

XV CONGRESO SECHC

B A R C E L O N A

6, 7 y 8 DE MARZO DE 2019

WORLD TRADE CENTER



Sociedad Española de Cirugía de **Hombro** y **Codo**



G. ATHWAL



D. EYGENDAAL



D. MOYA



L. NEYTON



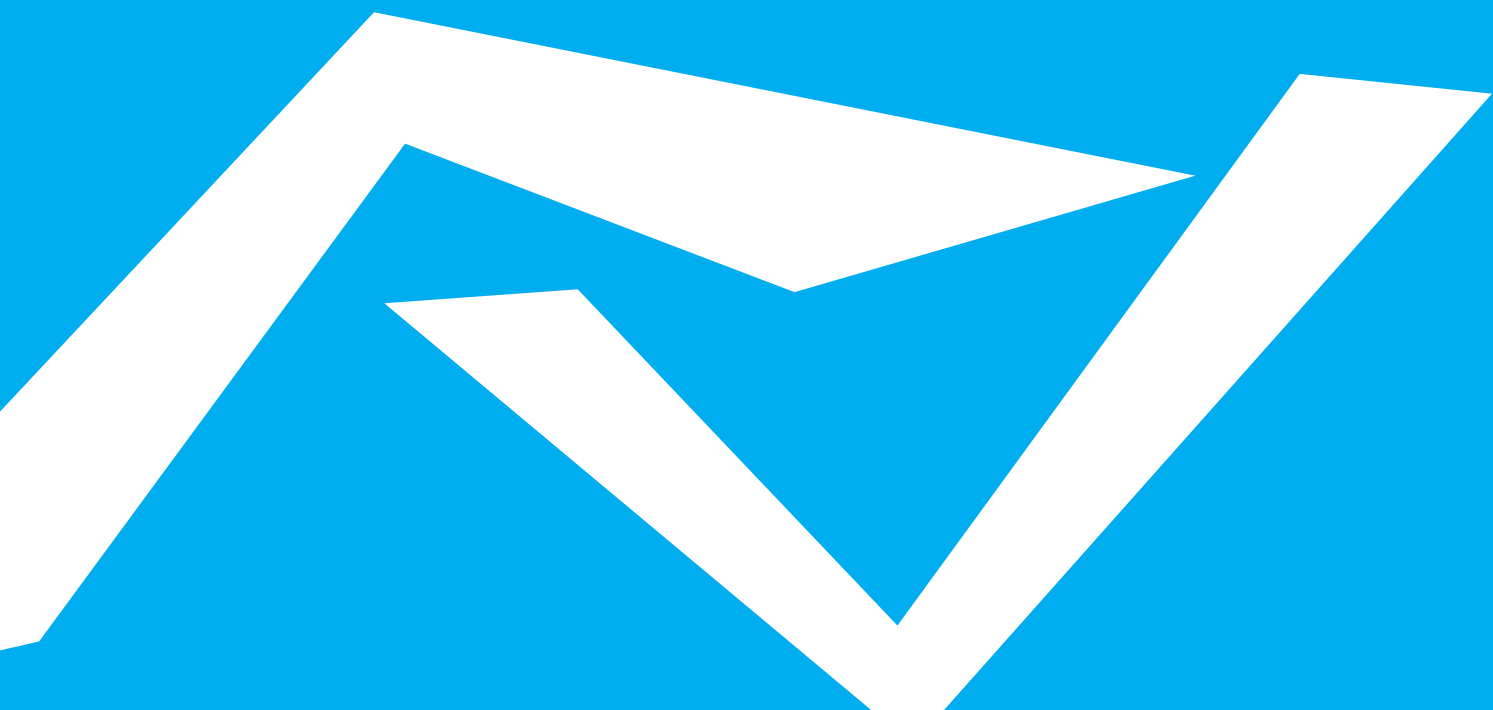
J. SÁNCHEZ SOTELO

www.sechc.es

PONENTES INTERNACIONALES

LIBRO DE COMUNICACIONES

COMUNICACIONES ORALES
MIÉRCOLES 6 DE MARZO



COMUNICACIONES ORALES

MESA DE COMUNICACIONES 1 INESTABILIDAD/MANGUITO DE LOS ROTADORES

17.30 - 19.00h

Moderadores: X. Piqueres / M. Valencia

INFLUENCIA DE LA COMPENSACIÓN MUSCULAR EN LA VARIABILIDAD DE LAS MEDICIONES DE FUERZA ROTACIONAL DEL HOMBRO OBTENIDAS CON DINAMOMETRÍA COMPUTERIZADA

Ricardo Blanco Méndez, Carlos Martín Saborido

Euef San Juan De Dios Universidad Pontificia De Comillas. Santander

INTRODUCCIÓN

Existe gran variedad de opiniones respecto a cuál es el óptimo posicionamiento del individuo a la hora de realizar valoraciones de la función rotadora del hombro con sistemas de dinamometría computerizada. En las diversas publicaciones al respecto se ha puesto mayor énfasis en analizar qué posición tanto del sujeto como de la articulación es la más idónea para cada acción o movimiento.

Actualmente el debate de si permitir o no las compensaciones musculares durante la evaluación de la rotación del hombro, eliminándolas o controlando el posicionamiento, pueda influir en la fiabilidad de los datos, sigue abierto.

El presente estudio compara la variabilidad de los datos obtenidos durante diferentes ejercicios de hombro en dos grupos de pacientes. Unos sentados con el tronco cinchado al respaldo de la silla para evitar compensaciones musculares frente a otro en el que los sujetos se valoraron en bipedestación, por ser considerada ésta la que más compensaciones permite.

MATERIAL Y MÉTODOS

Un total de 140 participantes fueron distribuidos aleatoriamente en dos grupos de 70 sujetos cada uno. La muestra se balanceó por sexo para garantizar que ambos grupos tuvieran proporciones equilibradas de hombres y mujeres. Se crearon tres protocolos de fuerza diferentes para evaluar el movimiento de rotación de hombro en el lado dominante, en dos sesiones y con una semana de diferencia en cada grupo. Se obtuvieron datos de fuerza isométrica promediomáxima, de peak torque (momento máximo de fuerza) concéntrica isocinética a una velocidad angular de 60 °/s y de potencia promedio máxima. La variabilidad de las diferencias de las medias, y del coeficiente de variación intrasesión entre sesiones (intersesión) se calcularon para determinar la menor variabilidad y por lo tanto el procedimiento de posicionamiento más fiable entre ambos grupos.

También se analizó la influencia sobre los resultados de otras variables como la edad, el índice de masa corporal y la dominancia.

RESULTADOS

Después de comparar la variabilidad intersesión de los valores de peak torque obtenidos después de las pruebas isocinéticas a 60 ° / seg. entre ambos grupos, los resultados mostraron una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) para la rotación interna y externa del hombro. La menor variabilidad se encontró en el grupo donde se permitió la compensación muscular.

Cuando se compararon los coeficientes de variación intrasesión de las mediciones de las pruebas isométricas y de potencia de no se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre ambos grupos.

Después de ser categorizado en dos rangos, se encontró que el índice de masa corporal (IMC) tuvo una influencia estadísticamente significativa sobre los resultados de la valoración de la fuerza isométrica de rotación interna de hombro.

COMUNICACIONES ORALES

CONCLUSIÓN

Permitir la compensación muscular tuvo una influencia significativa en la variabilidad intersesión de los valores de peak torque concéntrico isocinético tanto de la rotación interna de hombro como de la externa. La compensación muscular no afectó la variabilidad intersesión de los valores de coeficiente de variación intrasesión obtenidos tanto de fuerza isométrica como de potencia.

Poseer un índice de masa corporal (IMC) mayor o menor a la hora de obtener datos tras una evaluación isométrica de la rotación interna de hombro en sujetos sanos influye en la variabilidad de los mismos independientemente de si se evitan o no las compensaciones musculares durante la ejecución del test.

RECONSTRUCCIÓN CAPSULAR SUPERIOR CON MATRIZ EXTRACELULAR EN PACIENTES CON ROTURAS IRREPARABLES DEL MANGUITO: RESULTADOS CLÍNICOS EN DOS CENTROS

Albert Ferrando, Ross Kingston, Ruth Delaney
Dublin Shoulder Institute, Sports Surgery Clinic. Dublin, Irlanda

INTRODUCCIÓN

El objetivo consiste en valorar los resultados de la reconstrucción capsular superior artroscópica mediante el uso de una matriz dérmica porcina (DX Matrix) en pacientes con roturas masivas irreparables.

MATERIAL y Métodos

Estudio retrospectivo de pacientes operados con seguimiento mínimo de 1 año. Se incluyeron pacientes con una rotura masiva del manguito no reparable a pesar de apertura de los intervalos y que se trataron mediante reconstrucción capsular superior (DX Matrix). Como variables de respuesta, se analizaron las puntuaciones del American Shoulder and Elbow Surgeons Score (ASES), Subjective Shoulder Value (SSV) y del Visual Analogue Score (VAS) en el preoperatorio, a los 6 meses y al año. Se evaluó el rango de movilidad activa pre y postoperatoria. Se registraron los casos de pseudoparálisis al inicio y los casos de reversión. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS.

Las puntuaciones de los test durante el seguimiento se analizaron mediante el test T de student para muestras apareadas.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 50 pacientes, 34 varones (68%), con una edad media de 65+-9 años. El tiempo de seguimiento medio fue de 22+- 7 meses. Se observó fracaso del injerto en 6 pacientes (desinserción de la matriz en el lado humeral). Se objetivó una mejoría significativa en las puntuaciones de los cuestionarios a los 6 meses del seguimiento: ASES preop. 42 +-20 vs postop. 79 +-18, $p < 0,001$; VAS preop. 6,8+- 1,7 vs postop. 1,4+- 2,2, $p < 0,001$; SSV 38+- 17 vs postop. 72+- 19, $p < 0,001$. Esta mejoría se mantuvo a los 12 meses (ASES 86+- 16, $p < 0,001$; VAS 0,8+- 1,3, $p = 0,004$; SSV 77+- 18, $p = 0,014$). No se encontraron diferencias significativas en la flexión anterior y la rotación externa tras la reconstrucción capsular superior. Ocho pacientes estaban pseudoparalíticos en el preoperatorio; en cuatro casos, la pseudoparálisis fue revertida con la reconstrucción capsular superior. Los pacientes con pseudoparálisis en el preoperatorio presentaron peor puntuación en el SSV a los 12 meses de seguimiento frente a los pacientes sin pseudoparálisis (64,3 +-7,5 vs 95,5+- 0,70; $p = 0,011$). No se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones del ASES, SSV y VAS ni en el rango de movilidad activa según si los pacientes habían precisado o no una reparación asociada del subescapular.

CONCLUSIONES

La reconstrucción capsular superior puede aliviar el dolor y la disfunción producida por roturas masivas irreparables y proporcionar una mejoría significativa en la función del hombro. En pacientes no susceptibles a una prótesis invertida, la

COMUNICACIONES ORALES

reconstrucción capsular superior es una alternativa prometedora. Es importante mencionar que, en nuestra experiencia, la reversión de la pseudoparálisis no es predecible con la RCS.

INFLUENCIA DE LA INFILTRACIÓN DE PLASMA AUTÓLOGO RICO EN PLAQUETAS (PRP) EN EL TRATAMIENTO ARTROSCÓPICO DE ROTURAS DEL MANGUITO ROTADOR. ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO

Gonzalo Hernández Seoane, Ángel Sutil Blanco, José Ramón Almoguera Sánchez-Villacañas, Fernando García De Lucas
Hospital Fremap Majadahonda. Madrid

INTRODUCCIÓN

La reparación artroscópica de las roturas del manguito rotador produce habitualmente resultados excelentes. La aplicación de plasma rico en plaquetas (PRP) durante la reparación es segura pero existe controversia sobre su efecto beneficioso en este tipo de patología.

El objetivo del presente estudio es evaluar los resultados clínico-radiológicos de la infiltración de PRP autólogo en pacientes con roturas del espesor completo del manguito rotador.

MATERIAL y métodos

Ensayo clínico aleatorizado, ciego simple, en el que evaluamos a 35 pacientes diagnosticados de rotura completa del manguito rotador, sometidos a artroscopia de hombro (17 de ellos en el grupo PRP y 18 en el grupo no-PRP) entre noviembre de 2016 y febrero de 2018. En 17 de ellos infiltramos PRP autólogo intraoperatoriamente, mientras que en los otros 18, no. La muestra incluye 12 mujeres y 23 varones. La mayoría de ellos eran trabajadores de demanda funcional media-alta. La edad media fue de 53,03 años (rango 33-66). Se evaluó el resultado funcional (Constant, Simple Shoulder Test, UCLA y DASH pre y postquirúrgicos), la variación del dolor medido mediante la escala visual analógica (EVA), la tasa de re-roturas (ecografía a los 3 y 6 meses postoperatorios y resonancia magnética a los 12 meses postoperatorios), así como las complicaciones postoperatorias y el número de semanas de baja laboral.

RESULTADOS

El seguimiento de los pacientes en el estudio fue de un año. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la mejoría del dolor, medida mediante la EVA; ni en cuanto a los tests funcionales (Constant, SST, UCLA, DASH), ni en cuanto a la tasa de re-roturas (2 en el grupo no-PRP y 3 en el grupo PRP), evaluadas mediante el test Chi-cuadrado, sobre los resultados obtenidos de las pruebas de imagen (ecografía y RM). Asimismo, no encontramos ninguna otra complicación postquirúrgica reseñable.

CONCLUSIÓN

A pesar de que la infiltración de PRP autólogo es una técnica segura y sencilla, no hemos demostrado su efecto beneficioso en el tratamiento de las roturas completas del manguito rotador. No obstante, sería conveniente realizar estudios aleatorizados de mayor tamaño muestral, así como estudios histológicos para obtener una respuesta con mayor evidencia sobre su utilización.

COMUNICACIONES ORALES

ESTUDIO COMPARATIVO PROSPECTIVO RANDOMIZADO ENTRE PACIENTES INTERVENIDOS DE REPARACIÓN DEL MANGUITO DE LOS ROTADORES CON Y SIN TENOTOMÍA DE LA PLB, AL AÑO DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

José M^a Mora Guix, Ferrán Gámez Baños, Javier Alonso-Rodríguez Piedra, Brunno Souza Virgolino
Consorti Sanitari De Terrassa. Barcelona

INTRODUCCIÓN

En la cirugía de reparación del manguito de los rotadores, la tenotomía de la PLB es una técnica habitual. En la actualidad, muchos autores plantean la tenotomía de la PLB como gesto asociado a la reparación del manguito de los rotadores para evitar dolor postoperatorio. Sin embargo, no hay evidencia de que este gesto, mejore los resultados clínicos de la sutura aislada.

El objetivo de este estudio es comparar los resultados clínicos-funcionales de los pacientes a los que se les realiza una sutura del manguito asociada o no a una tenotomía de la PLB, al año de la cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio randomizado enmascarado simple ciego a 55 sujetos divididos en dos grupos de pacientes según programa centralizado de números aleatorios, comparando los resultados clínico-funcionales (test de Constant) al año que se les practicará una cirugía artroscópica de sutura del manguito con o sin tenotomía de la PLB.

Los pacientes incluidos acudirán de forma consecutiva a Consultas Externas de la Unidad de Hombro del CST y fueron diagnosticados de ruptura del tendón del supraespinoso, por exploración clínica y por la imagen: ECO y RNM.

El periodo de inclusión de casos inicio en Enero de 2015 y finalizo cuando se consiguió el número de pacientes definidos en el estudio.

Se aceptó un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta inferior al 0.2 en un contraste unilateral, divididos los sujetos en 2 grupos para detectar una diferencia igual o superior a 10 puntos en el Test de Constant. Se asume que la desviación estándar común es de 13. Se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 10%. Se utilizó el programa SPSS 21, con el test de T Student para datos paramétricos.

RESULTADOS

De los 55 casos estudiados, hemos tenido 6 pérdidas, permaneciendo 49 pacientes divididos en 2 grupos (23 y 26). En los 49 estudiados no se observó diferencia en el resultado del Test de Constant de los 2 grupos al año de la sutura artroscópica del manguito con y sin tenotomía de la PLB.

CONCLUSIÓN

En nuestro estudio la sutura artroscópica del manguito con y sin Tenotomía de la PLB asociada no presenta diferencia significativa en los resultados clínicos-funcionales (test de Constant) al año de la cirugía.

COMUNICACIONES ORALES

TERAPIA DE JUICIO DE LATERALIDAD E IMAGINERÍA DE MOVIMIENTO Y EJERCICIOS DE ACTIVACIÓN MUSCULAR SELECTIVA GLENOHUMERALES EN SUJETOS CON ROTURA MASIVA DEL MANGUITO ROTADOR: SERIE DE CASOS

Héctor Gutiérrez Espinoza, David Rubio Oyarzun, Felipe Araya Quintanilla, Cristian Olguin Huerta
UDLA -UGM

INTRODUCCIÓN

La rotura masiva del manguito rotador (RMMR) es una condición clínica degenerativa que corresponde a una rotura de 5 cm, o una que compromete a dos o más tendones, generando pérdida de funcionalidad, dolor incapacitante, restricción del rango de movimiento activo (AROM) y en algunos casos pseudoparálisis. Estos deterioros son acompañados de un edema óseo e infiltración grasa en el tendón, provocando un ascenso de la cabeza humeral como una de las principales complicaciones. No obstante, todas estas alteraciones son estrategias neuromotoras adaptativas desarrolladas en el sistema nervioso central (SNC), que buscan reprogramar el patrón de activación muscular del manguito rotador y musculatura escapular para compensar este déficit motor y mantener la funcionalidad. Así mismo, estos mismos déficits motores se pueden utilizar para generar una nueva estrategia de reprogramación del movimiento a través de los músculos depresores glenohumerales y ejercicios de imaginación. Actualmente no existe consenso para el manejo conservador en las RMMR, más aun considerando las implicancias actuales que tiene el SNC en el dolor musculoesquelético crónico. Es por esto, que la imaginación de movimiento y los ejercicios de activación selectiva son propuestos como la manera mas específica de tratar a estos pacientes en el manejo conservador.

OBJETIVO

Describir los cambios en el dolor y función de hombro posterior a un programa de 6 semanas de terapia de juicio de lateralidad e imaginación de movimiento y ejercicios de activación selectiva glenohumerales en sujetos con rotura masiva del manguito rotador.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se seleccionó una muestra de 50 sujetos, 18 hombres (36%) y 32 mujeres (64%), con una edad promedio de 68,3 años. Se seleccionaron de prospectivamente sujetos con diagnóstico médico e imagenológico de rotura masiva del manguito rotador, que sean capaces de seguir órdenes simples y que hayan aceptado y firmado el consentimiento informado. Se excluyeron sujetos que previamente hayan sido intervenidos quirúrgicamente del manguito rotador, que haya recibido tratamiento de corticoides mediante cualquier vía de administración en los últimos 6 meses, que presenten alteraciones neurológicas centrales o periféricas, que presenten rotura masiva del manguito rotador por origen traumático agudo, sujetos con otras patologías del hombro como inestabilidad glenohumeral, capsulitis adhesiva, etc. Se aplicó un programa de ejercicios de imaginación de movimiento de extremidad superior más ejercicios de activación selectiva de depresores humerales y serrato anterior. Se realizaron sesiones 2 a 3 veces por semana, durante 6 semanas de tratamiento. Bajo previo consentimiento informado se evaluó la intensidad de dolor con EVA, rango de movimiento activo de flexión de hombro (AROM) y función de hombro con el cuestionario Constant Murley, antes y después del tratamiento.

RESULTADOS

Al final del tratamiento, la intensidad de dolor mostró una disminución de 3,6 cm ($p=0.01$), el AROM en flexión mostró un aumento de 40° ($P=0.01$), en el cuestionario Constant - Murley mostró un incremento de 25.4 puntos ($p=0.02$).

CONCLUSIÓN

La aplicación de la terapia de juicio de lateralidad e imaginación de movimiento adicionada a un programa de ejercicios de activación selectiva glenohumeral durante 6 semanas mejora la función de hombro, disminuye el dolor y aumenta el AROM de flexión de hombro en pacientes con rotura masiva del manguito rotador.

COMUNICACIONES ORALES

TRATAMIENTO DE LA INESTABILIDAD POSTOPERATORIA DE HOMBRO: ¿LATARJET O CIRUGÍA DE PARTES BLANDAS?

Ismael Coifman, Emilio Calvo Crespo, María Valencia, Antonio Foruria, Diana Morcillo
Fundación Jiménez Díaz. Madrid

OBJETIVO

Confirmar la hipótesis de que la operación de Latarjet es superior a la cirugía de partes blandas en el tratamiento de la inestabilidad postoperatoria de hombro.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó una cirugía de revisión a 45 pacientes consecutivos (29.1 ± 8.9 años) en los que un procedimiento previo de Bankart había fracasado. Se excluyeron del estudio pacientes con inestabilidad posterior o multidireccional, con inestabilidad asociada a rotura del manguito rotador y con lesiones óseas superiores al 15% de la glenoides. En 17 pacientes se realizó una cirugía artroscópica de partes blandas (Bankart más plicatura capsular y/o remplissage) y en 28 un Latarjet artroscópico. Los pacientes fueron evaluados a un mínimo de 24 meses con las escalas de Rowe, WOSI y SSV. Se consideró que la cirugía de revisión había fracasado en los pacientes que presentaban al menos un episodio de subluxación o luxación postoperatoria.

RESULTADOS

Ambos grupos de pacientes eran homogéneos con respecto a la edad, género, actividad deportiva, escala de Rowe preoperatoria, presencia de hiperlaxitud, y presencia y tamaño de las lesiones óseas preoperatorias en cabeza humeral y glenoides. En la cirugía de revisión en 20 casos se encontró una lesión de Bankart persistente, en 13 un labrum cicatrizado en posición medial, en 6 un Bankart óseo y en uno una lesión Hill Sachs inestable. En 3 hombros no había alteraciones que explicaran el motivo de la recidiva. En los pacientes que se revisaron mediante una cirugía de partes blandas en 6 se realizó una operación de Bankart, en 10 se asoció una plicatura capsular a la reparación de Bankart y en otros 2 casos se añadió al Bankart un “remplissage” y un cierre del intervalo rotador respectivamente. No se realizaron procedimientos adicionales en el grupo de sujetos operados mediante el Latarjet artroscópico. Tras un seguimiento medio de 48.9 meses no hubo diferencias significativas entre ambos grupos medidas con la escala de Rowe (79.6 ± 21.7 vs 83.8 ± 18.6), de WOSI (771.8 ± 441.7 vs 763.9 ± 466.7) o en el SSV (67.5 ± 18.6 vs 75 ± 16.2). Tampoco hubo diferencias en la tasa de recidiva (17.6% vs 14.3%). El déficit postoperatorio de rotación externa pasiva medida a 0° and 90° era similar en ambos grupos ($17.3 \pm 11.5^\circ$ vs $18.2 \pm 17.3^\circ$ and $15.4 \pm 11.1^\circ$ vs $12.5 \pm 13^\circ$).

CONCLUSIONES

En pacientes con inestabilidad postoperatoria de hombro tras una en los que ha fracasado una cirugía de estabilización del hombro la operación de Latarjet por artroscopia no proporciona resultados superiores a la cirugía de partes blandas.

SISTEMA ENDOBUTTON PARA FIJACIÓN DE TOPES ÓSEOS ARTROSCÓPICOS

María Brotat Rodríguez, Carlos Cobiella, María González Salvador, Fiona Rodríguez Monsalve, Rafael García Castaño, Manuel Paz Vidal
Complejo Asistencia Universitario De Palencia

INTRODUCCIÓN

La inestabilidad anterior recurrente está relacionada con la pérdida ósea en la glena en el 90% de los casos. Factores como la edad del paciente, el número de luxaciones previas a la cirugía, la realización de deportes de contacto y pérdida ósea tanto

COMUNICACIONES ORALES

en la glena como en la cabeza humeral son factores que condicionan el tratamiento.

