll (PTG) és una intervenció útil i reproduïble. Els resultats depenen d'un correcte posicionament dels components així com un adequat balanç dels teixits tous.

Les deformitats extraarticulares constitueixen un repte quirúrgic degut a l'alteració de l'eix mecànic com a conseqüència de les deformitats angulars i l'esclerosi del canal medul·lar, que dificulten la utilització de guies intramedul·lars així com la col·locació dels mòduls de tall de les PTG convencionals. En aquests casos, la correcció de la deformitat es pot fer mitjançant correcció intraarticular amb l'artroplàstia o bé, associant osteotomies correctores simultànies o en un segon temps.

En els últims anys, els sistemes de navegació assistida per PTG constitueixen una alternativa a les osteotomies correctores per aquelles deformitats extraarticulares lleus i moderades.

Cas clínic

Pacient de 57 anys, sense al·lèrgies medicamentoses i antecedent de fractura de fèmur i tibia esquerres fa 23 anys, tractades en un altre país mitjançant reducció oberta i osteosíntesi amb placa amb posterior pseudoartrosi que va requerir enclavat endomedul·lar i aport d'empelt ossi que acut a la consulta per rigidesa de genoll esquerre.

A l'exploració, presenta un genu var, múltiples cicatrius i atròfia cutània en regió anterior metafisària tibial i cara lateral de fèmur distal. Esgurçament de cama esquerra de 2cm i un balanç articular de 0-20°.

La radiologia convencional va objectivar l'absència de material d'osteosíntesi i una consolidació viciosa de fèmur en var i de tibia en valg amb un genu var de 18°. Els controls analítics i radiològics (SPECT-TC) varen descartar una osteomielitis residual.

El pacient es va intervenir mitjançant la implantació d'una PTG assistida per navegació, amb correcció de genu varo i l'artrofibrosi.

A l'any de seguiment, presenta bona evolució clínica i funcional, amb un balanç articular 0-85° i una dismetria de 1.5 cm.

Discussió

Els sistemes de navegació assistida per PTG confereixen un mètode precís, segur i reproduïble. Permeten realitzar una osteotomia adequada i restaurar l'eix mecànic de l'extremitat tot i que requereixen una corba d'aprenentatge. Per tant, constitueixen una bona alternativa per la correcció intraarticular en un temps en casos de deformitats extraarticulares, amb una recuperació funcional més ràpida.

CCR-23

ANQUILOSI PERIPROTÈSICA DE GENOLL

Carles Gil, Massimiliano Conte, Macarena Morales, Cristian Cabello, Gustavo Lúcar

Home de 69 anys, obès, dislipèmic, hipertens i diabètic tipus II. Portador de PTG dreta i recentment operat de la cama contrària. Als 7 mesos substitució de polietilè per un de majors dimensions que va permetre resoldre inestabilitat en var i valg.

Posteriorment inicia dolor i anquilosi del genoll que limita l'extensió a -15° i flexió a menys de 40°. Es realitza gammagrafia que determina inestabilitat periprotèsica en còndil femoral medial i plat tibial.

Davant la sospita d'afectació sobreafegida del tendó quadrípital es realitza ecografia. S'informa que la meitat proximal del tendó està desestructurada, engruixida i parcialment absent.

El pacient entra a quiròfan. Es desinserta la pota d'ànec, vàstag medial i lateral. Sinovectomia amplia i quadríceplastia de Judet. Extracció del component protèsic rotulià, pateloplastia i resecció de 1/3 distal de la ròtula magna subtendinosa, resecció de les excrescències òssies rotulianes internes y externes, i finalment, resecció de la fibrosis distal subtendinosa i peritendinosa del tendó rotulià. Es va realitzar secció del tendó conjunt quadrípital tipus "rectus snip" en "V invertida" i sutura del mateix amb el genoll flexionat a 90°.

El pacient progressava adequadament fins que al 7è dia postoperatori presenta limitació de la flexo-extensió. Genoll globulós amb extracció de 100 cc de líquid serohemorràgic.