La técnica de Latarjet o la utilización de aloinjerto (Eden-Hybinette) son procedimientos quirúrgicos que utilizan tornillos como sistema de fijación. Sin embargo, complicaciones como el aflojamiento, movilización o rotura de los mismos junto con fractura o mala consolidación del tope óseo ha provocado la búsqueda de nuevos sistemas de fijación como el endobutton para disminuir el número de complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza estudio retrospectivo de 50 pacientes intervenidos por inestabilidad glenohumeral en el University London College Hospital (London) desde mayo 2013 hasta diciembre 2016. Se realizan topes óseo (Latarjet/Eden-Hybinette) mediante técnica artroscópica con un mínimo de 12 meses de seguimiento. Se realiza fijación con tornillos 25 pacientes mientras que la fijación en el segundo grupo de 25 pacientes se realiza con sistema Endobutton. Se estudian variables epidemiológicas, clínicas y radiológicas junto con las complicaciones de ambos sistemas de fijación.

RESULTADOS

Se observa 86% varones con edad media 32 años y 14% mujeres con edad media 30 años. Primer grupo (fijación con tornillos): 35% complicaciones de las cuales el 55% debido a problemas con el material de osteosíntesis; el resto (10% infección, 10% neuroapraxias, 20% problemas con la coracoides). Segundo grupo: 20% relacionadas con el injerto. No problemas con el material de osteosíntesis.

CONCLUSION

La realización de topes óseos mediante técnica artroscópica son técnicas complejas, aunque han demostrado muy buenos resultados en el tratamiento de la inestabilidad glenohumeral. A pesar de que la fijación con tornillos ha demostrado buenos resultados clínicos y radiológicos, el sistema endobutton disminuye las complicaciones relacionadas con el material de fijación, siendo una buena opción en este tipo de cirugías.

LUXACIONES ACROMIOCLAVICULARES CRÓNICAS TRATADAS CON DISPOSITIVO DE TRIPLE BOTÓN CON REFUERZO HORIZONTAL

José Antonio Cano Martínez
Hgu Los Arcos Del Mar Menor. Murcia

INTRODUCCIÓN

Evaluación clínica y radiológica del tratamiento quirúrgico de las luxaciones acromioclaviculares (AC) crónicas con dispositivo de triple botón suplementado con un refuerzo horizontal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo que incluyó a 24 pacientes con luxaciones AC crónicas. Todos los pacientes se sometieron a una radiografía de Zanca y Alexander en carga de forma bilateral, así como al test de Constant (CS) y al sistema de puntuación de inestabilidad de la articulación acromioclavicular (ACJI).

RESULTADOS

22 pacientes (19 hombres y 3 mujeres) con una edad media de 29.5 años \pm 12.4 (rango, 19-62 años) pudieron participar en el seguimiento clínico y radiográfico.

Después de un seguimiento medio de 40.4 \pm 16.4 meses (rango 13-60 meses), los resultados del CS fueron de 95.3 \pm 5.5

COMUNICACIONES ORALES

(rango 85-100) y el test ACJI 89 ± 8.3 (rango 75-100), no mostrando diferencias significativas con el hombro no lesionado (CS 96.3 ± 3.2 , rango 85-100; ACJI 95.3 ± 4.7 , rango 85-100). En la revisión final, observamos que la distancia coracoclavicular preoperatoria (vista de Zanca) mejoró de 12.8 ± 2 mm a $8.6 \text{ mm} \pm 1.7$ y la distancia de CA (vista de Alexander) de $7.9 \text{ mm} \pm 2.5$ a 1.06 ± 1 mm. En comparación con el hombro sano, estas diferencias no fueron significativas. Hubo 1 paciente (4,5%) con pérdida de reducción en ambos planos del espacio y peores resultados en las pruebas clínicas. La osteoartritis o las calcificaciones radiológicas no se asociaron con peores resultados clínicos.

CONCLUSIÓN

El dispositivo de triple botón suplementado con un refuerzo horizontal es un método quirúrgico alternativo aceptable para las luxaciones crónicas de la articulación AC. La técnica quirúrgica es simple, no se necesita un injerto, tampoco presenta complicaciones mayores y la extracción del material es innecesaria.

LIGAMENTO CORACOCCLAVICULAR MEDIAL: ANATOMÍA Y ROL EN LA ESTABILIDAD ACROMIOCLAVICULAR

Daniel Moya Laborde, Luciano Poitevin, Daniel Postan, Guillermo Azulay, Sergio Valente, Fernando Giacomelli
Hospital Británico de Buenos Aires

INTRODUCCIÓN

El ligamento coracoclavicular medial (LCCM) es una estructura que muestra características morfológicas e histológicas definidas. Sin embargo, se ha prestado poca atención al mismo en la literatura y se ha llegado a reportar el no poder hallarlo.

El objetivo de nuestro estudio fue (1) determinar si el LCCM es una estructura constante, (2) analizar sus propiedades mecánicas y (3) determinar su posible papel en la estabilidad acromioclavicular (AC).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseccionaron 30 hombros cadavéricos frescos. Se reconocieron los ligamentos coracoclaviculares laterales (Conoide, Trapezoide) y se localizó al LCCM. Se practicaron secciones ligamentarias secuenciales bajo tracción en 6 especímenes involucrando a los ligamentos acromioclaviculares (LACs), ligamentos coracoclaviculares laterales (LCCLs) y al LCCM. Se midieron las distancias AC y coracoclavicular (CC) antes y después de cada paso. En 8 especímenes se llevaron a cabo evaluaciones biomecánicas.

También se diseñó un protocolo de resonancia magnética para identificar el ligamento y se lo intentó identificar en 20 voluntarios sin patología de hombro.

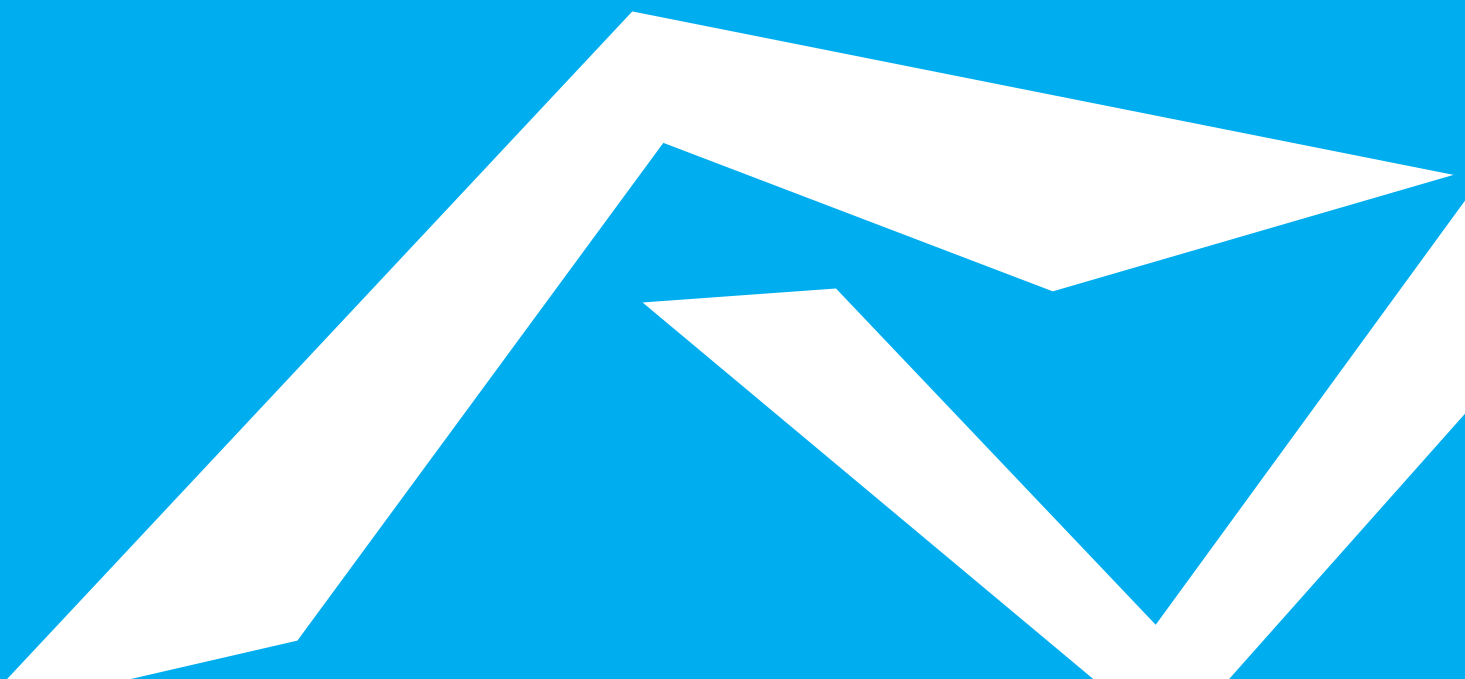
RESULTADOS

El LCCM fue hallado en todos los hombros cadavéricos y en todos los estudios de resonancia de voluntarios asintomáticos. Presentó propiedades mecánicas de tipo ligamentario, aunque de menor resistencia tensional que los LCCLs. Una vez practicada la sección de los ligamentos acromioclaviculares y de los LCCLs, el LCCM fue el último limitante del incremento del espacio coracoclavicular en sentido caudo-cefálico y posterior.

CONCLUSIÓN

El LCCM es una estructura constante con comportamiento mecánico ligamentario. Según nuestros hallazgos impresiona ser un estabilizador secundario de la articulación acromioclavicular. Podría tener un papel en la diferenciación entre lesiones acromioclaviculares tipo III estables e inestables, y además su lesión podría contribuir a las lesiones tipo IV y V de Rockwood.

COMUNICACIONES ORALES
JUEVES 7 DE MARZO



COMUNICACIONES ORALES

MESA DE COMUNICACIONES 2 ARTROPLASTIA Y MISCELANEA

09.00 - 10.30h

Moderadores: M. Navarro / L. Ruiz

¿HIDRODILATACIÓN ECO GUIADA O BAJO CONTROL DE ESCOPIA?

Petrea Iftimie, Joan Tomás Gebelli, Noelia Fons, Ricardo Urrutia, Antonio Buñuel

Hospital Sant Pau I Santa Tecla, Tarragona

INTRODUCCIÓN

La capsulitis adhesiva es una causa común de dolor en hombro y de discapacidad en las personas de mediana edad. Se caracteriza por restricción espontánea y progresiva de la movilidad pasiva y dolor en la articulación del hombro. Entre las opciones de tratamiento para la capsulitis adhesiva destaca la hidrodilatación. Objetivo: Comparar los resultados de dos técnicas de hidrodilatación: guiada por ecografía versus realizada con contraste intraarticular bajo control de escopia en pacientes con capsulitis adhesiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo con dos grupos de pacientes con capsulitis adhesiva primaria tratados con hidrodilatación con contraste intraarticular bajo control de escopia (Grupo S) y el Grupo E - pacientes tratados con hidrodilatación guiada por ecografía. En cada grupo se incluyeron 48 pacientes diagnosticados previamente con capsulitis adhesiva primaria, comparables en cuanto a distribución por sexo y edad. Los pacientes del Grupo S fueron tratados con hidrodilatación bajo control escopia y contraste yodado a través portal anterior y en el Grupo E la hidrodilatación se realizó a través portal posterolateral eco guiado. Los pacientes siguieron fisioterapia según protocolo. Los pacientes incluidos se evaluaron mediante EVA (escala visual analógica) para dolor, el rango de movilidad pasiva y Escala de Constant. Se realizaron las valoraciones al mes, 3 meses y 6 meses tras el procedimiento y se compararon los datos con los valores pre-hidrodilatación. Se monitorizaron: tiempo empleado para la técnica, dolor durante procedimiento y pacientes que necesitaron ser tratados con artrolysis artroscópica ante falta de mejoría con la técnica de hidrodilatación.

RESULTADOS

Los pacientes de los dos Grupos presentan menos dolor, mejor rango de movilidad pasiva al mes, todavía mejores a los 3 meses y estabilizados mejores a los 6 meses del procedimiento, resultados estadísticamente significativos respecto a la situación prehidrodilatación ($p < 0,01$) pero sin diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,63$) al comparar la evolución entre los dos grupos. El score de Constant medio en Grupo S pasó de 40 prehidrodilatación a 69 al mes, 75 a los 3 meses y 80 a los 6 meses ($p < 0,001$). En el grupo S los valores medios de la Escala de Constant presentaron una evolución similar desde prehidrodilatación 41 a 69 al mes, 76 a los 3 meses y 82 a los 6 meses, pero sin significación estadística entre los 2 grupos. El tiempo medio de realización de la técnica en el Grupo E se redujo un 0,35 ($p < 0,001$). Los pacientes del Grupo E presentaron menos dolor durante el procedimiento respecto al Grupo S ($p < 0,04$).

En el Grupo S cuatro pacientes precisaron una artrolysis artroscópica y en el grupo E dos pacientes.

CONCLUSIONES

La hidrodilatación realizada con las dos técnicas proporciona buenos resultados en cuanto a la mejora del balance articular, disminución del dolor y valor de Constant al mes del procedimiento, incrementando la mejoría a los 3 meses y que se mantiene a los 6 meses. Los resultados son comparables entre los dos grupos, pero estadísticamente no hay diferencias

COMUNICACIONES ORALES

significativas entre los resultados tras las dos técnicas empleadas. La técnica en el grupo E se realiza más rápido y los pacientes refieren menos dolor durante la hidrodilatación eco guiada y precisan menos de artrolysis artroscópica.

¿INFLUYEN LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN PREOPERATORIAS EN EL RESULTADO FUNCIONAL POSTQUIRÚRGICO DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA DE HOMBRO?

Marina Renau Cerrillo, Elisa Cassart Masnou, Leonardo Ruiz Macarrilla, José Antonio Hernández Hermoso
Hospital Universitari Germans Trias I Pujol. Badalona. Barcelona

INTRODUCCIÓN

En la patología de hombro, la coexistencia de estados de depresión y ansiedad, se ha visto asociada a peores resultados en la funcionalidad y calidad de vida prequirúrgicas en los pacientes con rotura de la cofia rotadora, y a un peor resultado funcional postquirúrgico en los pacientes afectados de síndrome subacromial. Aun así, la relación entre el estado psicológico preoperatorio y el resultado funcional postquirúrgico no está bien definida.

El objetivo del estudio es valorar la influencia de los estados de ansiedad y depresión prequirúrgicos en el resultado funcional postquirúrgico de los pacientes afectados de patología de hombro.

MATERIAL Y MÉTODOS

De octubre de 2015 a junio de 2017 se incluyeron prospectivamente 127 pacientes consecutivos valorados en la unidad de hombro y diagnosticados por clínica, exploración física, y exploraciones complementarias (radiografía simple y resonancia magnética) de: síndrome subacromial, rotura de cofia rotadora y artropatía glenohumeral. Se excluyeron pacientes con cirugía previa o antecedentes de fractura en el hombro afecto, pacientes con enfermedad psiquiátrica mayor, pacientes con otros diagnósticos y pacientes que no aceptaron participar en el estudio. El día de la primera visita se valoró la funcionalidad mediante los tests de Constant y DASH, y el estado afectivo mediante el cuestionario HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Los pacientes intervenidos quirúrgicamente fueron evaluados nuevamente después de 1 año de la intervención quirúrgica, realizando los tests de Constant, DASH y el cuestionario HADS. Se analizaron estadísticamente los resultados pre y postoperatorios.

RESULTADOS

De los pacientes intervenidos se evaluaron 28 mujeres y 7 hombres, con una media de edad de 59 años. Se incluyeron 5 casos de artropatía, 16 roturas de cofia rotadora y 14 casos de síndrome subacromial. Todos los pacientes presentaron una mejoría en los test de Constant y DASH respecto a la puntuación preoperatoria. La puntuación global preoperatoria del test de Constant fue de 35,6 i la postoperatoria de 68 puntos. En el test de DASH la puntuación media preoperatoria fue de 64,6 i después de la intervención de 36,5.

Los pacientes con un resultado positivo preoperatorio para las escalas HADS de depresión y ansiedad presentaron peores resultados funcionales postoperatorios.

La media postoperatoria en el test de Constant fue de 53,6 puntos para los pacientes positivos para ansiedad y depresión, y de 75,9 para los pacientes negativos.

CONCLUSIÓN

Aunque globalmente todos los pacientes afectados de patología de hombro crónica presentan una mejoría funcional postoperatoria. Los estados de ansiedad y depresión preoperatorios afectan negativamente en el resultado funcional de los pacientes intervenidos de patología de hombro. Un adecuado diagnóstico y tratamiento de estos estados podría contribuir a mejorar el estado funcional y los resultados de la cirugía.

COMUNICACIONES ORALES

SESGO OPTIMISTA: CUANTO MÁS HACES, MEJOR CREES QUE VA. ANÁLISIS DE LA ENCUESTA SOBRE ARTROPLASTIA INVERSA DE HOMBRO

Carlos Torrens, Joan Miquel*, Fernando Santana

Parc De Salut Mar. Barcelona

*Consorti Sanitari De L'Anoia. Igualada. Barcelona

INTRODUCCIÓN

Los errores cognitivos pueden conducir a errores diagnósticos y terapéuticos. En una encuesta reciente, el 35% de las personas entrevistadas sufrieron un error médico en los últimos 5 años. Se han reconocido muchos sesgos diferentes, como el sesgo de anclaje, el sesgo de status quo, el sesgo de resultados, el sesgo de riesgo relativo, etc. Se ha prestado poca atención al sesgo optimista.

El objetivo de este estudio fue analizar la percepción de los médicos sobre la mejora del dolor en pacientes sometidos a artroplastia inversa de hombro (RSA).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de encuesta que incluye 151 cirujanos ortopédicos que asisten a reuniones de hombro. Todos los cirujanos realizaron una encuesta que recopiló los siguientes datos: edad, sexo, posición en el hospital, años de práctica y número de RSA por año. Todos los cirujanos también tuvieron que responder las siguientes 2 preguntas con la ayuda de una escala visual analógica de 15 puntos:

- Indique (donde A es la ausencia de dolor y B el dolor máximo imaginable) ¿qué nivel de dolor tienen los pacientes que son candidatos para recibir una prótesis invertida por artropatía del manguito?

- Indique (donde A es la ausencia de dolor y B el dolor máximo imaginable) qué nivel de dolor tienen los pacientes después de recibir una prótesis invertida debido a la artropatía del manguito.

Noventa y cinco pacientes que se sometieron a RSA debido a artropatía del manguito rotador y con un seguimiento mínimo de 2 años se utilizaron como grupo control, y el dolor medio antes y después de la cirugía se determinó de acuerdo con la Escala de Constant, con una escala visual analógica de 15 puntos.

RESULTADOS

Se excluyeron dos cuestionarios por falta de correcto cumplimiento. Entre los 149 cirujanos finalmente incluidos, había 108 hombres y 41 mujeres. Edad media de 42,4 (25-67). Había 23 residentes, 101 adjuntos y 25 jefes de unidad. Promedio de años de práctica 29,1 (1-40). Número promedio de RSA por año 11,4 (1-300).

La mejoría media del dolor en la cohorte de control fue de 6,84. La mejora media del dolor supuesto por los cirujanos ortopédicos fue de 7,47 (SD 2,4). Los jefes de unidades de hombro creyeron significativamente en mayores incrementos de dolor en comparación con los obtenidos en el grupo de control (residente 0,06, personal 0,51, jefes 1,44, $p = 0,03$). Los años de práctica se correlacionan significativamente con la creencia de mayores aumentos de dolor ($\rho = 0,24$, $p = 0,004$). El número de RSA por año se correlaciona significativamente con la creencia de mayores incrementos de dolor ($\rho = 0,29$, $p = 0,0005$).

CONCLUSIÓN

Cuanto más alta sea la posición en el hospital, más años de práctica y mayor número de procedimientos realizados, la creencia de una mejor mejoría del dolor después de recibir un RSA aumenta significativamente. No prevenir eso, podría interferir en la toma de decisiones del paciente.

COMUNICACIONES ORALES

LA SONICACIÓN EN CIRURGÍA DE HOMBRO ¿ES REALMENTE NECESARIA?

Albert Alier Fabregó, Anna Fraile Suari, Nuria Prim Bosch, Lluís Puig Verdie, Fernando Santana Pérez, Carlos Torrens Cànovas
Parc De Salut Mar. Barcelona

INTRODUCCIÓN

La sonicación de los componentes explantados, parece incrementar la sensibilidad en la detección de microorganismos en cirugía de cadera y de rodilla, pero poco se sabe en relación a la cirugía de hombro. El objetivo de este estudio es comparar la sonicación con el cultivo de tejidos en cirugía de hombro.

Material y métodos

Estudio retrospectivo que incluye 99 sonicaciones de componentes explantados: 32 hemiartróplastias, 25 espaciadores de cemento, 16 prótesis reversas, 14 recambios parciales y 12 osteosíntesis. Los casos fueron clasificados de acuerdo con las indicaciones del International Consensus Meeting on Musculoskeletal Infection, como infección definitiva, posible e improbable. En todos los casos se recogieron un mínimo de 4 muestras de tejido para cultivo.

RESULTADOS

Se consideraron 31 infecciones como definitivas, 11 como posibles y 57 improbables. Entre las infecciones definitivas, la sonicación fue negativa para la detección de microorganismos en 6/31 casos (sensibilidad 80,6%), mientras que los cultivos de tejidos fueron negativos en 4/31 casos (sensibilidad 87,09%). Entre las infecciones posibles, la sonicación fue negativa en 8/11 casos y el cultivo de tejidos en 4/11 casos. En aquellos pacientes clasificados como infección improbable, hubo 4/57 casos con sonicación positiva (7% falsos positivos) mientras que el cultivo de los tejidos fue positivo en 2/57 casos (3,5% falsos positivos).

Los microorganismos más habitualmente detectados en las infecciones definitivas fueron *S. epidermidis* en 12 casos y *C. acnes* en 7, mientras que en el caso de los pacientes con baja probabilidad de infección hubo 3 *C. acnes* y 1 *S. epidermidis*.

CONCLUSIONES

En base a este estudio, no parece haber beneficios adicionales en la realización de la sonicación de los componentes en la cirugía del hombro.

Siempre y cuando se recojan un mínimo de 4 muestras de tejido para cultivo, la sensibilidad del cultivo de tejidos es superior a la de la sonicación. La sonicación además, aumenta el número de falsos positivos en aquellos pacientes considerados como probablemente no infectados.

ESTUDIO ANTROPOMÉTRICO DE LA GLENA HUMANA EN UNA POBLACIÓN ESPAÑOLA NORMAL

Antonio Pablo Rosales Varo, Laura Rosales Rosales, Miguel Angel García Espona, Miguel Angel Flores Ruiz
Hospital De Torrecárdenas. Almería

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este estudio es evaluar el tamaño de la glena en una población española normal, compararla con resultados previos en otras poblaciones y relacionarlo con los tamaños de implante que se comercializan para la artroplastia invertida de hombro.

COMUNICACIONES ORALES

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio antropométrico de la glena humana utilizando tomografías axial computerizadas (TAC) de 154 pacientes con edades superiores a 30 años, realizados entre enero de 2015 y diciembre de 2017. Se valoran TAC de hombro con cortes de 2mm de grosor y 0 mm de intervalo entre cortes, en algoritmo óseo y de partes blandas, realizándose reconstrucción 3D sobre la cual se obtienen mediciones de longitud y anchura de la glena. El punto superior de la glena se determinó en la zona superior del ovoide de la glena, en el tubérculo supraglenoideo, justo por debajo del reborde circunferencial que rodea la glena.

El punto inferior se determinó como el punto más alejado del punto superior en el contorno de la glena, a nivel superior del reborde circunferencial que rodea la glena. Los puntos anterior y posterior fueron determinados como los extremos del eje transversal mayor en un plano perpendicular al eje superior inferior, por dentro del reborde circunferencial que rodea la glena. Las diferencias entre sexos, edad, altura, peso y relaciones de tamaños fueron evaluados.

RESULTADOS

La glena tiene un eje longitudinal medio de 28,78 mm y una anchura de 20,27 mm. Los valores del tamaño de la glena son significativamente diferentes en hombres y mujeres, siendo mayor en hombres. El tamaño de la glena está bien correlacionado con la altura, existiendo una asociación positiva entre longitud y anchura de la superficie glenoidea y entre tamaño de la glena y altura. Las metaglenas disponibles hoy en el mercado presentan tamaños no inferiores a 25 mm de diámetro

CONCLUSIÓN

La población del sur de España presenta un tamaño de la superficie glenoidea inferior a la población americana y semejante a la cohorte asiática. Los datos antropométricos expresados pueden ser útiles para la elección de la metaglena más apropiada en la población del sur de España.