Es palpa un gap en el tendó quadrípital sense poder determinar-se el grau d'afectació.

Ecografia que determina ruptura de la sutura. No valorable el grau de dehiscència. Presència d'hematoma per sota de la cicatriu a cara anterior de 15 cm x 16 mm.

S'entra de nou a quiròfan. Aquest cop osteotomia de la TTA amb desplaçament proximal 1 cm i fixació amb 2 cargols de cortical. Sutura del compartiment lateral y la dehiscència del tendó quadrípital. Es realitzen 2 ancoratges transossis reforçant el tendó rotulià i sutura del compartiment medial del genoll. Es realitza un hauban al voltant de la porció distal del quàdriceps amb múscul semitendinos autòleg per reforçar la musculatura extensora. Amb aloingert de tendó aquili es reforça àrees de debilitat i desproveïdes de musculatura.

El pacient ha evolucionat correctament amb recuperació del balanç articular i sense necessitat d'ajudes per a la deambulació.

CCR-24

CIRURGIA RECONSTRUCTIVA ORTOPLÀSTICA D'APARELL EXTENSOR I RESCAT FUNCIONAL D'ARTROPLÀSTIA TUMORAL DE GENOLL.

Jaume Cámara Cabrera, Ramona García Rodríguez, Montserrat Monfort Mira, Nuria Fernández Poch
Hospital Parc Taulí de Sabadell, Barcelona

Keywords: Reconstrucció aparell extensor genoll, rescat d'infecció de pròtesis tumoral de genoll.

Pacient de 46 anys d'edat que es derivat al nostre centre per infecció primària de PTG esquerra al Febrer de 2017.

Es tracta d'un pacient portador de PTG des de Octubre de 2016 per gonartrosis postraumàtica arran d'una important lesió a la seva joventut. Al octubre de 2016 s'intervé de PTG sense incidències en el postoperatori immediat. Tot i així, fins a la derivació al nostre centre, aquest pacient és intervingut de 3 rentats intraarticulars i 1 DAIR (Debridement, antibiotics and implant retention).

A l'arribada al nostre centre es decideix parar l'antibioteràpia, al Febrer de 2017 es planifica el primer temps d'un recanvi en dos temps per infecció crònica i es aliat amb una triple pauta antibiòtica ajustada.

L'evolució no és bona i al Novembre de 2017 requereix una nova cirurgia de recanvi d'espaiador de ciment i aplicació de fixador extern monolateral que es retirat al Abril de 2018.

Al Juny de 2018, després de la normalització analítica es programa el segon temps quirúrgic on es protetitza amb una artroplàstia tumoral. L'evolució segueix no sent òptima i precisa de nova neteja quirúrgica i recanvi de parts mòbils a les 3 setmanes.

La ferida quirúrgica no presenta un bon aspecte i la funcionalitat articular es nul·la de manera que es planifica un últim intent de rescat de la extremitat amb un DAIR massiu i reconstrucció de parts toves.

A l'Agost de 2018 es realitza intervenció quirúrgica: La pròtesis presenta un bon anclatge i bona cimentació, es desbrida de forma radical les parts toves incloent pràcticament la totalitat de tendó quadricipital, patel·la i la totalitat de tendó rotulà i la posterior cobertura amb penjoll pediculat de gastrocnemi medial i plàstia autòloga de hemiaquil·les inclosa en el penjoll per reconstruir l'aparell extensor amb sutura tipus pulvertaft amb vast medial.

El pacient va seguir un correcte curs postoperatori sense presentar complicacions importants ni complicacions a nivell de la ferida durant la seva estada hospitalària. Es manté bloqueig en extensió del genoll amb ajuda de ortesis que es manté 6 setmanes.

Als 6 mesos després de la intervenció el pacient romà asimptomàtic, deambula sense necessitat d'ajuda i amb un balanç articular de -40/90 i la quasi normalització dels paràmetres analitzats.