PLANIFICACIÓN DE LA CORRECTA COLOCACIÓN DE LA METAGLENA EN LAS PRÓTESIS INVERSAS MEDIANTE UNA GUÍA PROPIA DE FÁCIL ELABORACIÓN IMPRESA EN 3D

Jordi Huguet Boqueras, Ferrán Fillat, Mariano Yuguero
Hospital Universitari Parc Taulí De Sabadell

INTRODUCCIÓN

El uso de una guía para centrar la posición y colocación de la metaglena ha demostrado ser útil en la orientación correcta de la misma. Hemos pasado de una planificación en 2D a utilizar la tecnología 3D cada vez más al alcance del usuario final poco experto. El problema residía en que el software que permite planificar va ligado a la casa comercial que vende tal o cual prótesis de hombro y sobre todo en conseguir que la guía esté disponible en un tiempo breve para la intervención. Casi la totalidad de las actuales metaglenas precisan para su colocación colocar una primera aguja en la glena que nos sirva para mecanizar la colocación ulterior de dicho implante.

MÉTODOS

Se realizaron guías para la colocación de la glena en pacientes tributarios de una artroplastia total inversa. Cada paciente fue estudiado mediante una tomografía axial. Las imágenes fueron desprovistas de los datos demográficos del paciente y sustituidos por un número de identificación. Las imágenes se envían telemáticamente a una empresa de implantes a medida donde un ingeniero biomédico las manipula mediante un software específico que nos permite a los pocos minutos también de forma telemática observar la situación de la metaglena y la corrección de la misma por parte del cirujano. Una vez aprobada la situación se diseña la guía mediante un negativo de la glena, que incluye la futura guía y se aprueba para su impresión que se realiza en pocas horas.

COMUNICACIONES ORALES

Se analizan 5 casos, 3 de ellos planificados mediante el sistema de la propia prótesis (Biomet) comprobando la coincidencia de nuestra guía con las guías comerciales. Se valora la situación radiológica de las metaglena en todos ellos en comparación a lo planificado.

RESULTADOS

En todos los casos los implantes se observan colocados en la situación previamente planificada.

Conclusiones

La tecnología de impresión 3D se está convirtiendo en accesible para la evaluación de las lesiones cotidianas y abre la puerta a muchos beneficios para los cirujanos para su orientación en situaciones difíciles como la cavidad glenoidea. Creemos plenamente en esta tecnología como una herramienta sobresaliente, versátil y fácil de usar en la práctica clínica lo que da pie al desarrollo de un futuro estudio más específico y desarrollar el uso de este tipo de guías en la parte humeral protésica.

PROTOCOLO DE REHABILITACIÓN ACELERADA TRAS ARTROPLASTIA TOTAL INVERTIDA DE HOMBRO. UN NUEVO CONCEPTO

Luis Gerardo Natera Cisneros, Josep Antón Guillén, Giuseppe Sforza*, Andreas Leonidou*, Ofer Levy*
Hospital General De Granollers, Hospital Asepeyo Sant Cugat

*The Reading Shoulder Unit. Uk

INTRODUCCIÓN

Existen pocos artículos que describan un protocolo de rehabilitación estructurado y validado tras prótesis invertida de hombro (PIH). La rehabilitación conservadora, lenta, y con inmovilización prolongada, se ha considerado siempre como un standard. El objetivo de este estudio fue establecer un protocolo de rehabilitación acelerada después de una PIH, y evaluar su efectividad contra los protocolos de rehabilitación más conservadores.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre 2005 y 2016, 305 hombros (273 pacientes, 32 bilaterales) se sometieron a una PIH primaria. Los pacientes se dividieron en 3 grupos según el protocolo de rehabilitación realizado (6 semanas, 3 semanas y 2 días de inmovilización postoperatoria, respectivamente, para los grupos 1, 2 y 3). Se utilizó un abordaje antero-superior, y se utilizó una técnica de sutura intraósea en doble hilera para reinsertar el deltoides al acromion. Se utilizaron el "Constant score" (CS) y el "subjective shoulder value" (SSV), y los pacientes se evaluaron prospectivamente tanto clínica como radiográficamente antes de la cirugía, a las 3 semanas, 3 meses, 6 meses, 1 año y anualmente después de la operación.

Resultados

La edad media en la cirugía fue de 74.8 años (rango 52 - 93). En el seguimiento de 1 año, El CS mejoró de 15.5 (22 ajustado) a 63.2 (89.6 ajustado) en el grupo 1 (n = 134), de 22.1 (30.4 ajustado) a 63.3 (91.1 ajustado) en el grupo 2 (n = 141) y de 23,4 (ajustado 32,9) a 65 (ajustado 104) en el grupo 3 (n = 33). El dolor mejoró de 14.4 / 15 antes de la operación a 2.9 / 15 después de la operación en el grupo 1, de 12.6 / 15 a 3.5 / 15 en el grupo 2 y de 12.44 / 15 a 2.9 / 15 en el grupo 3. El rango medio de movimiento mejoró a 131 ° de antepulsión y 129 ° abducción en el grupo 1, 150 ° de antepulsión y 141 ° abducción en el grupo 2 y 170 ° de antepulsión y 156 ° de abducción en el grupo 3. No se observaron diferencias de significación estadística en el CS, SSV y rango de movimiento en el grupo 3 en comparación con el grupo 1 y 2.

COMUNICACIONES ORALES

CONCLUSIÓN

A pesar de no haber encontrado diferencias estadísticamente significativas, la rehabilitación acelerada centrada en la recuperación temprana del recorrido articular pasivo y activo, permite una recuperación más rápida, un resultado clínico fiable, y reduce las molestias de una inmovilización prolongada.

MODELADO E IMPRESIÓN 3D PARA EL ANÁLISIS DEL POSICIONADO DE LA PRÓTESIS INVERSA DE HOMBRO SOBRE LA MORFOLOGÍA ESCAPULO-HUMERAL EN ARTROPATÍA POR ROTURA DEL MANGUITO ROTADOR

Jorge Salvador Marín, José Miguel Seguí Ripoll, Rafael Pla Ferrando, Vicente Jesús Seguí Llinares, Miguel Jorge Reig Pérez, José Fernando Martínez López, Laura Piles Cabo
Hospital Universitario San Juan De Alicante

INTRODUCCIÓN

Una de las principales indicaciones de la artroplastia inversa de hombro (RSA) es la artropatía del manguito rotador. Los resultados funcionales de la RSA son satisfactorios, aunque se describen complicaciones relacionadas con esta técnica quirúrgica. El objetivo de este estudio es analizar las condiciones geométricas de posicionado y orientación de la RSA en la escápula y el húmero, valorando la influencia de las variables geométricas de la prótesis y de los puntos de referencia de la articulación, utilizando tecnología 3D.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mediante la TC de un paciente intervenido de RSA se ha generado un modelo sólido 3D-virtual para reproducir la geometría ósea, sobre el que se ha estudiado el conjunto placa base-escápula mediante análisis de diseño CAD 3D. Con dicho estudio se han parametrizado los ángulos de orientación de la placa base y se ha valorado la fuerza, momento y tensiones ejercidas en la interfaz componente protésico glenoideo-escápula para el peso del brazo en abducción.

El modelo teórico creado ha valorado la diferencia con respecto a la línea de Friedman de la TC propuesta en otros estudios para señalar su falta de adecuación. Para ello se propone un nuevo método de referencia basado en la geometría del límite de la cavidad glenoidea y el tubérculo infraglenoideo efectivo, teniendo en consideración el volumen de tejido medular de la zona glenoides/cuello escapular para los anclajes de la placa base escapular (Eje Alc).

Se describe un nuevo método para asegurar la trayectoria del tornillo central con la máxima equidistancia de todo su perímetro a la capa cortical, así como la orientación de los tornillos superior e inferior. A continuación, se procede a la reconstrucción en modelo 3D de la morfología esquelética del paciente a intervenir con referencias geométricas independientes de la información TC y se diseña un dispositivo de centrado-guía del componente protésico escapular para precisar la orientación y situación de este anclaje para su fabricación el impresión 3D.

RESULTADOS

Con el eje Alc se determinó la diferencia de versión respecto a la línea de Friedman TC, cuya diferencia es de $-1,17^\circ$ ($-24,1\%$). La retroversión óptima de la placa base respecto a la línea de Friedman efectiva es de $0,77^\circ$; el ángulo de inclinación de abordaje es de $7,00^\circ$; y el ángulo de giro de la placa base respecto al eje vertical glenoideo es de $5,00^\circ$.

Con respecto a la cabeza humeral, se ha determinado el ángulo de versión de corte idóneo de $15,00^\circ$ respecto al eje troclear, y la adecuación de un desvío angular de $5,00^\circ$ del eje de inserción del vástago humeral respecto al eje de la diáfisis.

El resultado final post-intervención es un desplazamiento óseo con la inserción deltoidea en sentido distal de 30,9 mm de puntos homónimos del húmero en posición de reposo.

COMUNICACIONES ORALES

CONCLUSIÓN

Han existido diferencias entre los sistemas actuales que utilizan la línea de Friedman y el eje Alc diseñado por los autores al valorar la geometría anatómica.

La modelización 3D ha resultado beneficiosa para personalizar la RSA a la anatomía de cada paciente, reduciendo el daño sobre el tejido cortical escapular y asegurando una adecuada movilidad en abducción del húmero en nuestro modelo.

¿MEJORA LA INSTRUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA PACIENTE (PSI) LA IMPLANTACIÓN DE LA PRÓTESIS TOTAL INVERTIDA DE HOMBRO (RSA) EN EL CIRUJANO QUE REALIZA POCAS CIRUGÍAS?

Fernando Santana, Carlos Torrens, Alberto Solano, Joan Miquel*, Jesús Ares
Parc De Salut Mar. Barcelona

*Consorci Sanitari De L'Añoia. Igualada. Barcelona

OBJETIVO

Analizar la posición postoperatoria de la metaglena y los tornillos en la prótesis total Invertida de hombro. Comparar las mediciones postoperatorias con lo planificado preoperatoriamente con el software

METODO

15 RSA se implantaron de forma consecutiva por el mismo cirujano desde 2014- 2016. El cirujano implanta menos de 10 prótesis de hombro al año. Los pacientes eran mujeres con una edad media de 77.33 (51-87). El diagnóstico en todos los pacientes fue de artrosis secundaria a rotura del manguito rotador excepto en un caso que padecía secuela de fractura. Se fabricó un instrumental específico para la implantación en cada paciente. Las tomografías axiales computerizadas (TACs) preoperatoria y postoperatoria fueron analizadas usando el mismo software en 3D.

En el postoperatorio, se analizó la posición de los tornillos, la versión e inclinación de la metaglena y fueron comparados con la planificación preoperatoria. Se tomó como referencia de correcta colocación la clasificación utilizada por Iannotti et al. para validar el PSI. Esta determinaba que una implantación satisfactoria era aquella que tenía una diferencia inferior a 10°.

RESULTADOS

11 casos se pudieron analizar porque los cuatro restantes no pasaron el protocolo para su correcta medición debido a dificultades por el artefacto metálico del implante o falta de una escápula completa en alguna de las TACs. Las desviación de lo planeado en lo que a versión se refiere fue de 3.33° (-10.4 to 6.7) y la inclinación de 3.92° (-8.8 to 6). La desviación de la posición postoperatoria de la metaglena fue 1.14 mm (0.2-3.4) en el plano anteroposterior, 3.41mm (0.5-11.9) en el plano superoinferior y 0.9mm en el mediolateral (0.1 - 2.5). En lo que se refiere a la orientación de los tornillos El superior e inferior se desviaron 3.40° (-4.5 to 12) and 4.79° (-6.5 to 15) en el plano anteroposterior. Los tornillos superior e inferior se desviaron en el plano superoinferior 2.66° (-3.5 to 10) and 4.54° (1-10).

CONCLUSIONES

El 91% de las metaglenas y tornillos se implantaron de forma satisfactoria según la planificación preoperatoria y utilizando PSI. La instrumentación específica para el paciente puede ser una herramienta que ayude a obtener una correcta implantación del componente glenoideo de la RSA en cirujanos con poco volumen.

COMUNICACIONES ORALES

MESA DE COMUNICACIONES 3

FRACTURAS

14:30 - 16:00h

Moderadores: R. Goberna / F. Gámez

FACTORES DE RIESGO PARA LA CONSOLIDACIÓN Y FALLOS DE MATERIAL EN FRACTURAS DE TERCIO MEDIO DE CLAVÍCULA TRATADAS QUIRÚRGICAMENTE. A ALTAS TASAS DE AUSENCIA DE CONSOLIDACIÓN EN FUMADORES

Laura Velasco González, Claudia Mariana Lamas Gómez, Marta Almenara Fernández, Juan Sarasquete Reiriz, Luís Trigo Lahoz

Hospital De La Santa Creu I Sant Pau. Barcelona

INTRODUCCIÓN

Existe un incremento de la indicación quirúrgica en el tratamiento de las fracturas del tercio medio de la clavícula. Es por esta razón que ha crecido el interés en conocer los factores de mal pronóstico tras la osteosíntesis para la aparición de pseudoartrosis y otras complicaciones.

El objetivo de nuestro estudio fue identificar los factores de riesgo epidemiológicos, por patrón fracturario y quirúrgicos de la aparición de falta de consolidación de fracturas de tercio medio de clavícula tratadas quirúrgicamente y correlacionarlos con el desarrollo de esta complicación en esta localización.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio retrospectivo en el que revisamos una cohorte de fracturas de tercio medio de clavícula tratadas quirúrgicamente mediante reducción abierta y fijación interna (RAFI) durante un periodo de 11 años (2007- 2017). El seguimiento de todos los casos fue como mínimo de 12 meses.

Definimos pseudoartrosis a la ausencia de consolidación radiológica después de 6 meses postoperatorios con ó sin fallo de material y la clasificamos según la clasificación de Weber. Se evaluaron los siguientes factores de riesgo: patrón de fractura, desplazamiento inicial, el sexo, adecuación de la técnica quirúrgica, patologías de base del paciente y presencia o no de tabaquismo activo.

Los datos fueron analizados mediante el sistema SPSS versión 21. Se utilizó la regresión multivariante para evaluar los factores de riesgo independientes de la pseudoartrosis. La prueba de Chi Cuadrado o el test de Fisher para comparar medidas categóricas. Se consideró significación estadística a p menor de 0'05.

RESULTADOS

Se identificaron 111 fracturas de tercio medio de clavícula que fueron incluidas en el estudio de las cuales 94 eran hombre y 17 mujeres. La edad media de los pacientes fue de 41 años, el 50,5% eran fumadores, el 90% de las osteosíntesis eran correctas según los criterios AO, solo un 3,6% de los pacientes presentaban patologías de base relevantes. Se identificaron 14 pseudoartrosis de la clavícula.

Tan solo el tabaquismo resultó ser un factor de riesgo identificado para el desarrollo de pseudoartrosis del tercio medio de la clavícula en nuestra serie con resultados estadísticamente significativos

CONCLUSIÓN

De los factores de riesgo estudiados de la ausencia de consolidación en fracturas de tercio medio de clavícula tratadas quirúrgicamente, el tabaquismo activo fue el único que se correlacionó de manera estadísticamente significativa con el desarrollo de pseudoartrosis

COMUNICACIONES ORALES

¿DEBERÍAN SUTURARSE LAS TUBEROSIDADES EN LAS FRACTURAS DEL HÚMERO PROXIMAL TRATADAS CON PRÓTESIS INVERTIDAS EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS?

Jorge Amestoy, Fernando Santana, Joan Mique*L, Carlos Torrens
Parc De Salut Mar. Barcelona

*Consorci Sanitari De L'Anoia. Igualada. Barcelona

INTRODUCCIÓN

La consolidación de las tuberosidades parece empeorar con la edad en fracturas del húmero proximal tratadas con prótesis anatómicas. La prótesis invertida ha demostrado mejor tasa de consolidación de las tuberosidades cuando la comparamos con la prótesis anatómica, pero se dispone de poca información sobre la influencia de la edad en la tasa de consolidación de las tuberosidades. El objetivo de este estudio es determinar la tasa de consolidación de las tuberosidades en pacientes mayores de 80 años comparados con menores de 80 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron 75 fracturas de húmero proximal consecutivas tratadas con prótesis invertida. 62 mujeres y 13 hombres. La edad media era 76.3 años. Había 50 pacientes por debajo de 80 años y 25 igual o superior a 80 años. El seguimiento mínimo fue 2 años, evaluando la función mediante el test de Constant. La tasa de consolidación de la tuberosidad mayor se evaluó mediante una proyección AP verdadera radiológica. La influencia de la edad, sexo, lateralidad, tamaño de la glenosfera, ASA, scapular notch y "overhanging" de la glenosfera se analizó en función de la consolidación de las tuberosidades.

RESULTADOS

La consolidación de las tuberosidades no mostró diferencias significativas entre pacientes mayores y menores de 80 años ($p=0,07$). Se hallaron diferencias significativas en el test de Constant entre pacientes menores de 80 años 62.7 y mayores de 80 años 57.6, pero estas no tenían relevancia clínica ($p=0,01$). Los resultados en la función de pacientes mayores de 80 años fue ligeramente mejor cuando las tuberosidades consolidaban, pero sin alcanzar significación estadística (RE 5,3 vs 4,3 y rotación interna 5,6 vs 4). El sexo, la lateralidad, la talla de la glenosfera, el scapular notch y el "overhanging" de la glenosfera no mostraron ninguna influencia en la consolidación de las tuberosidades al comparar pacientes mayores y menores de 80 años.

CONCLUSIÓN

La consolidación de las tuberosidades en la fractura de húmero proximal tratada con prótesis invertida no empeora en pacientes mayores de 80 años. Las rotaciones internas y externa en pacientes mayores de 80 años con las tuberosidades consolidadas es ligeramente mejor comparado con las que no consolidan. Dado que no hay diferencias en las complicaciones y los resultados son ligeramente mejores, se recomienda la sutura de las tuberosidades en pacientes mayores de 80 años con fractura del húmero proximal tratados con prótesis invertida.

COMUNICACIONES ORALES

LA INFLUENCIA DEL ESTATUS SOCIOECONÓMICO EN PACIENTES CON FRACTURAS DE HÚMERO PROXIMAL. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Joan Miquel *, Fernando Santana **, Elisa Cassart***, Carlos Torrens **

* Consorci Sanitari De L'Anoia. Igualada. Barcelona

** Parc De Salut Mar. Barcelona

*** Hospital Universitari Germans Trias I Pujol. Badalona. Barcelona

INTRODUCCIÓN

La edad, el sexo y el tipo de fractura han sido descritos, tradicionalmente, como los factores pronósticos en pacientes con fracturas de húmero proximal (FHP).

Los factores no-médicos del paciente pueden jugar un papel relevante en los resultados finales.

El objetivo de este estudio es analizar la asociación entre comorbilidades y datos socioeconómicos con los resultados clínicos en pacientes con FHP.

MATERIAL Y MÉTODOS

183 pacientes que sufrieron una FHP fueron clasificados acorde con la clasificación de Neer por radiografía. Las comorbilidades se estudiaron a través del Índice de Comorbilidad de Charlson (ICC), mientras que los factores nomédicos relacionados con el paciente se estudiaron a través de un cuestionario de 52 ítems que abordaba comportamientos personales como actividades sociales, soporte familiar, solvencia económica o actividades de ocio. Los pacientes fueron evaluados con un seguimiento clínico mínimo de 1 año a través de la escala de Constant (CS). Se realizó un análisis multivariante ajustando las comorbilidades y factores no-médicos por los valores de edad, género, tipo de fractura y tratamiento recibido. La diferencia clínica mínima relevante fue establecida en 10 puntos en la escala de Constant (CS), mientras que la significación estadística se fijó en valores $p < 0.05$

RESULTADOS

126 pacientes completaron el seguimiento mínimo de un año. La edad media fue de 71.6 años (SD +/-13.3), con un 78.8% de mujeres en la muestra. El 23.1% se clasificaron como fracturas en 1 parte, el 38.7% como 2 partes, el 21.7% como 3 partes y el 16.5% como fracturas en 4 partes. 39 pacientes fueron tratados quirúrgicamente (18.3%). La edad y las comorbilidades se correlacionaron con el CS al año de seguimiento (coeficiente de correlación: -0.34 [-0.49,-0.17] y 0.37 [0.21,0.52] respectivamente), así como 27 de los 52 factores no-médicos estudiados y el tipo de fractura (ANOVA $p < 0.001$). En el análisis multivariante, el efecto de tres factores no-médicos como; pacientes considerados a sí mismos como socialmente activos, sin problemas económicos y autosuficientes para actividades diarias fue mayor en el CS (coeficiente Beta: 11.69 [6.09-17.30], 15.54 [8.32-22.75] y 10.61 [3.34-17.88] respectivamente), que el efecto que ejerció el tipo de fractura (coeficiente beta 7.66 [0.98-16.30]).

CONCLUSIÓN

Los resultados funcionales de los pacientes con FHP pueden ser determinados por el estatus socioeconómico, con una mayor precisión con la que los hace el tipo de fractura.

COMUNICACIONES ORALES

LA FIJACIÓN EXTERNA EN LAS FRACTURAS DIAFISARIAS DE HÚMERO: RESULTADOS RADIOLÓGICOS Y FUNCIONALES

Michele Bisaccia, Cristina Ibáñez Vicente, Luigi Meccariello, David Gómez Garrido, Paloma Manzarbeitia Arroba, Felix Sánchez Sánchez
Hospital De Perugia. Italia

INTRODUCCIÓN

Existen varias técnicas para el tratamiento de las fracturas de la diafisis humeral en los adultos: clavos anterógrados y retrógrados, placas, tratamiento conservador con escayolas funcionales, fijación externa. En este trabajo se presentan los resultados radiológicos y funcionales de fracturas de diafisis humeral tratadas con fijación externa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre el 2010 y el 2016, hemos tratado 41 pacientes (edad 20-84 aa) con fracturas diafisarias de húmero con fijador externo Hofmann II. Hemos evaluado los resultados funcionales en términos de ROM, Constant, DASH y Vas y los resultados radiográficos han sido evaluados en las proyecciones anteroposterior y lateral.

RESULTADOS

El follow-up medio ha sido de 18 meses y el tiempo medio de fijación externa ha sido de 76 días. Hemos conseguido la curación de las fracturas en todos los casos y sólo en un caso tuvimos un retraso de consolidación que se resolvió sin necesidad de nuevas medidas. Tres pacientes han tenido infección superficial de las fichas que se han solucionado con antibióticos orales.

CONCLUSIÓN

La fijación externa con el fijador Hoffmann II es un tratamiento válido en fracturas diafisarias de húmero, con mínima invasividad, una alta tasa de curación, con bajo riesgo de infección del sitio quirúrgico y la rápida recuperación de la motilidad.

LA PSEUDOARTROSIS DE CLAVÍCULA TRAS OSTEOSÍNTESIS: ¿PROBLEMA INFECCIOSO O BIOMECÁNICO?

Paloma Manzarbeitia Arroba, Michele Bisaccia, Luigi Meccariello, David Gómez Garrido, Cristina Ibáñez Vicente, Adrián Llaquet Leiva, Carmen Avilés Morante, Felix Sánchez Sánchez
Hospital De Perugia. Italia

INTRODUCCIÓN

La tasa de pseudoartrosis en fracturas de clavícula es del 0.1% al 15%. La predisposición a dicha complicación viene dada por factores generales dependientes del paciente y factores específicos de la fractura. El objetivo de nuestro estudio es revisar la etiología de la pseudoartrosis atrófica de clavícula e investigar los resultados del tratamiento de revisión en un solo acto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio retrospectivo incluyendo 71 pacientes con pseudoartrosis de clavícula, tras los siguientes tratamientos: 13 fueron tratados de forma conservadora, 12 fijación con placa, 24 reducción cerrada y agujas Kirschner, 22 reducción abierta y agujas Kirschner. Todos fueron operados en silla de playa mediante un abordaje clásico de clavícula sobre vía quirúrgica previa.

COMUNICACIONES ORALES

Se evaluaron los resultados clínico-radiológicos utilizando las siguientes escalas: la “Short Form Health Survey” (SF-12), la “Constant Shoulder Score” (CSS), la escala de Discapacidad de Hombro, Codo y Mano (DASH) y la “Radiograph Union Score” para consolidación ósea (RUS). El punto final de evaluación se estableció en 12 meses.