CCR-25

HEMATOMA EPIDURAL ESPONTANI: A PROPÒSIT D'UN CAS

Clara Dolz Feliu, Enrique Pich-Aguilera, Elisenda Ricou Mur, Beatriz Mirón Domínguez, Vanessa Maldonado Fuentes
Consorci Sanitari Integral – Hospital Moisès Broggi, Barcelona

Introducció

Els hematomes epidurals espontanis (HEE) són una entitat rara que precisa un tractament urgent donat que impliquen una compressió del cordó medul·lar o radicular i un dèficit neurològic. Com a causes identificables trobem el traumatisme de baixa energia, coagulopaties i malformacions arteriovenoses. Els HEE posttraumàtics s'han associat a traumatismes de baixa energia en hiperextensió en context de columnes rígides (associats o no a lesió òssia). La seva localització més freqüent és la columna toràcica.

Materials i mètodes.

Home de 88 anys que consulta a urgències per dorsalgia d'aparició sobtada arrel de caiguda de baixa energia 2 dies abans, associada a debilitat de membres inferiors. Es trobava en tractament anticoagulant en descompensació en el moment de la caiguda, amb control d'INR de 7. Descartada patologia vascular (aneurisma d'aorta toràcica) va ser donat d'alta a domicili. A les 72 hores reconsulta a urgències per persistència de dolor toràcic i dèficit neurològic progressiu en extremitats inferiors amb abolicció de reflexos osteotendinosos i reflex cutani plantar extensor bilateral. Hipoestèsia nivell T7 i bufeta neurògena. La ressonància magnètica mostrava una important compressió del cordó medul·lar de T3 a T11 per hematoma epidural subagut que involucrava 9 nivells, sense fractura vertebral associada, essent diagnosticat de lesió medul·lar incompleta ASIA B.

Resultats

Donat el temps d'evolució de la lesió neurològica i la patologia de base del pacient va decidir-se tractament conservador sense recuperació dels dèficits establert.

Conclusions

Es tracta d'una patologia amb baixa incidència però greus conseqüències si es dona una demora en el diagnòstic i el tractament. La presentació clínica habitualment és inespecífica i els dèficits neurològics inicialment poden no ser presents, fets que poden retardar-ne el diagnòstic. Es considera com a factor pronòstic més important l'interval entre l'aparició de la clínica i la cirurgia descompressiva. Amb tot això, és important el diagnòstic precoç i el tractament quirúrgic urgent en aquells pacients amb dèficit neurològic de cara a assolir una bona recuperació funcional.

CCR-26

COXOPATIA RÀPIDAMENT DESTRUCTIVA, ¿S'HAURIA DE CANVIAR EL PLANTEJAMENT QUIRÚRGIC D'ENTRADA?

Elisenda Ricou

Introducció

La coxopatia ràpidament destructiva és una entitat poc freqüent que afecta sobretot a dones d'edat avançada. Es caracteritza per una destrucció severa, d'etiologia desconeguda, que progressa a la destrucció completa de l'articulació del maluc en 6 - 12 mesos, resultant en una gran discapacitat i sent l'artroplàstia total de maluc el tractament d'elecció.

Material i mètodes

Pacient de 77 anys amb els següents antecedents patològics: hipertensió arterial, diabetis mellitus tipus 2, Parkinson; intervinguda de neoplàsia de mama, estenosi de canal lumbar i artròdesi cervical. Va ser intervinguda al nostre centre d'artroplàstia total de maluc híbrida per una coxopatia ràpidament destructiva al juliol del 2017.

Es va perdre el seguiment de la pacient, apareixent de nou a consultes externes a l'abril del 2018 amb un dolor incapacitant. A la radiologia simple s'observa aflluixament del component acetabular. A la gammagrafia que aporta s'observa una cotiloiditis asèptica. Es va realitzar una punció articular i biòpsia òssia periprotèsica que van descartar la infecció.