RESULTADOS

Las analíticas de sangre y los cultivos demostraron 22 pseudoartrosis sépticas y 49 atróficas u oligoatróficas. Los marcadores inflamatorios prequirúrgicos fueron positivos en solo 10 casos. Los microorganismos aislados eran resistentes a antibioterapia habitual. El tratamiento realizado en 70 casos (98.6%) fue el curetaje del foco, aporte de injerto autólogo esponjoso de cresta iliaca y síntesis con placa en el borde superior asociando injerto alogénico cortical de peroné a modo de férula en el borde inferior de la clavícula. En un caso se decidió implantar la placa en el borde anterior y la férula de cortical de peroné en el borde posterior.

La consolidación ósea se observó a los 107.8 días (rango 82-160) en las pseudoartrosis asépticas y a los 118.4 días (rango 82-203) en las sépticas. Se dió un caso de no consolidación severo que llevó a la escisión subtotal de la clavícula.

Conclusión

La correcta clasificación y estudio de los fallos de consolidación es esencial para obtener resultados positivos. Las pseudoartrosis asépticas se solucionan con el acto quirúrgico, sin embargo, el tratamiento de las pseudoartrosis sépticas es complejo y con malos resultados. Se debe restaurar la longitud correcta de la clavícula para evitar los déficits funcionales en la extremidad superior. El injerto autólogo esponjoso y el alogénico estructural de peroné aportan un valor biológico y mecánico que facilita una rápida consolidación ósea. El retorno a la calidad de vida previa a la lesión debe ser nuestro principal objetivo.

PRÓTESIS INVERTIDA DE HOMBRO EN FRACTURAS COMPLEJAS DE HÚMERO PROXIMAL. ¿DECAE LA FUNCIÓN CON EL PASO DEL TIEMPO?

Alberto Izquierdo Fernández, José Carlos Díaz Miñarro
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN

La artroplastia invertida de hombro ha demostrado ser un implante eficaz para el tratamiento de diversas patologías. Por ese motivo se está produciendo un auge progresivo en sus indicaciones. Sin embargo, en la literatura actual es difícil encontrar datos a medio y largo plazo sobre resultados clínicos y radiológicos en pacientes mayores de 65 años con fracturas de húmero proximal complejas tratados de forma aguda con prótesis invertida.

El objetivo de esta comunicación es evaluar si la actividad funcional a medio plazo en estos casos decae con el paso del tiempo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio prospectivo de cohortes transversal en el cual se seleccionaron aquellos pacientes que durante el año 2012 fueron atendidos en nuestro centro por una fractura de húmero proximal compleja y tratados mediante una artroplastia invertida de hombro. La cohorte fue analizada, para este estudio, en dos ocasiones: 1) a los 12 meses del postoperatorio y 2) a los 5 años.

La actividad funcional fue evaluada mediante el test de Constant y el test de valoración del Hospital for Special Surgery (HSS score) al año y a los 5 años tras la cirugía.

Se realizaron controles radiográficos donde se evaluó la presencia y grado de “notching” escapular y el estado de las tuberosidades.

COMUNICACIONES ORALES

RESULTADOS

Un total de 35 pacientes fueron intervenidos en el 2012 mediante artroplastia invertida de hombro por una fractura compleja de húmero proximal. De ellos, 32 pacientes cumplieron los criterios de inclusión (3 hombres y 29 mujeres).

Durante el periodo de seguimiento 8 pacientes se excluyeron, 4 por defunción y otros 4 por pérdida durante el seguimiento, por lo que 24 pacientes permanecieron en la cohorte del estudio.

Tras analizar la cohorte el primer año, el Constant medio fue de 64,83 ($\pm 12,01$) y el HSS medio fue de 60,75 ($\pm 11,17$). Cuando la cohorte fue revisada a los 5 años, el Constant medio fue de 69,54 ($\pm 14,82$) y el HSS medio fue de 64,46 ($\pm 12,78$). Aunque apreciamos una mejor puntuación en los test realizados a los 5 años, las diferencias obtenidas entre ambas mediciones no fueron estadísticamente significativas.

En la evaluación radiográfica a los 5 años, 8 de los 24 pacientes presentaban "notch" en la glena (6 grado I y 2 grado II). Los pacientes sin "notch" pasaron de tener un Constant medio de 64 ($\pm 12,39$) y un HSS medio de 60,31 ($\pm 12,18$) al año, a tener un Constant de 72,06 ($\pm 12,89$) y un HSS de 64,69 ($\pm 11,77$), mejorando su función significativamente a los 5 años ($p < 0,05$). Por otro lado, los pacientes que presentaban "notch", pasaron de un Constant medio de 66,5 ($\pm 11,85$) y un HSS medio de 61,63 ($\pm 9,53$) al año a tener un Constant de 64,5 ($\pm 17,96$) y un HSS de 64 ($\pm 15,49$), a los 5 años, sin que haya mejoría o empeoramiento estadísticamente significativo.

Igualmente se analizaron los resultados en función del estado de las tuberosidades (bien consolidadas, resorción o migración). No hubo diferencias significativas ($p > 0,05$) con respecto a los resultados funcionales y el estado de las tuberosidades.

Durante el periodo de seguimiento se produjeron dos complicaciones mayores: una fractura periprotésica y una luxación protésica.

CONCLUSIÓN

La artroplastia invertida puede ser una herramienta útil en el tratamiento de las fracturas de húmero proximal en pacientes ancianos. Los resultados funcionales se mantienen en el medio plazo. La presencia de "notching" escapular puede influir negativamente en los mismos.

TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DE HÚMERO PROXIMAL CON PLACAS. REVISIÓN A 2 AÑOS

Ricardo Vega, Moisés Ríos, Raquel García, Ana Domingo, Guillem Claret
Hospital Clínic De Barcelona

INTRODUCCIÓN

Las fracturas de humero proximal son el 4-5% del global de las fracturas; con el aumento de la esperanza de vida y la osteoporosis se puede esperar un incremento del número de casos.

En los pacientes con fractura desplazada en los que se busca una recuperación funcional y regreso a actividades habituales se puede realizar tratamiento quirúrgico con placa y, de ser necesario, añadir aloinjerto. A pesar del tratamiento quirúrgico actual, el tiempo de recuperación puede alargarse y pueden ser necesarias cirugías de revisión por complicaciones de la cirugía previa. Debido al tiempo de incapacidad asociado a este tipo de fracturas y la tasa de complicaciones del tratamiento quirúrgico con placa, es necesario encontrar formas de mejorar la morbilidad y mejorar los tiempos para el regreso a la plena actividad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se valoraron retrospectivamente 45 pacientes con fractura de húmero proximal tratados con reducción abierta y fijación con placa. Se excluyeron aquellos pacientes con múltiples fracturas agudas concomitantes, pacientes pluripatológicos que requirieron ingresos a unidades de cuidado intermedio o intensivo, pacientes con un tiempo de ingreso mayor de 6 días por problemática social y complicaciones post-operatorias no relacionadas con el implante.

COMUNICACIONES ORALES

Se utilizó la clasificación de NEER para valorar las fracturas de húmero proximal. Se valoró el tiempo medio entre fractura y cirugía, la necesidad de utilización de injerto óseo y el tiempo antes de iniciar rehabilitación. Con radiografías a 2 años tras la cirugía se clasificaron los hallazgos radiológicos. Además, revisamos la tasa de complicaciones y de revisiones y la funcionalidad a los 3 meses, 6 meses, 12 meses y 24 meses utilizando el score de Constant.

RESULTADOS

La edad media de los pacientes estudiados fue de 64.175 +/- 12.19 años. El tiempo promedio entre la fractura y el tratamiento quirúrgico fue 7,05 días +/- 5,7. El tiempo promedio entre la cirugía y el inicio de la rehabilitación fue 32,58 +/- 16.42. El score de Constant promedio a los 3 meses fue de 39,875 +/- 9,72, a los 6 meses 64,375 +/- 16.39, a los 12 meses 76.575 +/- 14.19 y a los 24 meses 81.55 +/- 12.84.

En cuanto al uso de injerto los pacientes que lo requirieron tuvieron resultados peores en la escala de Constant con diferencias a 3 meses (7,59 +/- 2,97, P=0,01) a 6 meses (9,453 +/- 5,115, P=0,07) 12 meses (7,427 +/- 4,538, P= 0,11) 24 meses (4,827 +/- 4,176, P=0,25).

Del total de las radiografías se clasificaron por correctas (23), re absorción de troquíter (4), consolidación en varo (3), colapso de cabeza humeral (5), colapso de cabeza humeral y protrusión de tornillos (5). Se evidenció una relación directa entre el score de Constant y la valoración radiográfica a 2 años de la cirugía. Reabsorción de troquíter 40.5, 58.25, 76.5, 81.5, consolidación en varo, 36.33, 62, 79.33, 84.66, colapso de cabeza humeral 31.2, 49.6, 56.6 65.2, colapso y protrusión de tornillos 36.2, 56.4, 65, 66.6 y radiografías con consolidación correcta sin alteraciones 42.913, 70. 696, 83.087, 87.957. Se re intervinieron un 12.19% de los casos. El porcentaje total de complicaciones fue de 22% comparable con otras series que reportan una tasa de complicaciones de 25-35%.

CONCLUSIÓN

Los factores que más influían en el resultado final de la funcionalidad fueron, la clasificación de la fractura inicial, el score de Constant a 3 meses, los cambios radiológicos al año. La necesidad de injerto en la cirugía se relaciona con peor constant a los 3 meses, pero la diferencia es insignificante a los 12 meses.

OSTEOSUTURAS EN FRACTURAS DE HÚMERO PROXIMAL ¿MENOS ES MÁS?

Alba Romero, Joan Miquel, Fernando Santana*, Xavier Pelfort

Hospital D'igualada. Consorci Sanitari De L'anoia

*Parc De Salut Mar. Barcelona

INTRODUCCIÓN

El tratamiento quirúrgico para las fracturas del húmero proximal (FHP) desplazadas suele verse afectado por la presencia de complicaciones relacionadas con el implante.

Se evaluaron los resultados funcionales y radiográficos de la fijación con suturas transóseas sin implantes adicionales en una serie de fracturas desplazadas del húmero proximal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Sesenta y cuatro pacientes fueron clasificados retrospectivamente por edad, sexo y en función de la clasificación de Neer. Las fracturas desplazadas en 2 partes de Tuberosidad Mayor (2pTM), 3 partes (varo y valgo) y las fracturas impactadas en valgo de 4 partes se manejaron con reducción de los fragmentos y fijación mediante suturas transóseas. Se incluyeron pacientes con un mínimo de 12 meses de seguimiento y evaluados funcionalmente mediante el uso de la Escala de Constant-Murley (ECM). Se usaron radiografías de seguimiento para evaluar la consolidación de las fracturas y la presencia de osteonecrosis en la cabeza humeral. También se registraron complicaciones médicas y reintervenciones.

RESULTADOS

COMUNICACIONES ORALES

Se analizaron 47 pacientes con un seguimiento medio de 52,91 meses (12-132) y una edad media de 58,56 años. Diez pacientes presentaron fractura en 2pTM (21,28%) con una edad media de 51,5 años, mientras que los 37 pacientes restantes (78,72%) presentaron una fractura de 3 o 4 partes con una edad media de 60,52 años.

Los pacientes con una fractura 2pTM obtuvieron 75,96 puntos (59-89) en la ECM; mientras que los pacientes con una fractura de 3 o 4 partes obtuvieron 64,18 (13- 92) puntos en la ECM. La tasa global de complicaciones fue del 8,51% y 4 pacientes requirieron reintervención por diferentes motivos (8,51%). Los pacientes que presentaban una fractura en varo de 3 partes obtuvieron significativamente puntuaciones más bajas en los resultados funcionales ($p < 0,007$). Nueve pacientes presentaron osteonecrosis de la cabeza humeral (19,15%), afectando significativamente los resultados funcionales ($p < 0,05$). Sin embargo, sólo tres de los nueve pacientes con osteonecrosis requirieron una cirugía posterior en el seguimiento indicado.

CONCLUSIONES

La reducción de la fractura y la sutura transósea representa una técnica segura con menores complicaciones y tasas de reintervención que las reportadas con el uso de placas de bloqueo angular. La presencia de necrosis de la cabeza humeral no conllevó una intervención quirúrgica posterior en la mayoría de casos, por no protuir ningún tipo de material.

ARTROPLASTIA INVERSA DE HOMBRO PRIMARIA Y COMO PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN TRAS FRACTURA DE HÚMERO PRÓXIMAL. COMPARACIÓN DE RESULTADOS A MEDIO PLAZO

Naiara Fernández De Arroyab , Beatriz Prieto Rozados, Ramón Álvarez Manzaneda, Francisco Collado Torres
Hospital Regional Universitario De Málaga

INTRODUCCIÓN

El manejo de las fracturas de húmero proximal es un tema de actualidad. El tratamiento de estas fracturas mediante osteosíntesis arroja resultados no del todo satisfactorios, comparando con el tratamiento conservador. La artroplastia inversa de hombro (AIH) se viene utilizando años atrás cómo tratamiento de rescate tras fracaso de otros tratamientos iniciales, y no sólo eso, cada vez son más los centros que optan por implantar una AIH de inicio a pacientes de edad avanzada, obteniendo resultados funcionales alentadores.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos un estudio casos-control retrospectivo de pacientes con fracaso del tratamiento inicial tras fractura de húmero proximal revisados con AIH y pacientes sometidos a AIH de forma primaria tras dicha fractura. Suman un total de 15 pacientes. En el grupo de AIH de rescate se incluyen 9 pacientes y en el de AIH primaria tras fractura 6 pacientes, ambos grupos con un seguimiento equivalente. Se han analizado y comparado los datos demográficos de los dos grupos. La AIH se ha llevado a cabo en todos los pacientes por el mismo cirujano principal y, se ha utilizado el sistema de implantes Delta Xtend (DePuy-Synthes). La valoración funcional se ha realizado mediante el cuestionario de calidad de vida relacionado con problemas de miembro superior en su versión abreviada (QDASH).

Utilizamos el programa Spss para el análisis estadístico.

RESULTADOS

El 80% de los pacientes de nuestro estudio fueron mujeres y los únicos 3 hombres formaron parte del grupo de AIH primaria. Todas las fracturas fueron tipo 3-4 fragmentos de la clasificación de Neer. La media de edad de pacientes intervenidos tras fallo de osteosíntesis inicial, fue de 68.78 ± 11.21 . El tratamiento inicial recibido tras la fractura fue una placa de bloqueo angular (Philos) en 55% de los pacientes, clavo intramedular en un 22% de ellos y un 22% de prótesis de superficie en el resto. Entre los motivos de fracaso destacamos un 33% de pseudoartrosis, un 22% de necrosis de cabeza humeral, un 22% debido a inestabilidad y, el resto corresponden a "cut-out" u otros motivos. Tras un seguimiento de $28,11 \pm 14.2$ meses, el

COMUNICACIONES ORALES

Q-Dash medio en este grupo de pacientes es de $34.61 \pm 23,37$. El grupo de pacientes intervenidos de AIH como tratamiento agudo tras la fractura presenta una edad media de 75.67 ± 4.50 . Tras un seguimiento de 27.17 ± 20.8 meses, la valoración Q-Dash media fue de 18.88 ± 12.93 . A pesar de encontrar un Q-DASH llamativamente menor en el segundo grupo, estos resultados no son estadísticamente significativos ($p=0.224$). Si comparamos los valores Q-DASH pre y postcirugía de artroplastia en el grupo de revisión, obtenemos unos valores de 67.40 ± 18.10 y 34.61 ± 23.37 respectivamente, y sí encontramos diferencia estadísticamente significativa ($p=0.018$). En cuanto a complicaciones tras la cirugía de AIH, en el primer grupo de pacientes encontramos dos revisiones, ambas por inestabilidad de prótesis, sin realizarse cirugía de revisión alguna en los pacientes del segundo grupo.

CONCLUSIONES

A pesar ser un estudio retrospectivo y de casuística reducida, como la mayoría de los estudios actuales sobre este tema, nuestros resultados van a favor de la utilización de la AIH como procedimiento de rescate tras los fracasos del tratamiento inicial de las fracturas de húmero proximal. Además, nuestros pacientes intervenidos de AIH como procedimiento inicial presentan una mejor valoración funcional con menores tasas de complicaciones que los intervenidos con AIH como procedimiento de revisión.

MESA DE COMUNICACIONES 4 MEJORES COMUNICACIONES

16:30 - 18:10h

Moderadores: JM. Mora / D. Morcillo

DOLOR EN CARA LATERAL DEL CODO. SÍNDROME DEL LIGAMENTO ANULAR

César Abellán Miralle, S Daniel Berlanga De Mingo, Raquel Samaniego Alonso, Karla Rodríguez Bascones,
Hospital Asepeyo Sant Cugat

INTRODUCCIÓN

Describimos una nueva causa de dolor en cara lateral del codo tras realizar un estudio retrospectivo artroscópico de las distintas características anatómicas del Ligamento Anular, su grado tensional y la traslación radiohumeral con asociación de lesiones condrales. Primera fase de estudio de investigación.

MATERIAL Y MÉTODOS

La población analizada fueron pacientes intervenidos quirúrgicamente mediante artroscopia de codo en nuestro hospital con diagnóstico inicial de Epicondilitis, revisando las mismas desde el año 2005. De las 92 grabaciones artroscópicas obtenidas se ha realizado una clasificación de las variantes anatómicas del Ligamento anular halladas en relación con su Cobertura de la cúpula radial: Tipo I cobertura completa, Tipo II media, Tipo III baja; Tensión del ligamento: Tipo I máxima tensión competente, Tipo II tensión normal competente, Tipo III distendido no competente; y Traslación radiohumeral: Tipo I sin traslación, Tipo II traslación normal, Tipo III subluxación.

RESULTADOS

Hemos encontrado relación entre la incompetencia del ligamento anular y la aparición de lesiones condrales en cóndilo, cúpula radial y tróclea, y asociación estadísticamente significativa entre recidiva de dolor en cara lateral de codo y la presencia de la inestabilidad del ligamento anular como hallazgo artroscópico, en pacientes intervenidos con el diagnóstico de epicondilitis.

COMUNICACIONES ORALES

CONCLUSIÓN

Denominamos Síndrome del Ligamento Anular a la combinación de las variantes anatómicas, grado tensional y traslación radiohumeral que son causa de dolor en cara lateral del codo con lesiones condrales asociadas. Este Síndrome debe de incluirse en su diagnóstico diferencial y para ello reportamos imágenes de nuestros hallazgos.

LA MAYORÍA DE LAS FRACTURAS DE CORONOIDES PUEDEN IGNORARSE EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS TRIADAS TERRIBLES DE CODO

Antonio M Foruria, Diana Morcillo, Maria Valencia, Jesús Payo, Marina Acebal, Emilio Calvo
Fundación Jiménez Díaz. Madrid

OBJETIVOS

- 1 Análisis de resultados del tratamiento de un protocolo de tratamiento quirúrgico específico encaminado a minimizar el impacto quirúrgico.
- 2 Análisis morfológico de las fracturas de coronoides mediante TAC y protocolo de reconstrucción referenciado al cúbito en triadas Terribles (TT).

MATERIAL Y MÉTODOS

41 pacientes con fracturas luxaciones de tipo TT se trataron quirúrgicamente entre 2010 y 2016 priorizando 1: la fijación con tornillos de la cabeza del radio sobre la placa o la prótesis y 2: la fijación del ligamento colateral externo, recurriendo a la fijación de la coronoides o la reparación de ligamento colateral medial solo en casos de inestabilidad residual clínica intraoperatoria definida como la subluxación ulnohumeral con la extensión y pronación vs supinación forzada. Se revisaron las historias clínicas y las pruebas de imagen evolutivas. Los pacientes fueron entrevistados y explorados físicamente por un observador no implicado en el tratamiento específicamente para este estudio. Los TAC fueron reconstruidos y analizados mediante un protocolo específico propio referenciado al cúbito por dos observadores que revisaron todos los casos

RESULTADOS

24 varones y 17 mujeres con 51+-17 años fueron incluidos. En 4 (10%) la coronoides se sintetizó (3 síntesis con tornillos, 1 osteosutura), en 1(2%) el ligamento colateral medial se reparó. En 25 (61%) se fijó la cabeza del radio con tornillos, en 11 (27%) se implantó una artroplastia anatómica press-fit, y en 5 (12%) no se hizo nada en la cabeza del radio. En los casos en la fractura de coronoides se ignoró, ésta tenía una altura de 6+-4 mm (rango 1-16), y suponía un 15+-10% (rango 1-50%) del área total de la coronoides. En los casos en los que la coronoides fue fijada, estos valores fueron casos, 8+-4 mm rango (4-16), y 16+-12% rango (14-44). El seguimiento medio fue de 3,3+-2 años rango (2-7). La movilidad media fue de Extensión 15+-20 rango (-15-90), Flexión 135+-9 rango (115-150), Pronación 80+-10 rango (45-80), y Supinación 80+-10 rango (45-85).

LA EVA media de dolor fue 1,1+-1,5 rango (0-7). La EVA media de satisfacción fue 9+-1,9 rango (1-10). El DASH medio fue de 16+-18 rango (0-65), El MEPS medio fue 93,5+-9 rango (70-100). Ningún caso tenía signos físicos de inestabilidad, pero 2 (5%) pacientes declararon que notaban su codo inestable.

Siete pacientes fueron reintervenidos por rigidez, inestabilidad persistente o por migración de material de osteosíntesis.

CONCLUSIONES

En la mayoría de las fracturas luxaciones de codo tipo triada terrible la reparación vs artroplastia de la cabeza del radio junto con la reparación del ligamento colateral lateral es suficiente para obtener un buen resultado, recurriendo a la fijación de la coronoides y/o la reparación del ligamento colateral medial, y/o Fijación externa articulada en los escasos casos en los que persista inestabilidad residual clínica intraoperatoria.

COMUNICACIONES ORALES

ESTUDIO BIOMECÁNICO COMPARATIVO EN CADÁVER DEL COMPORTAMIENTO DEL BOTÓN CORTICAL INTRAMEDULAR Y EXTRACORTICAL EN LA REPARACIÓN DE LOS ARRANCAMIENTOS DEL BÍCEPS DISTAL

Alexandre Lázaro Amorós, Xavier Cardona Morera De La Vall, José R. Ballesteros Betancourt, Luca Baggio, Juan Carlos Serfaty Soler, Manel Llusá Pérez
Mc Mutual. Barcelona

INTRODUCCIÓN

La reparación quirúrgica es actualmente el tratamiento estándar para la ruptura distal del bíceps. Nuestra hipótesis fue que las técnicas de reinserción con botón cortical intramedular y extracortical tienen resistencias y desplazamientos biomecánicos de fijación equivalentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Las pruebas de carga cíclica y de carga hasta el fracaso, se aplicaron a las dos técnicas de fijación utilizando 16 radios cadavéricos humanos. Se realizó un análisis cuantitativo obtenido de una tomografía computarizada para descartar los posibles efectos de las diferencias en las características óseas de cada espécimen.

RESULTADOS

El grupo intramedular mostró un desplazamiento significativamente mayor después de la carga cíclica que el grupo extramedular, y una carga significativamente menor a la falla analizando los resultados en crudo. Estas diferencias una vez ajustadas por las características óseas de cada radio dejaron de ser significativas.

CONCLUSIÓN

Se encontraron diferencias biomecánicas significativas en las cargas de falla y los desplazamientos entre las dos técnicas de reconstrucción después de la ruptura del tendón distal del bíceps. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos cuando se utilizó los resultados del TC de la tuberosidad del radio de los especímenes para evitar los sesgos debidos a la variabilidad ósea de cada espécimen.

INFLUENCIA DE LA RESECCIÓN DE LA CABEZA DEL RADIO EN LA TRANSMISIÓN DE FUERZAS A TRAVÉS DE LAS ARTICULACIONES HÚMERO-CUBITALES

Miguel Pérez Abad, Diana Noriego Muñoz, Ángel Ferreres Claramunt, Montserrat Del Valle Jou
Fundació Althaia Hospital De Manresa. Barcelona

INTRODUCCIÓN

Existe controversia sobre los efectos que la resección de la cabeza del radio tiene sobre la biomecánica de la articulación del codo y cómo este procedimiento puede afectar a las fuerzas transmitidas a través de las articulaciones humerocubitales y su posible relación con cambios degenerativos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado un estudio experimental con 10 brazos de cadáver preservando los tendones distales de los músculos que cruzan la articulación del codo y los tejidos capsulo-ligamentosos.

Desarrollamos un soporte para brazo que lo mantiene a 90° de flexión y pronosupinación neutra mediante tracción de los músculos que desempeñan esta función.

Los tendones de los grupos epitrocleares y epicondilares, fueron individual y secuencialmente cargados con 1, 3 y 5 kg. Obtuvimos valores de presión mediante sensores introducidos en cada compartimento humero-cubital.

Finalmente, realizamos una osteotomía de la cabeza del radio y repetimos la medidas.

COMUNICACIONES ORALES

RESULTADOS

La resección de la cabeza del radio causa alteración de las fuerzas intraarticulares cuando se realiza carga de los tendones de los músculos epitrocleares, excepto para el flexor digitorum superficialis. La fuerza disminuye en articulación humero-cubital latero-posterior a partir de 3 kg (media 24%) pero no se modifica en ningún otro compartimento.

Por su parte, la resección de la cabeza del radio causa una diferencia de las fuerzas intraarticulares cuando se realiza carga de los tendones de los músculos epicondiliares. La fuerza aumenta en el compartimento humero-cubital lateroanterior a partir de 5kg (media 72%) para los músculos extensor carpi ulnaris y extensor digitorum; a partir de 3 kg (media 62%) para los músculos extensor carpi radialis brevis y longus; a partir de 1 kg (media 43%) para el brachioradialis. La fuerza disminuye en el compartimento humero-cubital medialanterior a partir de 1 kg (media 40%) para todos los músculos epicondiliares excepto para el extensor carpi ulnaris donde la fuerza aumenta a partir de 1 kg (media 65%).

CONCLUSIÓN

La resección de la cabeza del radio no altera por igual las fuerzas que cruzan la articulation humero-cubital. Además, estas fuerzas están condicionadas por los grupos musculares contraídos. No parece que haya ningún efecto en la articulation medial-posterior pero sí afecta a las articulaciones lateral-posterior, lateral anterior y medial-anterior.

FACTORES PRONÓSTICOS DEL RESULTADO CLÍNICO DE LAS PRÓTESIS DE LA CABEZA DEL RADIO

Jorge Sevil De La Torre, Luis Aguilera Fernández, Manuel Soler Peiró
Hospital Universitario De La Ribera. Valencia

INTRODUCCIÓN

Una excesiva longitud de la prótesis de cabeza de radio se ha asociado con un deficiente resultado clínico y un desgaste del capitellum. El objetivo de este estudio es determinar qué factores han tenido mayor influencia en el resultado clínico en nuestra serie de implantes de cabeza de radio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos analizado la relación entre la lesión inicial, las reparaciones asociadas a la prótesis y la longitud de la prótesis con el resultado clínico. Las mediciones radiológicas utilizadas han sido la distancia entre el límite proximal de la fosa sigmoidea del cúbito y el del implante, y el ángulo lateral de la articulación cúbitohumeral.

Estas mediciones radiológicas han sido efectuadas por dos evaluadores independientes, tomando el valor medio de ambas como referencia. El resultado clínico se ha valorado mediante los rangos de movilidad, el Mayo Elbow Performance Score (MEPS) y el DASH. Además del análisis descriptivo univariable, se realizaron comparaciones de medias y correlaciones empleando pruebas no paramétricas.

RESULTADOS

Durante el periodo 2005-2017 se colocaron 49 implantes de cabeza de radio (MoPyC, Bioprofile, Tornier). Accedieron a ser evaluados 31 pacientes, 21 mujeres y 10 varones, con una edad media de 53 años (rango 17-78 años) y un seguimiento medio de 5 años. La lesión inicial fue una fractura Masson tipo III en 5 casos, tipo IV en 6, una triada en 12, y una asociación con diversas fracturas proximales de cúbito en los 8 restantes. El tratamiento efectuado en 9 casos fue exclusivamente la colocación del implante, mientras que en 10 se asoció osteosíntesis de la coronoides y reparación ligamentosa. El resto de casos recibieron combinaciones variadas de tratamiento. La altura del implante estuvo alineada con el margen proximal de la fosa sigmoidea en 16 casos, fue superior en 12 (media 3 mm, DS 1,5) y fue inferior en 3 (media 3,4 mm, DS 1,7). El ángulo de apertura lateral cúbito-humeral medio en los codos intervenidos fue 10,7° (DS 2,6°), siendo de 12,2° en los codos contralaterales no intervenidos. Se obtuvo en 12 de los casos un aumento medio de 2° con respecto al codo contralateral.

COMUNICACIONES ORALES

Aunque los mejores resultados clínicos en movilidad, MEPS y DASH se han obtenido en las fracturas Masson tipo III y IV, las diferencias no han sido significativas respecto a los otros grupos. Tampoco se han obtenido diferencias según el tratamiento utilizado. Se observaron correlaciones significativas ($p < 0,05$) entre el aumento del ángulo cúbito-humeral de 2° con respecto al contralateral y la disminución de la flexión y de la supinación. Las variaciones de altura del implante respecto a la fosa sigmoidea en nuestra serie no se han relacionado con el resultado clínico.

CONCLUSIÓN

Un alargamiento o acortamiento que no supere los 3 mm no ha demostrado alterar los resultados clínicos en nuestra serie, mientras que una apertura lateral cúbito-humeral superior a 2° con respecto al codo no intervenido repercute negativamente sobre la flexión y supinación. El tipo de lesión puede condicionar los resultados sin obtener diferencias significativamente estadísticas entre ellas.

LA NAVEGACIÓN PEROPERATORIA EN ARTROPLASTIA DE HOMBRO. PRECISIÓN EN IMPLANTACIÓN GLENOIDEA. RESULTADOS INICIALES

Alex Puertas, Iñigo Guisasola, Steve Brooks-Fazarkale
Hospital Universitario Santa María. Lleida

INTRODUCCIÓN

El correcto posicionamiento del componente glenoideo en la artroplastia de hombro es un requisito esencial para obtener un resultado adecuado. La colocación de la glena tanto en la prótesis anatómica como en la invertida constituye la parte más compleja del procedimiento. La versión y la inclinación en la que implantemos el componente afectará a los vectores de fuerza que actúen sobre dicho componente, condicionando a largo plazo la supervivencia del implante. Recientemente se han desarrollado sistemas de planificación quirúrgica y guías personalizadas. Estas herramientas son muy útiles para implantar el componente glenoideo en la posición deseada. Desde hace poco tiempo existe la posibilidad de integrar la planificación preoperatoria, asociada a la navegación quirúrgica con la finalidad de mejorar el posicionamiento del componente glenoideo.

OBJETIVO

El objetivo de la comunicación es valorar el posicionamiento del componente glenoideo tras la cirugía protésica en relación a la planificación pre-quirúrgica y navegación quirúrgica. Así mismo se presentan los resultados clínicos a corto plazo de la primera serie en prótesis navegadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Intervenidos mediante: prótesis invertida de hombro (26) y prótesis anatómica (10). Se valoran en el estudio los resultados demográficos de la muestra, dolor (escala VAS) y resultados funcionales, incluyendo scores de Constant y Oxford. Presentamos resultados radiológicos postoperatorios

RESULTADOS

Treinta y seis casos intervenidos, de los cuales 29 fueron mujeres y 7 hombres. La patología principal de indicación protésica fue la artropatía por manguito rotador (25), artrosis primaria (11) y pseudoartrosis de humero proximal (1). La valoración preoperatoria según el test de Constant fue de 27 (11-47) en comparación con la postoperatoria que fue de 69 (42-86), así como valoración preoperatoria según el test de Oxford de 41 (23-52) y postoperatoria de 15 (5-31). Los resultados de la medición de la versión e inclinación respecto a la planificación preoperatoria y el estudio de TAC tras la cirugía fue de 3° y 2° respectivamente. En nuestra serie, se alargó una media de 15 minutos en tiempo quirúrgico.

COMUNICACIONES ORALES

CONCLUSIÓN

La planificación preoperatoria y la ejecución navegada de la cirugía protésica de hombro, ofrecen la posibilidad de controlar un más adecuado posicionamiento de la glena. La apreciación de la bóveda glenoidea en tres dimensiones y la posibilidad de un control preciso en la implantación con la ayuda del navegador permiten una implantación más precisa del componente glenoideo. El procedimiento lleva asociado una curva de aprendizaje y añade más pasos quirúrgicos, alargando el tiempo quirúrgico. Siendo un estudio preliminar, este tipo de tecnología puede estar relacionada con una mejora de la supervivencia del implante. Para ello se requerirán estudios controlados a largo plazo. Creemos que es una interesante técnica novedosa que puede aportar calidad en la cirugía protésica del hombro. Presentamos una serie inicial de casos en artroplastia de hombro, utilizando la plataforma de navegación GPS para el sistema de cirugía protésica Equinoxe de Exatech, realizando posterior a la cirugía, la valoración del posicionamiento glenoideo mediante la realización de TAC. Se han incluido 36 casos de pacientes.

¿ES VALORABLE LA POSICIÓN DE LAS TUBEROSIDADES POR RADIOLOGÍA SIMPLE EN LA PRÓTESIS INVERTIDA POR FRACTURA DE HÚMERO PROXIMAL?

Elisa Cassart Masnou, Ester Mora Solé, Damián García Perdomo, Ricard Perez Andrés, Leonardo Ruiz Macarrilla, José Antonio Hernández Hermoso
Hospital Universitari Germans Trias I Pujol. Badalona. Barcelona

INTRODUCCIÓN

La influencia de la consolidación de las tuberosidades en los resultados funcionales de los pacientes intervenidos de prótesis invertida por fractura en 3-4 partes del húmero proximal sigue siendo controvertida. Se desconoce la fiabilidad de la valoración de la posición y consolidación por radiología simple.

OBJETIVO

Valorar la concordancia interobservador y reproducibilidad intraobservador de la posición de las tuberosidades por radiología simple, por TAC y la correlación entre ambas exploraciones.

Valorar la influencia de la consolidación de las tuberosidades en los resultados funcionales y de calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODO

5 observadores (2 especialistas en patología de hombro, 2 especialistas en radiología osteomuscular y un residente de traumatología) valoraron la posición y consolidación de las tuberosidades en dos proyecciones radiológicas y en TAC realizados a 21 pacientes consecutivos intervenidos de prótesis invertida por fractura en 3-4 partes de Neer con 1 año de seguimiento mínimo.

Se valora la concordancia interobservador, reproducibilidad intraobservador en ambas pruebas y la correlación entre ambas. Se valora la influencia de la posición y consolidación de las tuberosidades en los tests de Constant, DASH, ASES y ADLER al final del seguimiento.

RESULTADOS

La concordancia interobservador para la posición de la tuberosidad mayor fue de 0,58 en radiología simple y de 0,40 en la TAC, acuerdo entre justo y bueno según criterios de Fleiss. Para la consolidación de la tuberosidad mayor el grado de acuerdo fue de 0,6 en rx simple y de 0,37 en la TAC.

Para la tuberosidad pequeña la concordancia fue de 0,3 para la posición en rx simple y de 0,1 en la TAC y para la consolidación de 0,1 en radiología simple y 0,04 en la TAC.

Entre los especialistas en radiología el acuerdo fue excelente (>0,75) en rx simple y malo (<0,40) en TAC para las variables

COMUNICACIONES ORALES

estudiadas. Entre los especialistas en patología de hombro el acuerdo fue bueno en rx simple y malo en la TAC para las variables estudiadas según la categorización de Fleiss.

El Constant score medio fue de 61.27 (24-82) al final del seguimiento. 14 casos presentaron posición anatómica de la tuberosidad en rx simple y en 7 esta se encontraba desplazada o reabsorbida, sin diferencias estadísticamente significativas en los tests funcionales evaluados entre ambos grupos. Tampoco se observaron diferencias significativas cuando la valoración de la posición y consolidación se realizaba con la TAC

CONCLUSIONES

La valoración de la posición de las tuberosidades por radiología simple es fiable con correctas proyecciones radiológicas y tiene mayor acuerdo entre los observadores que, con la TAC, por lo que hace innecesaria la realización de esta

La posición anatómica o no anatómica de las tuberosidades, tanto por radiología simple como en la TAC no influye en los resultados funcionales

LA REDUCCIÓN ABIERTA Y FIJACIÓN INTERNA CON PLACA BLOQUEADA Y TORNILLOS CEMENTADOS ES SEGURA EN MAYORES DE 70 AÑOS

Natalia Martínez Catalán, Emilio Calvo Crespo, Diana Morcillo Barrenechea, María Valencia Mora, Antonio María Foruria De Diego

Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid

INTRODUCCIÓN

La reducción abierta y fijación interna (RAFI) de fracturas de húmero proximal con placas bloqueadas asocia una alta tasa de complicaciones en ancianos, siendo la más frecuente la penetración intraarticular de los tornillos, ya sea primaria durante la cirugía o secundaria a la pérdida de fijación y colapso de la fractura. El objetivo del estudio es analizar los resultados radiológicos de la RAFI de fracturas de húmero proximal en mayores de 70 años mediante una técnica quirúrgica estandarizada con placas bloqueada y tornillos cementados, encaminada a evitar el fracaso de la síntesis y compararla con la técnica quirúrgica convencional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde 2009 a octubre de 2018 fueron intervenidos 196 pacientes con fractura de húmero proximal mayores de 70 años. 164 (84%) mujeres y 32 (16%) varones con una edad media de 79 ± 5 (70-96). 132 (67%) fueron intervenidos por varios cirujanos mediante la técnica quirúrgica convencional (tornillos no cementados), y 64(33%) por un único cirujano realizando una técnica quirúrgica protocolizada (tornillos cementados) cuyos objetivos son 1: reducción anatómica, 2: máximo número de tornillos 3: configuración de tornillos cortos, 4: suplementación con cemento acrílico. El protocolo postoperatorio incluyó inmovilización con cabestrillo y ejercicios de movilidad asistida a partir de la segunda semana.

RESULTADOS

Los grupos de estudio fueron homogéneos en edad y patrón de fractura. Según la clasificación Mayo-FJD los casos cementados incluyeron 30(47%) fracturas de cuello quirúrgico (con o sin tuberosidades fracturadas), 21(33%) impactación posteromedial en varo, 8(12%) impactación en valgo y 5(8%) otros patrones. En los pacientes en los que se realizó la técnica convencional la distribución fue 64(49%), 29(22%), 17(12%) y 22(17%) respectivamente. La tasa de complicaciones global fue del 25% siendo el 12% en los cementados y el 33% en los no cementados. No hubo ningún caso de pérdida de reducción o de penetración intra-articular de tornillos en el grupo cementado. No se observaron complicaciones relacionados con el fracaso de síntesis en el grupo de pacientes con tornillos cementados, pero sí se registraron 5 casos de necrosis avascular (8%) y 3 de rigidez postoperatoria/interferencia e implante (4%). En el grupo de tornillos no cementados se observaron

COMUNICACIONES ORALES

complicaciones en 42(33%) pacientes ($p < 0.0001$), incluyendo 11(8%) pérdidas de reducción y penetración intraarticular de los tornillos, 5(4%) penetración primaria intraarticular de los tornillos, 7(4%) necrosis avascular, 3(2%) fractura periimplante y 16(12%) malunión, rigidez o interferencia mecánica de la placa. Fue necesario reintervenir 22 pacientes, 6 (27%) en el grupo de pacientes cementados, de los cuales, 4 extracciones de material de osteosíntesis (EMO) por interferencia mecánica de la placa, 1 EMO por necrosis y 1 conversión a artroplastia inversa por necrosis avascular. En el grupo de pacientes con tornillos no cementados se llevaron a cabo 16 cirugías de revisión (63%), 6 extracciones EMO por colapso de fractura, 4 EMO por interferencia mecánica de la placa, y 2 conversiones a artroplastia inversa (1 por necrosis y 1 por colapso de fractura).

CONCLUSIÓN

La RAFI con placa bloqueada y tornillos cementados de fracturas de húmero proximal en mayores de 70 años tiene un menor número de complicaciones radiológicas que la técnica standard y puede evitar la más frecuente y devastadora: el fracaso de la síntesis y la penetración intra-articular de tornillos.

EL DESGASTE DEL CARTÍLAGO GLENOIDEO POSTERIOR PREOPERATORIO COMO FACTOR PREDICTOR DE MAL PRONÓSTICO EN PACIENTES OPERADOS DE INESTABILIDAD POSTERIOR

Maria Valencia, Ulrike Novo, Carlos Rebollón, Albert Ferrando*, Emilio Calvo
Fundación Jiménez Díaz. Madrid

*Dublin Shoulder Institute, Sports Surgery Clinic. Dublín, Irlanda

El objetivo de este estudio consiste en identificar factores preoperatorios de mal pronóstico en un grupo concreto de pacientes operados de inestabilidad posterior. La reparación del labrum artroscópico está considerada como un procedimiento adecuado para el tratamiento de la inestabilidad posterior, a pesar de ello, hay poca evidencia en cuanto a los factores predictores de mal pronósticos asociados con el tratamiento artroscópico.

Material y método

Se incluyeron 26 pacientes con inestabilidad dinámica estructural posterior (según la clasificación de ABC descrita por Scheibel y Moroder) tratados mediante una reparación labral artroscópica con un seguimiento medio de 3 años (rango 1-7 años). Los pacientes con una luxación posterior traumática, inestabilidad posterior funcional sin daño estructural, inestabilidad posterior estática o con defectos óseos glenoideos fueron excluidos.

Se evaluaron los siguientes parámetros en la artroRM preoperatoria: versión glenoidea (método de Friedman y vault), grado de subluxación humeral (índice glenohumeral), tipo de inserción labral (clasificación de Nourisat) y un nuevo índice de desgaste del cartílago glenoideo posterior (CW index). Se analizaron diferentes scores: Single Assessment Numerical Evaluation (SANE), Western Ontario Shoulder Instability Index (WOSI), Rowe score y la necesidad de cirugía de revisión.

RESULTADOS

De los 26 pacientes (25 varones), 3 (11.5%) precisaron de cirugías de revisión. La edad media de los pacientes en el momento de la cirugía era de 28.5 ± 10 años. Los resultados postoperatorios en las escalas funcionales demostraron un valor medio de 71 ± 31 en el SANE, 470 ± 485 en el WOSI, y 88 ± 22 en el ROWE. La edad, el grado de versión glenoidea, el grado de subluxación humeral y el tipo de inserción labral no se asociaron con los resultados en las escalas funcionales postoperatorias. Los pacientes con un aumento del índice CW se correlacionaron con un peor resultado en el Rowe score postoperatorio, $R = -0.6$ $p = 0.018$. Los pacientes que refirieron un aumento en el número de episodios de subluxación previo a la intervención (>20 eventos) se asociaron con un peor resultado en el WOSI postoperatorio, $p = 0.015$.

COMUNICACIONES ORALES

CONCLUSIÓN

La reparación labral artroscópica proporciona unos resultados funcionales aceptables en la mayoría de pacientes operados por inestabilidad posterior dinámica estructural. Los múltiples episodios de subluxación y un índice CW aumentado en la artroRMN son factores predictores de mal pronóstico tras una reparación.

LA OPERACIÓN DE LатарJET POR ARTROSCOPIA ES MÁS EFICAZ QUE LA OPERACIÓN DE BANKART PARA RESTABLECER EL “GLENOID TRACK” EN HOMBROS INESTABLES CON LESIONES ÓSEAS “OFF-TRACK”

Emilio Calvo Crespo, Daniel Rojas, Diana Morcillo, Alba Jiménez, Javier Fernández-Jara, María Valencia Mora, Antonio Foruria;

Fundación Jiménez Díaz. Madrid

OBJETIVO

Aunque se ha demostrado que los hombros con lesiones óseas de Hill-Sachs “off track” tienen mayor riesgo de recidiva, no hay evidencia acerca de cual es la técnica recomendada en estos pacientes.

El objetivo de este trabajo es verificar si la operación de Latarjet restablece el glenoid track y resulta en una estabilidad postoperatoria superior en comparación con la operación de Bankart en hombros inestables con lesiones óseas “off-track”.

MÉTODOS

Se estudiaron 56 pacientes (edad media, 29,6 años) diagnosticados de inestabilidad anterior de hombro y con lesiones de Hill-Sachs “off track” que se operaron mediante cirugía artroscópica. En 16 casos se hizo una operación de Bankart y en 40 una operación de Latarjet, ambas por artroscopia. En todos los casos se midió el “glenoid track” pre y postoperatoriamente según la técnica de di Giacomo utilizando artro RM o TC. La eficacia del procedimiento se analizó comparando la tasa de recidiva (luxación o subluxación) a un mínimo de dos años en ambos grupos.

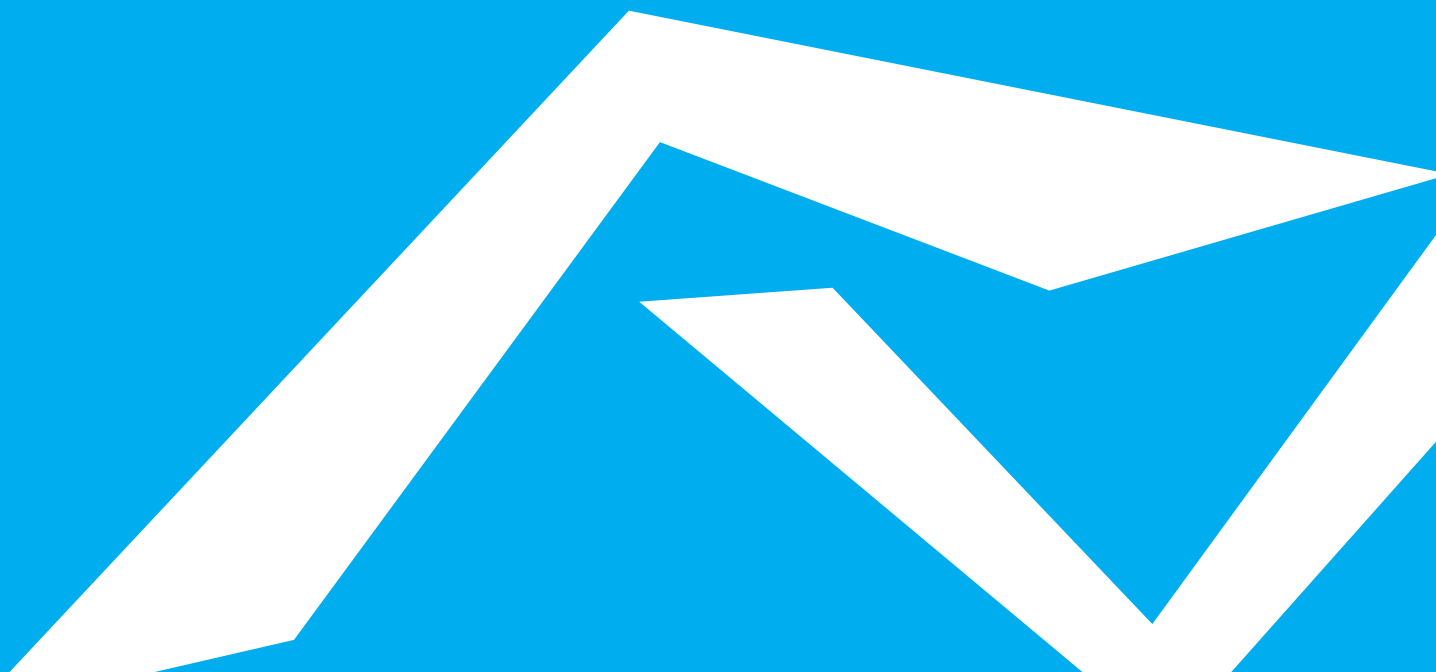
RESULTADOS

El estudio del “glenoid track” preoperatorio identificó 27 hombros “off-track” debido exclusivamente al tamaño de la lesión de Hill-Sachs, 13 hombros “off-track” por lesión de Bankart ósea, y 16 hombros “off-track” por lesiones óseas bipolares (Hill Sachs y Bankart óseo), con un glenoid-track medio de 20,9 (SD2,2) mm. La operación de Latarjet artroscópica restableció el glenoid track in 32 (80%) pacientes, que pasó de 19,1 (SD2,3) mm preoperatoriamente a 28,2 (SD2,7) mm tras la cirugía ($p < 0,001$). Los 8 restantes pacientes con lesiones off-track persistentes tras la operación de Latarjet presentaban lesiones de Hill-Sachs muy extensas. La tasa de inestabilidad postoperatoria fue menor tras la cirugía de Latarjet (7,5%) que tras la de Bankart (12,5%) (3 vs 2 pacientes).