Es realitza recanvi acetabular implantant còtila tipus Medin ovalada amb polietilè excèntric.

Resultats

La pacient segueix una bona evolució postoperatoria. Als quatre mesos no presenta dolor, deambula en càrrega amb ajuda de bastó. Segueix realitzant rehabilitació per potenciació muscular. Radiologia correcta.

Conclusió

La coxopatia ràpidament destructiva és una indicació d'artroplàstia total de maluc. A la bibliografia no hi han diferències entre les artroplasties no cimentades i cimentades, existint casos d'aflluixament en ambdós tipus. Per tant, no estaria indicat fer un canvi de plantejament quirúrgic en aquests pacients. No obstant, recomanem controls postoperatoris més exhaustius ja que la supervivència dels implants es veu afectada per la qualitat de l'os remanent i per la existència de defectes ossis.

CCR-27

PSEUDOARTROSI EN UNA FRACTURA PERIPROTÈTICA DE GENOLL

Glòria Pedemonte Parramon, Ester Garcia Oltra, Bàrbara Nicolau Miralles; Francisco Aliaga Orduña; Jose Antonio Hernández Hermoso

Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

Introducció

La incidència de pseudoartrosi en les fractures periprotètiques varia entre el 3-5% segons les sèries. Existeix poca literatura sobre el millor tractament per aquestes i en moltes ocasions, la decisió sol ser individualitzada.

Materials

Es presenta una pacient amb pseudoartrosi d'una fractura periprotètica de fèmur.

Cas clínic

Dona de 64 anys, sense al·lèrgies, amb antecedents patològics de neoplasia mamària, HTA i portadora de pròtesi total de genoll (PTG) bilateral (Dreta 2002 i Esquerra 2009).

Consulta el Desembre del 2012 per dolor i impotència funcional de la cama dreta després d'una caiguda. La radiologia va evidenciar una fractura metafiso-diafisària espiroidea de fèmur dret, pel que es va realitzar una reducció tancada amb fixació interna mitjançant un enclavat endomedul·lar.

Als 6 mesos postoperatoris, la pacient referia impotència funcional i davant l'absència de consolidació i ruptura del cargol distal, es va procedir a la cruentació del focus de fractura i nova reducció amb 2 cerclatges i enclavat endomedul·lar.

Als 6 mesos postquirúrgics persistien les molèsties a la cuixa i inestabilitat al genoll. Radiològicament s'objectivà una extrusió distal del clau amb manca de consolidació de la fractura, valguització progressiva i signes d'aflluixament protètic. Es va descartar infecció subjacent i es va procedir a la retirada de l'enclavat endomedul·lar, cruentació del focus de fractura, aport de 2 al·loempelts estructurals, 4 cerclatges i col·locació d'una PTG tipus bisagra rotacional.

Resultat

Als 6 mesos, refereix bona evolució clínica i funcional amb un BA de 0-100 i amb signes de consolidació de la fractura. La pacient va ser èxitus uns mesos més tard arrel d'una neoplàsia gàstrica metastàsica.

Discussió

El tractament de les fractures periprotètiques de genoll ha d'ésser individualitzat en funció del traç fractura, el remanent ossi i l'estabilitat protètica.

L'etiologia d'una pseudoartrosi pot ser mecànica o biològica. En el nostre cas, considerem un enforrellat distal i gruix del clau insuficient i manca d'aport biològic complementari.

CCR-28

SINOSTOSIS RADIOCUBITAL PROXIMAL I DISTAL EN PACIENT POLITRAUMÀTIC

Miguel Vázquez Gómez, Núria Fernández Noguera

Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona

Presentem el cas d'un home de 33 anys que en context de politraumatisme amb TCE greu (LAD III), sofreix les següents fractures d'extremitat superior esquerra: fractura transversa de terç mitjà de diàfisis humeral, fractura de ràdio distal i proximal conminuta; i fractura oberta bifocal de cúbit.