CONCLUSIONES

La operación de Latarjet restablece el glenoid track and proporciona mejor estabilidad postoperatoria superior en comparación con la operación de Bankart en pacientes con lesiones de Hill-Sachs “off-track”, independientemente de que la causa de este fenómeno sea una lesión glenoidea, una lesión de Hill-Sachs o una lesión bipolar. Sin embargo, podría ser necesario realizar algún procedimiento adicional en un pequeño grupo de pacientes con lesiones de Hill-Sachs muy extensas que impiden la reconstrucción del glenoid track con la transferencia de la coracoides.

COMUNICACIONES ORALES
VIERNES 8 DE MARZO



COMUNICACIONES ORALES

MESA DE COMUNICACIONES 5

CIRUGÍA DE CODO

11.30-12.30

Moderadores: V. Carratalá / S. López

HEMIARTROPLASTIA DE CODO EN FRACTURAS DE HÚMERO DISTAL: NUESTRA EXPERIENCIA

Jordi Salvador Carreño, Saïoa Quintas Alvarez, Inma Puig De La Bellacasa, Pablo Castellón Bernal, Javier Abarca Vegas, Francesc Anglès Crespo

Hospital Universitari Mútua De Terrassa. Barcelona

INTRODUCCIÓN

En las fracturas agudas de húmero distal no reconstruibles mediante osteosíntesis, la artroplastia total de codo es una alternativa, pero las complicaciones asociadas y el aflojamiento de la misma, hace que la hemiartroplastia de codo sea una alternativa para pacientes seleccionados. La hemiartroplastia de codo presenta unos resultados a corto y medio plazo comparables a los de la artroplastia total.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de 5 pacientes con fractura conminuta de húmero distal en las que realizamos una sustitución de la articulación por una hemiartroplastia de codo, en el periodo entre 2012-2017. Dos casos fueron asociados a fractura de olecranon, que fue sintetizada mediante técnica de obenque. La edad media de los pacientes fue 83 años (75-87 años). En 3 de los casos el abordaje utilizado fue el de Newcastle, y en dos trans-olecraniano, ya que se asociaba una fractura del mismo. En todos los pacientes se realizó un seguimiento mediante registro del balance articular, control del dolor y Mayo Elbow Performance score (MEPS). Los pacientes han realizado un seguimiento medio de 16 meses (12-24meses).

RESULTADOS

Los pacientes presentaron un MEPS de 96.25 (90-100), todos presentaban un buen control del dolor, una flexión media de 120° (100-130°), un déficit de extensión de 15° (5-30°) y prono-supinación completa.

A los dos pacientes con obenque se les realizó la extracción del obenque, una vez consolidada la fractura, por molestias relacionadas con el mismo. Los restantes no han requerido nuevas cirugías. Los 5 casos evolucionaron favorablemente y retornaron a sus actividades diarias habituales.

CONCLUSIÓN

En el tratamiento quirúrgico de las fracturas agudas de húmero distal no reconstruibles, el tratamiento mediante hemiartroplastia de codo, es una opción terapéutica que ofrece buenos resultados en pacientes seleccionados a cortomedio plazo.

FRACTURA-LUXACIÓN DE MONTEGGIA. COMPLICACIONES Y RESULTADOS

Raquel Samaniego Alonso, Daniel Berlanga De Mingo, César Abellán Miralles

Hospital Asepeyo Sant Cugat. Barcelona

INTRODUCCIÓN

La fractura-luxación de Monteggia se define como luxación de la articulación radio-humeral asociada a fractura del tercio proximal del cúbito, representando el 0,7% de las fracturas-luxaciones de codo. El Monteggia-Like se define como una

COMUNICACIONES ORALES

fractura-luxación de Monteggia asociada a fractura de cabeza o cuello radial, fractura de coronoides, dislocación ulnohumeral o combinación de estas lesiones.

El objetivo de esta comunicación es revisar los resultados funcionales a medio plazo de los pacientes tratados de esta patología, con especial interés en las fracturas Monteggia-like.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre enero 2010 y diciembre 2017 un total de 19 pacientes (17 hombres y 2 mujeres) con una edad media de 46,37 años fueron tratados en nuestro centro de fractura-luxación de Monteggia. Todas las fracturas cubitales se estabilizaron utilizando una placa tipo LCP. Las fracturas de tipo I de la cabeza radial se trataron de forma conservadora, las fracturas de tipo II se trataron mediante reconstrucción y las fracturas de tipo III con artroplastia. Todas las fracturas tipo II y III de Regan & Morrey del proceso coronoideo se estabilizaron utilizando AK o tornillos tipo HPS. Todos los pacientes siguieron un protocolo de rehabilitación individualizado según el patrón de fractura con un seguimiento mínimo a las 3, 6 y 12 semanas. Se contactó telefónicamente con los pacientes con el objetivo de realizar una valoración funcional a través de las escalas Mayo Elbow Performance Score (MEPS) y Oxford Elbow Score (OES) al menos un año después de la última cirugía.

RESULTADOS

Se objetivaron complicaciones en 12 casos, teniendo que recurrir al tratamiento quirúrgico en todos ellos: 6 pacientes presentaron calcificaciones/adherencias que limitaban especialmente la pronosupinación, 4 pacientes evolucionaron a pseud artrosis (uno de cuello radial y tres de cúbito), 1 paciente sufrió una lesión de nervio interóseo posterior y 1 paciente evolucionó a una lesión de Essex-Lopresti. Aun así los resultados funcionales fueron buenos para el MEPS, con una media de 71,8 (45-100) y ligeramente peores para el OES, con una media de 33,3 (19-48).

CONCLUSIÓN

Nuestra experiencia sugiere que se pueden obtener resultados satisfactorios en el tratamiento de las fractura-luxaciones complejas de Monteggia-Like mediante la identificación, clasificación y comprensión correctas del patrón de lesión y el tratamiento de todos los componentes afectados para lograr una correcta la estabilidad del codo.

RESULTADOS CLÍNICO-RADIOLÓGICOS DE ARTROPLASTIA DE CABEZA RADIAL EN POBLACIÓN LABORAL. EXPERIENCIA Y SEGUIMIENTO A CORTO-MEDIO PLAZO

Ángel Sutil Blanco, Beatriz Padial Del Pozo, Socorro López Alameda, Fernando García De Lucas
Hospital Fremap Majadahonda. Madrid

INTRODUCCIÓN

Los objetivos del presente estudio fueron analizar los resultados tanto clínicos como radiológicos obtenidos en pacientes que requirieron sustitución de cabeza radial mediante artroplastia en un contexto traumático laboral, además de determinar si existe una correlación entre dichos factores.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo y longitudinal, con un tamaño muestral de 32 pacientes en los cuales se implantó una prótesis de cabeza radial monopolar no cementada.

Se analizaron variables demográficas: edad, sexo, demanda laboral, dominancia y lateralidad de lesión, así como su mecanismo y tipo de lesión. Además, se valoraron tiempo hasta la cirugía, necesidad de tratamiento accesorio, complicaciones y situación laboral al final del proceso. Variables clínicas: balance articular, escala visual analógica (EVA) en reposo y en

COMUNICACIONES ORALES

actividad, cuestionario DASH, Mayo Elbow Performance Score (MEPS), y radiográficas: grado de osteoartritis Borberg y Morrey, aparición y grado de osificaciones heterotópicas, cociente de Cantilever, zonas de Osteolisis (según Popovic) y mm promedio de mayor osteolisis y estado de integridad de capitellum fueron consideradas a los 6 meses y final de seguimiento.

RESULTADOS

El tiempo medio de seguimiento fue de 31.4 meses. 22 pacientes hombres (68.8%) y 10 mujeres (31.3%) con una mediana en 47.5 años. 28 diestros (87.5%) y 4 zurdos (12.5%). Codo lesionado en brazo dominante (71.9%) y en brazo no dominante (28.1%).

El mecanismo lesional predominó caídas desde propia altura (53.1%), y precipitación (31.3%), resultando en triada terrible en un 65.6%, fractura cabeza radial aislada Mason III en 15.6%, Fractura-luxación Monteggia en 5 casos. 9 pacientes (28.1%) requirieron intervenciones secundarias. Al final del seguimiento el 18.8% de los casos presentó complicaciones la más frecuente rigidez postquirúrgica, uno precisó sustitución de la prótesis. El 62.5% presentó rango de movilidad funcional al acabar el seguimiento.

DASH presentó un valor medio de 24.42. MEPS 1 caso en malo (3.1%), 10 en regular (31.3%), 12 en bueno (37.5%) y 9 en excelente (28.1%).

Existieron diferencias estadísticamente significativas en el aumento de máximo valor promedio de osteolisis, evolución a osteoartritis, cambios degenerativos en el capitellum e incremento de zonas 3,4 y 5 de Popovic desde los 6 meses hasta el final de seguimiento.

La movilidad en rango funcional asoció menor puntuación en escala EVA y DASH de forma estadísticamente significativa.

Se determinó una correlación directa entre cociente de Cantilever y grado de osteolisis con valor de EVA y DASH; e inversa con MEPS.

Únicamente el grado de osificaciones heterotópicas estableció relación directa con aumento de la escala EVA.

CONCLUSIÓN

A corto-medio plazo los pacientes intervenidos mediante artroplastia de cabeza radial en ambiente laboral alcanzaron resultados clínico-laborales satisfactorios, con escasa correlación entre parámetros radiológicos y clínicos.

ARTROLISIS ARTROSCÓPICA DEL CODO RÍGIDO

Pablo Cañete San Pastor, Jose María Martínez Costa, Inma Prosper, Javier López Valenciano
Hospital De Manises

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es revisar y evaluar los resultados funcionales tras la artroplastia artroscópica del codo rígido degenerativo o postraumático. Método: hemos revisado 38 pacientes con codo rígido postraumático o degenerativo que se trataron mediante artroplastia artroscópica entre 2013 y 2016, con un seguimiento medio de 25 meses (38-15). Según la etiología de la rigidez, clasificamos a los pacientes en 2 grupos: grupo 1, los pacientes con rigidez por patología degenerativa del codo, y grupo 2, los pacientes con rigidez postraumática. Clasificamos la rigidez siguiendo la escala de Morrey y utilizamos la escala funcional Mayo Elbow Performance Index (MEPI), que evalúa el dolor, la movilidad, la estabilidad y la función del codo pre- y postoperatoriamente. Describimos los procedimientos artroscópicos realizados en cada paciente, que incluyen la sinovectomía, el desbridamiento de tejido fibroso, la capsulectomía anterior y/o posterior, la resección de osteofitos en la parte anterior y posterior del codo, la extirpación de cuerpos libres y la liberación “abierta” del nervio cubital. Resultados: los pacientes han ganado una media de 40,13° (\pm 16,3) de movilidad del codo (16,71° de flexión y 23,42° de extensión).

COMUNICACIONES ORALES

La escala MEPI mejoró desde 65 (\pm 15) hasta 93 (\pm 20). Todos los pacientes excepto 3 consiguieron un rango funcional de movilidad de al menos 100°. Los pacientes del grupo 1 han ganado 35° de movilidad total del codo y los del grupo 2 han ganado 45,83°. Siendo todos estos resultados estadísticamente significativos. Tuvimos 1 caso de infección superficial en un portal, que cedió con tratamiento antibiótico; 3 casos de neuritis del nervio cubital, con recuperación espontánea antes de los 6 meses; y 2 casos en los que fue necesaria una reintervención por recidiva de la rigidez: uno con buen resultado (-30° a 120°) y el otro continúa con buena movilidad, pero dolor que le impide realizar su trabajo, ha solicitado la incapacidad laboral y no quiere valorar una nueva intervención.

CONCLUSIONES

la artrolysis artroscópica de codo es una técnica segura y eficaz que permite obtener buenos resultados funcionales en el tratamiento del codo rígido degenerativo o postraumático, incluso en casos con rigideces severas, con una baja tasa de complicaciones. No se puede restaurar la movilidad completa del codo con esta técnica; debemos advertirlo a los pacientes. Nivel de evidencia: IV.

REPARACIÓN DE LA RUPTURA DE BÍCEPS DISTAL, NUESTRA EXPERIENCIA

Mercè Font Bilbeny, María Tibau Alberdi, Jaume Vilaró Angulo, Macarena Morales Yañez, Cristian Cabello Cruz
Hospital De Mataró. Barcelona

INTRODUCCIÓN

La ruptura del tendón del bíceps distal se observa principalmente en varones de edades comprendidas entre 30-60 años, al sufrir traumatismos indirectos de tracción en actividades de fuerza. Para restaurar la función completa se requiere intervención quirúrgica en muchas de estas lesiones. La reparación de este tendón se puede realizar mediante diferentes técnicas de fijación (suturas, anclajes, tornillos, sistemas de fijación extracortical, fijación transósea con túneles), para abordar estas técnicas se puede practicar por una incisión o mediante doble incisión.

El objetivo de esta revisión es examinar los resultados de la reparación del tendón bíceps distal en nuestro entorno (CSDM) en los últimos 6 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

En nuestra experiencia hemos intervenido 21 pacientes desde de 2012 a 2018, todos ellos hombres de edades comprendidas entre 29-65 años (media 52,4), con una correspondencia de 71,4% de lateralidad de la lesión con la extremidad dominante. La intervención la realizó un mismo cirujano con la misma técnica de incisión única transversa y en ocasiones por retracción o largo tiempo de evolución doble incisión transversa (una distal a nivel de inserción y otra a nivel de muñón de ruptura), la fijación se ha realizado con sistema de tunelización ósea, fijación extracortical y tornillo de tenodesis.

RESULTADOS

El seguimiento posterior fue cada 2 semanas el primer mes con una inmovilización con férula 15 días a 100° de flexión y 15 días a 70°, posteriormente tratamiento rehabilitador. El 80% fue alta a los 3 meses postintervención para actividad laboral y de ocio, pero el seguimiento de los pacientes fue hasta los 18 meses. El BA fue de media 0/132°, con pronosupinación 86/80°. Con Balance muscular de 4/5. Con un DASH medio de 8,1, sin clínica dolorosa en las actividades habituales en ninguno de los grupos revisados (única o doble incisión)

Como complicaciones hubo 3 alteraciones sensitivas en trayecto de N.radial, una de ellas con dolor neuropático, que se resolvieron completamente con tratamiento médico, ninguna afectación motora. No se observaron calcificaciones heterotópicas ni ninguna infección. Una posible reruptura por exploración física aunque con RM negativa, pero el paciente se perdió a las 8 semanas de la intervención.

COMUNICACIONES ORALES

Conclusión

Como conclusiones podemos destacar que tanto con única incisión transversa o con doble incisión y el sistema de fijación utilizado tenemos un alto índice de satisfacción en nuestro entorno, con mínimas complicaciones postoperatorias, con una correcta funcionalidad para el trabajo y actividades de ocio en unos 3 meses.

RESULTADOS DEL ABORDAJE TRANSOLECRANIANO EN FRACTURAS DE HÚMERO DISTAL DEL ADULTO EN 10 AÑOS

José García Carrasco, María Brotat Rodríguez, Juan Mingo Robinet, Alberto Aranz Remis, Fiona Rodríguez-Monsalve Milano, Raquel Otero Suarez, Carmen González Alonso
Complejo Asistencial de Palencia

INTRODUCCIÓN

El abordaje transolecraniano ha sido el más utilizado en el tratamiento quirúrgico de las fracturas supracondíleas de húmero, especialmente por la mayor exposición que ofrece de la fractura. No obstante, la osteotomía del olecranon está asociada a complicaciones, lo que ha dado paso al uso de vías de abordaje alternativas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para evaluar las complicaciones asociadas a dicho abordaje, hemos realizado un estudio retrospectivo. Estudio retrospectivo de 39 pacientes intervenidos durante 10 años en el Complejo Asistencial Universitario de Palencia, incluyendo pacientes mayores de 18 años con fracturas tipo B/C de la Clasificación de la AO. Se han analizado variables epidemiológicas, radiológicas, quirúrgicas y clínicas.

RESULTADOS

El 72% fueron mujeres con edad media de 68.8 años y el 28% varones con edad media 59.4 años. Con afectación de extremidad superior derecha 37.5% y 62.5% izquierda. En el 92.68% se realiza osteosíntesis de olecranon con cerclaje más AK, en el 23% de los casos las AK están fijadas a la cortical anterior, en el 77% son intramedulares. El 7.32% utiliza cerclaje con tornillo como método de fijación. Complicaciones: infección (0%), retraso de consolidación, pérdida de reducción de la osteotomía y artrosis (2.5%); pseudoartrosis (12.3%), calcificaciones heterotópicas (5%), problemas con el material de osteosíntesis (intolerancia o movilización (22%), de los cuales en el 78% de los casos se realiza intervención quirúrgica para retirada de material (100% agujas intramedulares).

Existe un sesgo de valoración del origen del déficit funcional de los pacientes (fractura supracondílea vs. Osteotomía olecranon)

CONCLUSIÓN

A pesar de los problemas relacionados con la osteotomía, el abordaje transolecraniano sigue siendo de elección para muchos cirujanos, especialmente en aquellas fracturas más complejas y que requieren una mayor exposición de la fractura.

COMUNICACIONES ORALES

MESA DE COMUNICACIONES 6

ARTROPLASTIA

17.00 - 18.30

Moderadores: L. Natera / Y. Lópiz

PÉRDIDAS DE SEGUIMIENTO EN CIRUGÍA PROTÉSICA DE HOMBRO. DESCRIPTIVA Y ANÁLISIS DE LAS CAUSAS

Raquel Martínez, Carlos Torrens, Fernando Santana
Parc de Salut Mar. Barcelona

INTRODUCCIÓN

Los pacientes perdidos en el seguimiento de los estudios representan una fuente de sesgo de los resultados. El objetivo de este estudio es determinar el número acumulado de pacientes perdidos en el seguimiento de las Prótesis de Hombro y analizar las causas de estas pérdidas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo incluyendo todas las prótesis de hombro realizadas desde enero 2008 hasta diciembre 2014. Registro anual de las pérdidas de seguimiento y acumulativo. Se establecen posibles correlaciones con edad, sexo, diagnóstico, IMC, complicaciones, estado funcional antes y después de la cirugía, rango articular final y comorbilidades. Las pérdidas de seguimiento de 1 a 7 años fueron analizadas mediante hazard models.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 251 prótesis. 86 de los 251 pacientes fueron pérdida de seguimiento (34,3%). Durante el primer año de seguimiento se pierden el 9,9% de los pacientes, durante el 2 año el 18,3% acumulado, durante el 3er año el 25,1%, durante el 4 año el 28,6%, durante el 5 el 31,4%, durante el 6 el 33,8% y durante el 7 el 34,3%. Las fracturas agudas y las secuelas de fracturas presentan significativamente más pérdidas ($p < 0,02$) durante los 2 primeros años de seguimiento. La edad y el IMC aumentan significativamente las pérdidas de seguimiento (Haz. Ratio 1.06 y 2.40 ($p < 0,00$)). Los pacientes con mayor balance articular y aquellos que presentan complicaciones tienen menos pérdidas de seguimiento. (Haz. Ratio .97 y .12).

CONCLUSIÓN

Al planificar estudios prospectivos con largo seguimiento y al ajustar el tamaño de la muestra, debe tenerse en cuenta que el número de pacientes perdidos al seguimiento puede ser alto (34,3%), especialmente en fracturas agudas y secuelas de fractura.

Los pacientes que se pierden en el seguimiento de las prótesis de hombro tienden a ser los de edad más avanzada, IMC por encima de 35. Contrariamente, los pacientes con complicaciones y aquellos con mejor resultado, tienden a perderse menos.

COMUNICACIONES ORALES

ARTROPLASTIA INVERTIDA DE HOMBRO EN NUESTRO CENTRO. EVOLUCIÓN DE LA PRÓTESIS TIPO GRAMMONT HASTA LA PRENAVEGACIÓN

Jon Sáenz Ugartondo, Pedro Ignacio Ruiz Moneo, Jorge Molano Muñoz, Adrián Unai Zelaia Arieta-Araunabeña, Andrés Paul Borja Jara, Ana Malo Rodríguez, Jessica Aparicio Bocanegra
Hospital Universitario Álava

INTRODUCCIÓN

El diseño de las artroplastias invertidas se ha modificado para disminuir complicaciones y mejorar el balance articular. El diseño inicial de Grammont de glena medializada y húmero "inlay" de 155° ha evolucionado hacia ángulos más anatómicos. En la actualidad podemos utilizar glenosferas de diferentes diámetros, excéntricas, lateralizadas según Frankle o según Boileau (Bio-RSA).

Otro gran cambio ha sido la llegada de la planificación preoperatoria con ordenador que puede ser implementada con navegación en quirófano o plantillas específicas para el paciente que nos ayuden a una implantación glenoidea más exacta. Hasta 2015 utilizamos en nuestro centro una artroplastia tipo Grammont "inlay" 155° (Aequalis II Reverse Shoulder Arthroplasty). Desde entonces, trabajamos con vástago "onlay" de 145° (Aequalis Ascend Flex) junto a glenosfera habitualmente de 36 mm.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre enero de 2012 y octubre de 2018 realizamos 54 artroplastias inversas de hombro en pacientes con artropatía de manguito rotador a los cuales se les ha realizado un seguimiento prospectivo. La media de edad es 74 años (51-89), con un seguimiento medio de 25.8 meses. Se identificó en el preoperatorio la comorbilidad y se definió el tipo de artropatía de manguito según la clasificación de Hamada. Se identificó también el tipo de defecto glenoideo según la clasificación de Walch.

Hasta finales de 2015 se utilizó el "diseño tipo Grammont" en nuestros pacientes (25) mientras que a partir de entonces se comenzó con el diseño de "húmero lateralizado" (23).

La evaluación clínica se realizó mediante las escalas Constant y Quick Dash antes de la cirugía y a los 12 meses de seguimiento.

RESULTADOS

Obtenemos resultados clínicos satisfactorios en más del 90% de los casos. El Constant absoluto preoperatorio promedio fue de 23, alcanzando los 59 como valor post quirúrgico (a los 12 meses de la intervención) ($P < 0.05$). Con respecto al cuestionario QDASH hemos tenido valores preoperatorios de 67 puntos, y de 32.75 puntos postquirúrgicos (12 meses) ($P < 0.05$). En la escala visual analógica se han obtenido 7.78 puntos en el preoperatorio hasta disminuir a los 2.17 postquirúrgicos (12 meses) ($P < 0.05$).

Comparando ambos tipos de prótesis:

Diseño Grammont:

El Constant absoluto preoperatorio promedio fue de 24.26, con 57 como valor post quirúrgico (12 meses) ($P < 0.05$). El QDASH preoperatorios de 63 puntos, desciende a 35 puntos postquirúrgicos (12 meses) ($P < 0.05$). En la escala visual analógica se han obtenido 7.55 puntos en el preoperatorio y 2.33 postquirúrgicos. (12 meses). ($P < 0.05$). La tasa de complicaciones es del 8% (lesión plexo braquial y neuroapraxia N. musculocutáneo)

Húmero Lateralizado: El Constant absoluto preoperatorio promedio fue de 21.62, con 60 como valor post quirúrgico (12 meses) ($P < 0.05$). El QDASH preoperatorios fue 72, y de 30 postquirúrgicos (12 meses) ($P < 0.05$). En la escala visual analógica se han obtenido 8.03 puntos preoperatorios y 2.02 postquirúrgicos. (12 meses). ($P < 0.05$).

COMUNICACIONES ORALES

CONCLUSIÓN

La prótesis inversa de hombro es una buena alternativa en la artropatía de manguito rotador. Encontramos mejoría estadísticamente significativa en escala Constant, Qdash, balance articular y alivio del dolor, con una satisfacción del 90%.

Con los resultados obtenidos no podemos concluir que un diseño sea superior sobre el otro.

Hacen falta estudios como éste, pero a más largo plazo, para conocer si las modificaciones de diseño implican resultados clínicos más satisfactorios y mayores supervivencias.

ARTROPLASTIA TOTAL INVERTIDA DE HOMBRO CON FIJACIÓN METAFISARIA: RESULTADOS A LARGO PLAZO CON 5-11 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Ofer Levy*, Giuseppe Sforza*, Josep Antón Guillén, Luis Gerardo Natera Cisneros

Hospital General De Granollers, Hospital Asepeyo Sant Cugat

*The Reading Shoulder Unit. Uk

INTRODUCCIÓN

Las indicaciones de las prótesis invertidas de hombro (PIH) se han ido expandiendo en los últimos años. La preservación ósea se ha convertido en un objetivo importante en la artroplastia de hombro. Los componentes humerales metafisarios sin vástago minimizan la resección ósea y preservan el stock óseo.

El objetivo de este estudio fue evaluar los resultados clínicos y radiológicos a largo plazo (5 a 11 años) de la PIH con fijación metafisaria sin vástago diafisario.

MATERIAL Y MÉTODOS

185 hombros consecutivos se sometieron a PIH entre 2005 y 2011, 159 sin vástago y 26 con vástago.

Seguimiento medio de 89 meses (7 años y 5 meses) (rango 60 - 138 meses). 141 mujeres y 44 hombres; edad media en la cirugía 74.8 años (rango 38-93).

Etiología: 108 artropatía por rotura de manguito, 22 secuelas de fractura, 24 artritis reumatoidea, 14 reparaciones de manguito fallidas o roturas irreparables masivas, 3 artrosis primaria con manguito insuficiente o glena erosionada, 8 prótesis anatómicas fallidas con insuficiencia del manguito y 6 fracturas agudas. 14 pacientes se sometieron a PIH bilateral (estadificada) en ese período. 50 pacientes fueron operados como artroplastia de revisión.

RESULTADOS

El "subjective shoulder value" (SSV) mejoró de 0.8 / 10 a 8.2 / 10. El test de Constant (para todos los diagnósticos) mejoró de 15.6 ± 8.6 antes de la operación a 59.0 ± 20.4 (Edad / sexo ajustado 86.8 ± 30.3) en el último seguimiento ($p < 0.0001$). El rango de movimiento activo promedio mejoró de 53 ° a 129.5 ° de elevación, de 10 ° a 50.6 ° de rotación externa activa y de 24 ° a 67.2 ° de rotación interna activa. El análisis radiográfico no mostró lucencias, hundimientos ni stress shielding alrededor de los componentes humerales o glenoideos.

Se evidenció notching en 38 pacientes (20.5%) (36 grado 1-2, 6 grado 3).

CONCLUSIÓN

La PIH con fijación metafisaria ofrece resultados alentadores a largo plazo, con excelente mejoría del dolor y función del hombro, restauración de un buen rango de movimiento activo y altas puntuaciones de satisfacción de los pacientes. El diseño de este implante parece dar como resultado movimientos de rotación mejorados, baja incidencia de notching glenoideo, y ausencia de stress shielding.

COMUNICACIONES ORALES

¿ES FACTIBLE EL USO DE LA CLAVÍCULA DISTAL COMO INJERTO AUTÓLOGO LOCAL EN ARTROPLASTIA DE HOMBRO?

Raul Barco Laakso, Alfonso Vaquero Picado, Luis Cuadrado Rubio, Joaquín Sánchez Sotelo*, Mark Mighell**

Hospital Universitario La Paz. Madrid

*Clínica Mayo. Rochester. Usa

**Florida Orthopaedic Institute. Usa

INTRODUCCIÓN

La existencia de defectos óseos glenoideos en cirugía primaria y de revisión plantea problemas técnicos importantes durante la cirugía. La necesidad de utilizar injerto óseo es frecuente en una práctica donde se realizan casos complejos u cirugía de revisión. El injerto de referencia es la cresta ilíaca pero es agresiva para el paciente, con morbilidad no desdeñable y alarga la cirugía de manera significativa. Se estudia la posibilidad técnica de utilizar la clavícula distal como injerto autólogo local para su uso como injerto en la cavidad glenoidea.

MATERIAL Y MÉTODO

Se utilizó estudios TC de pacientes intervenidos mediante artroplastia por artrosis primaria o artropatía de manguito para determinar el diámetro máximo de la cavidad glenoidea y la longitud anteroposterior de la clavícula, la altura de la clavícula y la posibilidad de extraer un injerto circular. Se utilizó un programa estadístico estándar para los cálculos. Su utilización estadística descriptiva y la Rho de Spearman para el cálculo de correlaciones entre mediciones.

RESULTADOS

El diámetro medio de la glenoides fue de 26.81 +/- 3.07 (SD) mm. Las medidas de la clavícula distal media fueron de 22,19 +/- 3,75 (SD) mm de diámetro anteroposterior y 10.9 +/- 1.68 (SD) mm de altura. Existía una correlación positiva muy débil entre el diámetro de la glenoides y el diámetro AP de la clavícula (0,08-0,01) y mayor entre diámetro de la glenoides y altura de la clavícula (0,3164-0,5974). El relleno óseo medio de la glena utilizando la clavícula distal fue del 69,49 %.

CONCLUSIÓN

El uso local de la clavícula como injerto óseo local glenoideo es una alternativa factible para su uso tanto en cirugía primaria como de revisión. Permite una lateralización o relleno mediolateral medio de 1 cm y permitiría utilizarse para rellenar defectos contenidos glenoideos de 70% de la cavidad glenoidea.

RECONSTRUCCIÓN DE LOS DEFECTOS ÓSEOS DE GLENA CON INJERTO ESTRUCTURAL ASOCIADO A ARTROPLASTIA INVERSA DE HOMBRO

Jose Enrique Aroca Navarro, Agustín Pina, Marta Navarro

Hospital Universitario La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN

La presencia de un defecto óseo glenoideo constituye un problema quirúrgico difícil de solventar en la implantación de una artroplastia inversa de hombro.

Estos defectos habitualmente ocurren tras un aflojamiento protésico glenoideo, tras una erosión en una hemiarthroplastia o en un fallo de osteosíntesis humeral, en artropatías inflamatorias, erosión posterior en artrosis primaria, o en fracturas peroperatorias. El objetivo de este estudio es revisar clínica y radiográficamente aquellos pacientes en los que se colocó un injerto óseo en glena asociado a artroplastia inversa de hombro.

COMUNICACIONES ORALES

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de 19 pacientes con cirugías primarias o de revisión en los que se ha empleado un injerto glenoideo con un seguimiento medio de 24 meses (12-62 meses). Se utilizó injerto autólogo de la cabeza humeral en cirugías primarias y aloinjerto de banco en cirugías de revisión. El examen clínico se realizó valorando el rango de movilidad, el grado de dolor con la escala visual analógica, y el estudio radiográfico valorando la consolidación del injerto, su reabsorción y el correcto posicionamiento del implante.

Resultados

En 7 casos se emplearon aloinjertos y en 12 autoinjertos. Un paciente no pudo ser revisado debido a su fallecimiento por un proceso no relacionado con la cirugía. En un paciente se colocó la glenosfera en un segundo tiempo cuando el injerto y la metaglena habían consolidado, debido a una estabilidad inicial precaria. Como complicaciones postquirúrgicas tuvimos: un caso de aflojamiento glenoideo aséptico, una fractura de acromion y clavícula en el mismo paciente y una migración de la aguja de fresado de la metaglena. La puntuación media en la escala de Constant mejoró de 29,5 a 45,3. Los mejores resultados se obtuvieron en cirugía primaria utilizando autoinjerto de cabeza humeral.

CONCLUSIÓN

La utilización de injertos estructurales en defectos óseos glenoideos representa una técnica útil que permite la reconstrucción del remanente óseo y la colocación de una artroplastia inversa de hombro en la mayoría de las ocasiones, obteniendo una elevada tasa de incorporación del injerto y una prótesis estable, con unos resultados clínicos satisfactorios.

REMODELADO ÓSEO DEL VÁSTAGO HUMERAL EN LA ARTROPLASTIA INVERSA NO CEMENTADA DE HOMBRO

Yaiza Lopiz, Camilla Arvinus, Carlos García-Fernández, Fernando Marco
Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid

INTRODUCCIÓN

Cada vez se emplean con mayor frecuencia los vástagos no cementados en la artroplastia inversa con el fin de facilitar la cirugía de revisión. Estos vástagos se acompañan de importantes cambios radiológicos, y así como en la artroplastia de cadera estos cambios se han asociado a unos malos resultados funcionales, en la artroplastia de hombro esta asociación aún no se ha podido establecer debido a la ESCASEZ DE ESTUDIOS AL RESPECTO. El objetivo de nuestro estudio es analizar los cambios radiológicos observados con dos modelos de vástago no cementado con más de cinco años de evolución y establecer si existe correlación entre estos cambios radiológicos y la situación funcional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante los años 2003 a 2011 se realizaron 93 prótesis Invertidas de Hombro de las cuales 27 fueron no cementadas, se incluyeron 25, 13 artroplastias LIMA-SMR (Grupo I: fijación predominantemente diafisaria proximal) y 12 artroplastias DELTA XTEND (Grupo II: fijación predominantemente metafisaria). Se analizaron los cambios radiológicos en el vástago humeral: líneas radiolucencia (Gruen), Stress-shielding, tamaño relativo del vástago (TRV), calcificaciones heterotópicas (Brooker) y grado de reabsorción ósea y se determinó la existencia de correlación clínica (escala de Constant) con dichos cambios radiológicos.

RESULTADOS

La edad media de los pacientes cuando se implantó la prótesis fue de 75 años, 80% mujeres y el seguimiento medio fue de 81,2 meses (62-124). Los diagnósticos iniciales fueron 25 Artropatías del Manguito rotador. El CONSTANT medio fue de 64

COMUNICACIONES ORALES

(50-88) siendo para el grupo I 61 frente a 67. En el grupo I se encontraron en un 50% líneas de radiolucencia menores de 2mm en la zona 1 de Gruen frente a un 33% en el grupo II y en un 58% en la zona 7 frente a un 23%.

En las zonas 4 y 5 se apreciaron líneas de radiolucencia menores 2mm en un 33% y 25% en el grupo II frente a un 15% y 7% en el grupo I sin encontrarse significación estadística en estas diferencias. Encontramos signos radiográficos de stress-shielding 16%/0% (grupo I/II), el TRV medio resultó ser de 0,42/0,45 (Grupo I/II) y se encontraron calcificaciones heterotópicas en un 64% frente a un 61%. Presentaron grados menores de reabsorción ósea (<3 áreas con líneas de radiolucencia) 66%/77% (grupo I/II). No se hallaron desimplantaciones del vástago humeral, ni hundimientos en ningunos de los pacientes en el total de seguimiento. No se encontró correlación estadísticamente significativa entre la presencia de cada uno de los cambios radiográficos estudiados y los resultado en la escala de Constant.

CONCLUSIÓN

Los vástagos de fijación predominantemente diafisaria se acompañan de mayor osteopenia proximal que los vástagos de fijación metafisaria, sin embargo, a medio plazo esto no se traduce en una mayor tasa de desimplantación protésica ni guarda correlación con la situación funcional del paciente.

SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE ARTROPLASTIA INVERSA CON CENTRO DE ROTACIÓN NO MEDIALIZADO

Samuel Antuña, Raul Barco Laakso, Alfonso Vaquero Picado
Hospital Universitario La Paz. Madrid

INTRODUCCIÓN

La introducción de nuevas configuraciones sobre el diseño original de P. Grammont debe validarse con estudios de seguimiento largo. El objetivo del presente trabajo es evaluar los resultados a medio plazo de un sistema con un CR no medializado y un vástago humeral lateralizado.

MATERIAL Y MÉTODO

Se consulto el registro de los pacientes iniciales los que se utilizó este implante (2008-2012). 32 de los 35 pacientes iniciales con un seguimiento mínimo de 5 años fueron evaluados clínicamente con la obtención de un CS y mediante un estudio radiológico convencional.

RESULTADOS

Cinco pacientes (15%) requirieron una nueva intervención. Un paciente tuvo una infección tardía que requirió la retirada del implante, 2 pacientes sufrieron una fractura postoperatoria (2 periprótésica humeral) con implantes intactos, 1 paciente fue revisado por aflojamiento humeral y 2 pacientes fueron revisados por una disociación del par metaglena-glenosfera. 1 paciente tuvo una luxación traumática en el 3 mes postoperatorio y un paciente sufrió una fractura acromial postraumática que se trató conservadoramente.

Hubo una movilización aséptica de la metaglena y un aflojamiento humeral que no han requerido recambio del implante. La supervivencia del implante a 5 años es del 94%. La media de CS(A) a 5 años es de 64 puntos. La tasa de notching es de 9,4%.

CONCLUSIÓN

La utilización de consigue resultados de supervivencia comparables con el sistema original de Grammont. La baja tasa de notching escapular y aflojamiento glenoideo confirma que la utilización de sistemas glenoideos no medializados son seguros a largo plazo. La alta tasa de reoperación refleja la complejidad de estos pacientes y la curva de aprendizaje del implante.

COMUNICACIONES ORALES

ARTROPLASTIA TOTAL INVERTIDA DE HOMBRO CON FIJACIÓN METAFISARIA EN PACIENTES MENORES DE 65 AÑOS: 2 A 11 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Giuseppe Sforza*, Ofer Levy*, Josep Anton Guillén, Luis Gerardo Natera Cisneros, Hospital General De Granollers, Hospital Asepeyo Sant Cugat

*The Reading Shoulder Unit. Uk

INTRODUCCIÓN

Las prótesis invertidas de hombro (PIH) se utilizan cada vez más para el tratamiento de la artropatía glenohumeral con manguito rotador deficiente, y otras indicaciones que pueden incluir pacientes más jóvenes. Es por ello que la preservación del stock óseo se está convirtiendo en un objetivo importante en el contexto de la artroplastia de hombro.

El objetivo de este estudio fue escribir los resultados clínicos y radiológicos de la PIH con fijación metafisaria en pacientes de 65 años o menos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se evaluaron 44 pacientes (29 mujeres, 15 hombres) con una edad media de 59 ± 6 años (rango, 39-65 años), que se sometieron a una PIH entre 2006 y 2015.

Las indicaciones fueron artropatía por rotura del manguito, artritis reumatoide, artrosis primaria y secuela de fractura. 17 fueron revisiones. Los pacientes fueron evaluados prospectivamente tanto clínica como radiográficamente antes de la operación, a las 3 semanas, 3, 6, 12, 24 meses y después de la operación. Se utilizaron el "Constant score" (CS), y el "subjective shoulder value" (SSV).

RESULTADOS

A los 2 años de seguimiento, el CS medio mejoró de 18.1 ± 11.9 a 60.1 ± 18.6 ($p < 0.001$) y el SSV medio mejoró de 11.5 ± 3.5 a 3.9 ± 3.3 ($p < 0.001$). La elevación activa media fue de $141.1^\circ \pm 41.9^\circ$ ($p < 0.001$) con una mejora de $87^\circ \pm 42^\circ$, la rotación externa activa de $36.9^\circ \pm 21.4^\circ$ ($p < 0.001$) con una mejora de $16^\circ \pm 22^\circ$ y la rotación interna activa de $66.2^\circ \pm 23.1^\circ$ ($p < 0.001$) con una mejora de $40.1^\circ \pm 35^\circ$. Todos los pacientes calificaron su hombro como mejor o mucho mejor que antes de la operación. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el resultado a los 12 y 24 meses de seguimiento; sin embargo, se observaron algunas mejoras adicionales en casi todos los hombros con el tiempo. No se observaron diferencias entre los casos primarios y de revisión. A los 2 años de seguimiento, no se evidenciaron lucencias, hundimientos, stress shielding, glenoid notching o aflojamientos.

CONCLUSIÓN

La PIH se puede indicar en pacientes de 65 años o menos, ofreciendo buenos resultados clínicos y radiológicos, así como altos índices de satisfacción. Un implante corto de fijación metafisaria preserva el stock óseo para potenciales cirugías futuras. Los resultados clínicos y radiológicos se mantienen a lo largo del tiempo.

CIRUGÍA DE REVISIÓN EN ARTROPLASTIA DE HOMBRO

Marta Navarro, José Enrique Aroca Navarro, Agustín Pina
Hospital Universitario La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo retrospectivo es analizar la epidemiología en la revisión de las prótesis de hombro así como los resultados obtenidos a corto plazo.

COMUNICACIONES ORALES

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de 33 pacientes con una edad media de 65,2 años (39-86) intervenidos entre los años 2007 y 2017 para realizarles un recambio protésico, con un seguimiento medio de 32,5 meses (12-12). Se realizó el recambio de 6 prótesis totales anatómicas, 9 invertidas, y 18 hemiartroplastias (una de ellas sin vástago). La etiología que justificó la cirugía fue: aflojamiento aséptico de alguno de los componentes (5 pacientes), malposición de la prótesis (2), sospecha clínica de infección (6), dolor sin signos de infección (18), inestabilidad protésica (1), fractura periprotésica (1). Se volvió a implantar una prótesis total anatómica en un paciente y en el resto (32) se colocó una prótesis invertida. El recambio se realizó en dos tiempos en 6 pacientes y en un solo tiempo en el resto. Se realizó una evaluación clínica con el test de Constant y un examen radiográfico.

RESULTADOS

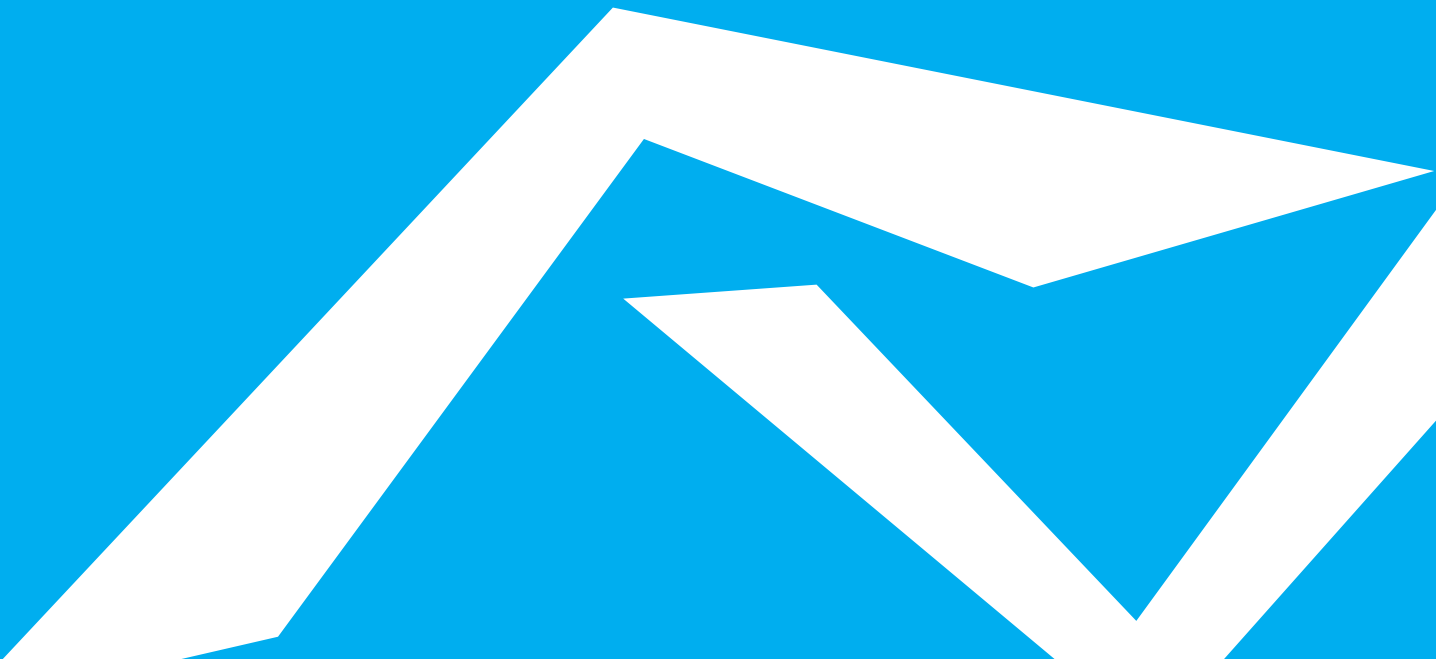
Existieron cuatro complicaciones relacionadas directamente con la cirugía: dos inestabilidades protésicas: una de ellas se solucionó con una reducción cerrada precoz e inmovilización en abducción y la otra obligó a 3 cirugías posteriores logrando finalmente una articulación estable; una fractura de glena, que precisó una cirugía posterior para reconvertir de nuevo a una hemiartroplastia, una lesión del plexo braquial y un fracaso renal que se recuperaron posteriormente.

Se obtuvieron cultivos peroperatorios positivos a algún germen en 15 pacientes, no encontrando signos de infección activa en el último control en ninguno de ellos. En el examen clínico mediante el test de Constant se logró una puntuación total media de 32,5, siendo los resultados parciales de 5,5 para el dolor, 9 para la actividad, 13,2 para la movilidad y 4,8 para la fuerza.

CONCLUSIONES

El número de recambios protésicos en cirugía de hombro ha ido aumentando en nuestro medio con el tiempo. La cirugía de recambio protésico se acompaña de un elevado número de complicaciones. Los resultados de este tratamiento distan mucho de ser óptimos. Se debe sospechar siempre una infección oculta como posible causa de la etiología.

CARTELES CIENTÍFICOS



CARTELES CIENTÍFICOS

ALOINJERTO DE OLÉCRANON Y TENDÓN TRÍCEPS EN PACIENTE CON PSEUDOARTOSIS DE FRACTURA OLÉCRANON CON AFECTACIÓN APARATO EXTENSOR CODO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Lola Garrido Pozo; Dolores Pilar Garrido Pozo; Andrea Paniagua González; Juan Pablo Aguado Fernández; Larraitz Bergara Nieto; Raúl Zapata Rodrigo; Ismael Rahmuni del Pozo
Fraternidad-Muprespa

INTRODUCCIÓN

Las lesiones de tríceps braquial en el codo son infrecuentes. Se caracterizan por limitación de la extensión contrarresistencia. Debido a que el tríceps es el principal extensor del codo, la cirugía está indicada en la mayoría de los casos.

En lesiones agudas se basa en el reanclaje anatómico del tendón al olécranon, generalmente con buenos resultados, mientras que en lesiones crónicas o con mala calidad del tejido se requieren técnicas de reconstrucción con injertos tendinosos o colgajos, con resultados más variables.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un varón de 28 años, que sufre accidente de tráfico en julio 2009 causándole fractura-luxación abierta de codo (Gustilo IIIA) con afectación de olécranon, coronoides y cabeza radial. El paciente es intervenido de urgencia realizándose limpieza exhaustiva de la herida, síntesis de fractura de olécranon mediante cerclaje de alambre y osteosíntesis de fracturas de coronoides y cabeza radial con tornillos a compresión.

Una vez estabilizado es trasladado a nuestro centro. Tras 3 meses de evolución no se objetivan signos de consolidación en fractura de

olécranon, además de falta de compresión en foco de fractura por lo que se decide reintervención quirúrgica. Se realiza: retirada de cerclaje, liberación de nervio cubital, se objetiva consolidación de fractura de coronoides, limpieza de foco de pseudoartrosis olécranon, relleno con injerto autólogo de hueso esponjoso y nueva síntesis con placa de olécranon.

Tres semanas después, el paciente sufre una caída sobre el mismo codo que le causa avulsión del olécranon en su inserción tricípital, manteniendo resto de síntesis epífisis proximal del cúbito estable; por lo que se decide esperar a consolidación completa y más adelante reinsertar tríceps.

Tras 4 meses de evolución postcirugía, se objetiva consolidación fracturas cúbito proximal (coronoides y olécranon) mediante TAC, por lo que es intervenido para retirada de placa de cúbito y reanclaje de tendón tricípital y avulsión ósea olecranon. Se realiza desbridamiento de extremos óseos y reinsertación del tríceps mediante sutura transósea cruzada.

A los 2 meses, consigue una flexión casi completa, pero persiste limitación de la extensión contrarresistencia.

A los 3 meses, se realiza nueva intervención quirúrgica en la que se objetiva rotura de la sutura del tríceps. Se realiza liberación del extremo proximal del tríceps, osteotomía de olécranon y preparación de plastia de aloinjerto osteotendinoso que se sintetiza a cúbito con cerclaje y sutura del tendón del injerto al borde libre y sano del tendón tricípital. Impregnación posterior con factores de crecimiento.

Se coloca inmovilizador de codo a 45° de flexión, con aumento progresivo de la flexión: a la 4ª semana se libera a 75° y la 6ª semana se llega a 90° de flexión.

RESULTADOS

A los 5 meses consigue un BA de Flexo-extensión: 100°-0°-20° y Pronosupinación 90-0-70°. El paciente es dado de alta laboral a los 7 meses y con lesiones no invalidantes.