S'intervé al pacient realitzant-se reducció oberta i osteosíntesis de les fractures d'húmer, ràdio i cúbit. En el postoperatori immediat s'aconsegueix un balanç articular complet.

Després de 13 mesos de neurorrehabilitació per dany cerebral i cessament de seguiment traumatològic, el pacient acudeix a consultes evidenciant-se limitació de la pronosupinació amb un BA de 0° i dificultat per a l'extensió del canell en absència de dèficits sensitius.

Mitjançant Rx i TAC es constata sinostosis a 2 nivells: Sinostosis de 1/3 proximal radiocubital a nivell de la tuberositat bicipital i a nivell de l'articulació radiocubital distal (afectació de les àrees 3 i 6 segons la classificació de Hastings i Graham). Totes dues ossificacions condicionen la clínica del pacient que després d'un període de rehabilitació intensiu aconseguix una PS de 0° i FE de 40° i 30° respectivament.

Donada la limitació funcional i la localització anatòmica de la sinostosis en absència de millora després de mesures de rehabilitació, es va optar per una cirurgia de retirada de material de osteosíntesis, juntament amb una osteotomia de cúbit (5 mm) segons la tècnica Suavè-Kapandji i exéresis de la sinostosis proximal.

L'evolució clínica i radiològica del nostre pacient va ser satisfactòria després d'un seguiment de 15 mesos. En l'últim control, va presentar un arc de mobilitat actiu del colze amb una flexió de 100° i extensió de 0°. De la mateixa manera, el rang de moviment en pronació i supinació va aconseguir valors normals. Radiològicament no es va trobar evidència de nous ponts d'ossificació. Al moment de l'alta, el pacient aconseguia realitzar les activitats habituals diàries sense limitacions i en absència de dolor

CCR-29

SOBRE LA COMPLEXITAT I EL MANEIG DE LES DEFORMITATS TIPUS PERTHES. CAS CLÍNIC

Felipe Moreira, Martí Plomer, Diego Collado

Hospital Universitari de la Vall d'Hebron, Barcelona

Les deformitats tipus Perthes agrupen una sèrie de deformitats severes del maluc que inclouen el col·lapse del cap femoral, la deformitat femoral progressiva, el impingement i la displàsia secundària de l'acetàbul. Són alteracions complexes que afecten l'epífisi del cap femoral en la població pediàtrica, quan encara hi ha la capacitat de remodelació.

L'objectiu del tractament que es realitza a aquestes edats primerenques és mantenir l'esfericitat del cap femoral i la congruència de la relació entre el fèmur i l'acetàbul per prevenir l'artritis degenerativa que passa secundàriament. No obstant això, de vegades no es pot evitar que aquestes deformitats progressin a formes severes i per tant, molt limitants.

Es presenta el cas clínic d'un pacient home de 16 anys procedent de l'Àfrica Subsahariana, que acudeix a consultes externes per una marcada limitació funcional. Era capaç de realitzar activitat esportiva de baixa intensitat durant poc més de 30 minuts. Presentava una coxa magna breva que s'articulava en frontissa sobre un acetàbul displàsic, amb una dismetria de 3cm, que va ser orientada com una seqüela tipus Perthes.

Aquest cas es destaca per:

- La seva extraordinària complexitat en associar seqüeles de tipus Perthes que inclouen una severa afectació condral del cap i coll femoral associades a una displàsia secundària de l'acetàbul.
- Per la planificació quirúrgica mitjançant l'ús de guies de tall buscant la millor cobertura, congruència, continència i superfície condral.

Mitjançant estudi amb TC i RMN, es va procedir a la selecció dels fragments del cap que resultarien en una millor esfericitat i superfície de cartílag hialí del cap femoral, i a partir d'aquest estudi es procediria al disseny de les guies de tall.

Es va proposar finalment en un únic temps quirúrgic: luxació quirúrgica del maluc, allargament relatiu del coll, osteotomia de reducció del cap femoral i osteotomia periacetabular de Ganz.

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.