Actualmente, tras 6 años de la última cirugía, realiza una vida normal. Presenta una movilidad casi completa con limitación de extensión de 20° y un ligero déficit de fuerza en tríceps. En Rx el injerto está incorporado con material de síntesis bien posicionado.

CARTELES CIENTÍFICOS

CONCLUSIONES

El tratamiento de la avulsión del tríceps braquial es controvertido y debe individualizarse según las características de cada paciente, el grado y el tiempo transcurrido desde la lesión.

AFECTACIÓN ATRAUMÁTICA DEL NERVO INTERÓSEO POSTERIOR POR COMPRESIÓN POR QUISTE SINOVIAL

Davit Shafrazyan, Xavier Piqueres García
COT-CAT, APTIMA-BCN

INTRODUCCIÓN

La compresión del nervio interóseo posterior (NIP) puede ser causa de dolor persistente en cara lateral del codo y dorsolateral proximal del antebrazo.

El síndrome de “mano caída” puede hacer sospechar la compresión de dicho nervio, habitualmente a nivel de la Arcada de Fröhse.

La sospecha clínica y el tratamiento adecuado pueden restaurar la correcta funcionalidad de la musculatura afectada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 46 años que debuta con dolor en la cara dorsolateral del codo izquierdo con paresia en la musculatura extensora de la mano y dedos. A las 4 semanas de evolución refiere mejoría del dolor con imposibilidad de extensión de la muñeca y dedos de la mano izquierda. Se solicita EMG que informa de leve afectación de la musculatura inervada por la raíz cervical C7. La RMN cervical no demuestra patología, y con la sospecha de posible afectación compresiva del N.Radial se solicita RMN de codo donde se aprecia imagen compatible con compresión del nervio interóseo posterior (NIP) por un quiste sinovial en relación con ligamento anular. Se realiza tratamiento quirúrgico mediante abordaje lateral del codo, realizando la disección del NIP y la exéresis del ganglión (diagnostico confirmado a posteriori mediante AP).

RESULTADOS

Postoperatorio sin incidencias con recuperación progresiva de la función de la musculatura afectada. A los 30 días de la intervención la paciente presenta movilidad completa de la muñeca y dedos con ligera sensación de falta de fuerza en la abducción del dedo pulgar.

CONCLUSIÓN

Una de las causas de compresión de NIP son las lesiones ocupantes de espacio. Se trata de patologías poco frecuentes donde la sospecha clínica y la RMN juegan un papel crucial en su diagnóstico precoz.

El tratamiento quirúrgico precoz con liberación del nervio afectado es primordial para la resolución de la sintomatología.

PROCESO SUPRACONDILAR COMO CAUSA DE COMPRESIÓN DEL NERVO MEDIANO A NIVEL DEL CODO

Joaquin Rodríguez Miralles, G. Fallone Lapi; A. Escolà Benet; M. Valls Mellado;
Hospital Universitari General de Catalunya

INTRODUCCIÓN

La asociación de una exóstosis en humero distal (proceso supracondilar) asociada a un ligamento orientado desde su punta a la epitroclea (Ligamento de Struthers) es una variante anatómica poco común (1-3% de la población) y causa compresión del mediano incluso con menos frecuencia. Presentamos un caso clínico de compresión del nervio mediano por un proceso supracondilar con algunas variantes al cuadro descrito originalmente.

CARTELES CIENTÍFICOS

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso clínico: Hombre de 41 años, trabajador metalúrgico, con antecedente de liberación del Síndrome del Túnel del carpo (STC) en mano izquierda en 2011 en su mutua laboral sin mejoría clínica. Consulta por acroparestesias en territorio del mediano izquierdo que aumentan con esfuerzo mecánico y flexión del codo, a la exploración se palpa prominencia indurada en húmero distal. Es orientado como compresión del N. Mediano a nivel de codo.

Se solicita Electromiografía (EMG) que es reportada como no patológica. Las radiografías simples evidencian exóstosis en cara anterointerna del tercio inferior del húmero. La resonancia nuclear magnética (RNM) evidencia exóstosis en estrecha relación con arteria braquial y nervio mediano.

Se realiza tratamiento quirúrgico para liberación del nervio mediano que estaba desplazado posterointernamente y adherido a la exostosis. El proceso supracondilar presentaba un ligamento de Struthers con una inserción anormalmente proximal a la epitroclea y daba origen a fibras del pronador redondo. Se realizó también resección de la exóstosis y su ligamento.

RESULTADOS

Las radiografías postoperatorias no muestran vestigios de la exóstosis y descartan proceso bilateral. Al año de seguimiento el paciente presenta un balance articular del codo sin limitación, y desaparición completa de la sintomatología que le permite realizar una vida laboral normal.

CONCLUSIÓN

Los síndromes de atrapamiento de nervio periférico pueden tener varios puntos de compresión, es indispensable explorar todo el recorrido del nervio para determinar su nivel sobre todo en un caso como este que no es el clásico perfil del paciente con STC.

Analizamos la anatomía de un proceso supracondíleo con ligamento de Struthers y una posición atípica del nervio mediano, así como la anatomía patológica que explica la fisiopatología de la compresión.

PLASTIA DE INTERPOSICIÓN PARA LA ARTICULACIÓN RADIO-CUBITAL PROXIMAL Y RADIO-CAPITELAR SEGÚN TÉCNICA DESCRITA POR MORREY

José Ángel Rivas Laso; Miguel Torres Torres; Raquel Otero Suarez; Alberto Arnanz Remis; María Brotat Rodríguez; Carmen González Alonso; Marta Baruque Astruga

Complejo Asistencia Universitario de Palencia

INTRODUCCIÓN

El manejo de las lesiones postraumáticas de la articulación radio-cubital proximal y de la articulación radio-capitelar supone un reto para los cirujanos ortopedas, especialmente porque en ocasiones se presentan diferentes patologías asociadas y no existe un único tratamiento fiable y reproducible para este tipo de fracturas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una mujer de 42 años que tras sufrir una caída fortuita desde su altura presenta dolor e impotencia funcional en codo izquierdo. Sin antecedentes médicos de interés.

La paciente es sometida a una osteosíntesis de la cabeza de radio con tornillos, obteniéndose una correcta reducción y fijación. Tras la cirugía la herida evoluciona correctamente, la paciente refiere dolor en codo, siendodiagnosticada a los 10 meses de pseudoartrosis y se procede a una exéresis de cabeza de radio. Durante la cirugía se pudieron observar lesiones condrales en capitelum. Tras la pseudoartrosis, la paciente fue diagnosticada de Hipertiroidismo.

A los siete meses después de la exéresis, la paciente refiere dolor en codo, especialmente relacionado con un resalte que se aprecia en prono-supinación.

CARTELES CIENTÍFICOS

Mediante RMN se objetivan cambios compatibles con un impingement mecánico en la articulación radio-cubital proximal. Finalmente, 15 meses después de la exéresis se somete a la paciente a una plastia de interposición de ancóneo en la cabeza radial, siguiendo la técnica tipo II descrita por Morrey.

RESULTADOS

En el postoperatorio la paciente no refiere dolor, presentando buen balance articular, sin signos clínicos de impingement.

C

CONCLUSIÓN

La plastia del músculo ancóneo ha sido descrita para el tratamiento de las complicaciones relacionadas con la patología de la articulación radio-cubital proximal y de la radio-capitelar, especialmente en aquellos pacientes en los que se ha realizado una exéresis de la cabeza radial. Este tratamiento fue elegido para nuestra paciente debido a las lesiones condrales que presentaba en capitulum y contraindicaban una prótesis de cabeza de radio.

SÍNDROME DEL TRÍCEPS EN RESORTE (SNAPPING TRICEPS SYNDROME): A PROPÓSITO DE UN CASO

Alejandro César Urgel Granados; María Royo Agustín; Agustín Rillo Lázaro; Jorge García Fuentes; María Pilar Muniesa Herrero; Ángel Castro Sauras;
Hospital Obispo Polanco

INTRODUCCIÓN

El síndrome de tríceps en resorte es un síndrome raramente diagnosticado, que a menudo pasa inadvertido. Este síndrome se observa con más frecuencia en hombres de mediana edad, generalmente trabajadores manuales o atletas.

El objetivo de este estudio es revisar la etiología de este síndrome, su cuadro clínico característico y las distintas opciones terapéuticas descritas en la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos la revisión de un caso clínico de un varón de 37 años, levantador de pesas, que acude a Urgencias por dolor en codo derecho tras contusión. A raíz de este episodio, presentaba dolor persistente en el canal cubital, acompañado de parestias en territorio cubital. Ante la sospecha diagnóstica de neuropatía cubital a nivel epitroclear, se le realizó un estudio por resonancia magnética nuclear (RMN), presentando una neuritis cubital asociada a cambios inflamatorios a nivel de la epitroclea.

RESULTADOS

El paciente fue sometido a una primera cirugía, realizando una liberación del nervio cubital en el canal epitrocleo-olecraneano. Se diagnostica intraoperatoriamente de tríceps en resorte, sin asociar ningún gesto quirúrgico adicional. En el control postoperatorio mediante RMN, persiste una neuritis del nervio cubital, asociada a un engrosamiento focal de 17 mm inmediatamente proximal al canal cubital. Ante la persistencia de clínica (tríceps en resorte y dolor), el paciente se sometió a una segunda intervención quirúrgica. En esta ocasión se realiza una transposición subcutánea anterior del nervio cubital, osteotomía de la epitroclea y transposición del vientre muscular medial del tríceps. El postoperatorio transcurre sin incidencias, con una recuperación satisfactoria tras el periodo de rehabilitación.

CONCLUSIÓN

Generalmente se produce la subluxación del tríceps sobre el epicóndilo medial.

Puede ser asintomático, aun que frecuentemente asocia un síndrome del túnel cubital. Se describe comúnmente como un primer chasquido (subluxación del nervio cubital alrededor de 70° a 90° de flexión), seguido rápidamente por un segundo chasquido (subluxación del tríceps medial a 115°).

CARTELES CIENTÍFICOS

Dentro de su etiología, se han descrito distintas variaciones anatómicas (vientre medial del tríceps prominente, variaciones anatómicas del tríceps, hipoplasia de la epitroclea, hipertrofia del músculo tríceps, cúbito varus tras fracturas supracondíleas de húmero, etc). Si el diagnóstico clínico es incierto, se puede realizar una RMN del codo en varias posiciones de flexión o una ecografía dinámica. Si se omite su diagnóstico, el tratamiento aislado del síndrome de atrapamiento cubital no resulta satisfactorio.

Los tratamientos descritos en la literatura varían, pero la extirpación o la transposición del vientre medial del tríceps y la osteotomía humeral medial se encuentran entre los más extendidos.

LA ARTROPLASTIA DE INTERPOSICIÓN CON FASCIA LATA SEGÚN LA TÉCNICA DE GRIKA COMO TRATAMIENTO DE LA ARTROSIS POSTRAUMÁTICA DE CODO EN EL PACIENTE ADULTO CON ALTA DEMANDA FUNCIONAL: VALIDEZ Y SEGURIDAD

Michele Bisaccia; Paloma Manzarbeitia Arroba; David Gómez Garrido; Luigi Meccariello; Cristina Ibáñez Vicente; Adrián Llaquet Leiva; Carmen Avilés Morante; Felix Sánchez Sánchez
Italia

INTRODUCCIÓN

La artroplastia de interposición de codo es un procedimiento habitual que se realiza principalmente en pacientes jóvenes y activos con alta demanda funcional. En estos casos está contraindicado el reemplazo protésico y la artrodesis no resultaría aceptable.

Se expone el caso de un varón de 34 años que presenta una consolidación viciosa de húmero distal, rigidez de codo y claros signos de artrosis en su brazo dominante, tratado con la Técnica IA de Grika, a los 5 años de seguimiento

MATERIAL Y MÉTODOS

Se expone el caso de un varón de 34 años que presenta una consolidación viciosa de húmero distal, rigidez de codo y claros signos de artrosis en su brazo dominante, tratado con la Técnica IA de Grika, a los 5 años de seguimiento Durante el seguimiento se comparan el miembro patológico con el sano según rango de movilidad, fuerza, calidad de vida subjetiva según la Mayo Elbow Performance Score (MEPS) y complicaciones postquirúrgicas. Se utilizó un dinamómetro hidráulico para evaluar flexoextensión, pronosupinación y la fuerza muscular.

RESULTADOS

en el primer y quinto año de seguimiento los resultados son excelentes.

CONCLUSIÓN

La técnica de Grika es una opción válida como tratamiento en las lesiones de codo.

FRACTURA DE LA APÓFISIS CORACOIDES ASOCIADA A LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Mercè Oliveras Font; Diana Noriego Muñoz; Víctor Manuel Apraez Portilla; Diego Gutiérrez de la Iglesia; Miguel Ángel Froufe Siota;
Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Girona

INTRODUCCIÓN

La fractura de la base de la coracoides representa un 1% de todas las fracturas y su asociación a una luxación acromioclavicular es todavía más infrecuente.

CARTELES CIENTÍFICOS

Habitualmente se detecta esta lesión combinada mediante un TAC, ya que con una radiografía simple es fácil que la fractura de la coracoides pueda pasar desapercibida.

Existen muy pocos casos descritos en la literatura y todavía no hay acuerdo sobre cuál es su mecanismo de producción y su tratamiento más adecuado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una mujer de 40 años que acudió a urgencias después de una caída directa sobre su hombro derecho desde un metro de altura. Refería dolor a nivel acromioclavicular y cara anterior hombro, el estado neurovascular era correcto y su abducción/antepulsión estaban limitadas a 60°. En la radiografía se observó una separación de la articulación acromioclavicular derecha con una imagen sugestiva de fractura de la apófisis coracoides. Se realizó un TAC que confirmó una fractura de la base de la coracoides (tipo I de Ogawa).

Bajo anestesia general y en posición en silla de playa, la paciente fue intervenida quirúrgicamente.

Se realizó una incisión curva desde el extremo distal de la clavícula hasta a nivel deltopectoral. Se observó una rotura completa de los ligamentos AC, la integridad de los ligamentos CC (grado II de Rockwood), y la fractura de la base de la apófisis coracoides. En un primer tiempo, se realizó la reducción abierta de la fractura de la apófisis coracoides bajo control escópico y la fijación con un tornillo canulado de 4,5 x 50 mm, tras lo cual se objetivó la reducción de la luxación AC por lo que se decidió estabilizar con dos agujas de Kirschner desde acromion. La paciente fue inmovilizada mediante un cabestrillo y fue seguida en consultas externas con controles radiológicos.

RESULTADOS

A las cinco semanas de la cirugía, se retiran las agujas de Kirschner y se inician los ejercicios de movilización activa del hombro. Dos meses después de la cirugía la paciente sigue con el programa de rehabilitación y está sin dolor, con un rango de movilidad de: abducción 120°, antepulsión 160°, rotación interna D12 y rotación externa de 60°. La radiografía demuestra un ascenso de la articulación acromioclavicular y signos de consolidación de la coracoides sin desplazamientos secundarios.

CONCLUSIÓN

La asociación de una fractura de coracoides con una luxación acromioclavicular es una lesión extremadamente infrecuente, difícil de identificar con radiografías convencionales, por lo que, ante la sospecha se recomienda realizar un TAC para confirmar el diagnóstico.

Actualmente, no se conoce el mecanismo de producción y no hay consenso con la indicación y el tipo de tratamiento a realizar, aunque, en la mayoría de casos el resultado funcional es muy bueno.

BURSITIS SUBDELTOIDEA EN GRANOS DE ARROZ COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ARTRITIS REUMATOIDE

Cesar Soriano; Luis Peidró; Sergi Sastre
Hospital Clínic. Barcelona

INTRODUCCIÓN

En pacientes con diagnóstico reciente de artritis reumatoide (A.R.), la disfunción del hombro raramente aparece como síntoma aislado. La formación de cuerpos de arroz intraarticulares, inicialmente asociada a artritis tuberculosa, es más común diagnosticarla asociada a enfermedades reumatológicas, como la A.R. Describimos el caso de una paciente en la que una bursitis subdeltoidea en granos de arroz constituyó la primera manifestación de AR.

CARTELES CIENTÍFICOS

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 54 a. de edad, que refiere antecedentes de tendinitis de supraespinoso derecho de años de evolución, y que acude a Urgencias por presentar dolor, limitación funcional y tumefacción en dicho hombro, de 4 días de evolución, sin antecedente traumático.

En la Rx se aprecia espacio subacromial aumentado. Se realiza artrocentesis, obteniendo líquido sinovial de aspecto inflamatorio, sin gérmenes en la tinción de gram.

En la analítica sanguínea destaca VSG 100 mm/h y PCR 13.75 mg/dl, sin leucocitosis. Se orienta el cuadro como artritis inflamatoria y se completa estudio ambulatoriamente.

La RMN mostró sinovitis glenohumeral y distensión subacromial por la presencia de múltiples nódulos homogéneos.

Se realiza artroscopia a los 3 meses del episodio inicial, observando abundante sinovitis glenohumeral y erosiones en el cartílago humeral y glenoideo. En la bursa subdeltoidea se aprecian múltiples cuerpos libres de 1 cm de diámetro aprox.. Se practica sinovectomía amplia, bursectomía y extracción de los cuerpos libres.

RESULTADOS

La paciente mostró rápido alivio de su sintomatología álgica en el postoperatorio inmediato.

La anatomía patológica mostró sinovitis crónica inespecífica. Los nódulos estaban compuestos de material fibrinoide y células inflamatorias, compatibles con una etiología reumatoide.

Los cultivos fueron negativos para bacterias, parásitos y tuberculosis. La analítica reumatológica mostró un factor reumatoide de 17 (normal < 25), apareciendo elevados tan sólo los niveles de anticuerpos anti-CCP (98; normal < 25).

En el control a los 2 años, la ecografía muestra adelgazamiento global del manguito, con ruptura completa en supraespinoso, y atrofia muscular, con leve derrame subacromial. La RX seguía mostrando un espacio acromio-humeral aumentado.

La PCR y VSG eran normales, pero los anticuerpos anti-CCP seguían aumentados (190).

La movilidad activo-pasiva del hombro estaba limitada a AP 90°, la RI a sacroilíaca y la RE 30°, pero no tenía dolor en reposo. No refería la aparición de otras artralgiás y continúa tratamiento conservador sintomático.

RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTOS CORACOCCLAVICULARES. ¿INFLUYE EL MOMENTO DE LA CIRUGÍA?

Isabel María Ruiz Hernández; Matías José Esteras Serrano; Ana María Far Riera; Tomás Pujol Oliver; Marcos Sánchez Jiménez; José María Rapariz González
Hospital Son Llätzer. Palma de Mallorca

INTRODUCCIÓN

El objetivo de nuestro estudio es comparar los resultados de la cirugía de reconstrucción de ligamentos coracoclaviculares cuando se realiza en fase aguda vs fase crónica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio de cohortes retrospectivo. Se seleccionan los pacientes intervenidos en nuestro centro desde 2010 hasta la actualidad de cirugía reconstructiva de ligamentos coracoclaviculares (n=16) por luxaciones acromioclaviculares inestables (Rockwood IIIB-V). Se clasifican los pacientes en 2 grupos según el momento de la cirugía: 7 pacientes han sido reparados en fase aguda (≤ 3 semanas) y 9 en fase crónica (> 3 semanas).

Se realizaron técnicas anatómicas, en los casos agudos con uso de dispositivos de suspensión asistido por artroscopia, y en las crónicas con aloinjerto tendinoso.

Se comparan los resultados clínicos (Constant, fuerza, dolor, QuickDash y complicaciones) y radiológicos (distancia coracoclavicular en radiografía simple).

CARTELES CIENTÍFICOS

RESULTADOS

Encontramos mejores resultados funcionales para el grupo agudos en términos de fuerza (media (kg) 7.18 en crónicos vs 12.24 en agudos, con una diferencia de medias de -5.05 (IC al 95%: (-9.83, -0.28)) y Constant (media 84.5 en crónicos vs 97.25 en agudos, con una diferencia de medias de -12.71 ((IC al 95%: (-24.03, -1.40)), ambas estadísticamente significativas. Los resultados no mostraron diferencias en cuanto al componente dolor del Constant (sobre un máximo de 25, libre de dolor), obteniéndose una media para los crónicos de 22.67 y para los agudos 23, con una diferencia de medias de -0.33 (IC al 95%: (-4.13, 3.46)). No encontramos diferencias estadísticamente significativas en el QuickDASH aunque se aprecia una tendencia a obtener peores resultados en el grupo crónicos (media crónicos 33.1 vs agudos 13.2, con una diferencia de medias de 19.8 ((IC al 95%: (-3.01, 42.7)).

En cuanto a los parámetros radiológicos (distancia coracoclavicular (CC), en milímetros) no apreciamos diferencias en las medidas preoperatoria, postoperatoria inmediata y postoperatoria en la última visita entre ambos grupos, con una diferencia de medias de -3.3, 2.06 y 2.45, respectivamente.

Analizando la distancia CC en cada grupo por separado, obtuvimos en el grupo crónicos una diferencia de medias entre la distancia CC postoperatoria inmediata y preoperatoria significativa ($p=0.01$), de media 5.33 mm (IC al 95% (1.68, 8.99)). Para el grupo agudos, esta diferencia fue mayor, 11.25mm ($p=0.001$).

La tasa de complicaciones también fue mayor en el grupo crónicos (55%: 1 reducción insuficiente, 2 pérdidas de reducción, 1 fractura de apófisis coracoides y 1 cicatriz dolorosa) vs en agudos (12.5%: una fractura de coracoides).

CONCLUSIÓN

El pronóstico de las luxaciones acromioclaviculares inestables se ve afectado por el tiempo que transcurre entre la lesión y la reparación. Las reparaciones en fase crónica (> de 3 semanas) obtienen peores resultados clínicos y radiológicos.

A PROPÓSITO DE UN CASO: FIBROMA DESMOPLÁSICO EN CLAVÍCULA

Luis Alejandro Giraldo Vegas; Monica Rubio Lorenzo; Laura Alonso

Viana; Mónica Fernández Álvarez; Juan Rodríguez Fernández; Marta de Prado Tovar; Ciro Santos Ledo

Hospital Sierrallana Torrelavega

INTRODUCCIÓN

El fibroma desmoplásico es un tumor benigno, aunque puede comportarse localmente de manera agresiva. La primera persona en identificar este tipo de tumor fue Jaffe. Que lo describió como un tumor desmoide de tejidos blandos. Este tumor suele aparecer entre la segunda y tercera década de vida, principalmente se presenta en la mandíbula, en la metafisis de huesos largos y en la pelvis en niños, otras localizaciones pueden ser el cráneo, costillas, esternón y vertebras. La clavícula es una localización donde predominan los tumores malignos sobre los benignos 4:1. Presentamos nuestro primer caso de fibroma desmoplásico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un niño de 13 años, que presenta una tumoración en la clavícula derecha de dos meses de evolución, sin limitación funcional ni dolor del hombro derecho. El paciente relata un episodio traumático sobre el hombro derecho hace un año sin repercusión funcional tampoco presenta síndrome constitucional ni síntomas orgánicos. La exploración física revela una tumoración de unos 15 cm sobre la clavícula derecha sin signos de inflamación o compromiso cutáneo distal. La exploración radiográfica muestra una masa sobre la clavícula derecha, completamos la exploración radiográfica con una resonancia magnética, en la cual la masa muestra una gran intensidad de señal en secuencias T2, probablemente causado por la necrosis quística del tumor. Por último, la biopsia realizada mostró áreas hemorrágicas rodeadas de osteoclastos y macrófagos con hemosiderina.

CARTELES CIENTÍFICOS

RESULTADOS

El enfoque quirúrgico de este tipo de lesiones ha sido fuente de controversia. Mientras algunos cirujanos prefieren el curetage de la lesión, otros prefieren la exeresis con márgenes libres, algunas veces incluyendo el uso de injerto óseo. En nuestro caso decidimos una escisión completa de la clavícula debido a la alta tasa de recurrencia cercana al 70% en aquellos pacientes a los que solo se le realiza curetage. El paciente presenta una movilidad aceptable tras la cirugía.

CONCLUSIÓN

Aunque el fibroma desmoplásico es un tumor poco común, debemos tenerlo en cuenta entre los diagnósticos de tumoraciones presentes en clavícula.

El diagnóstico está basado en la clínica, la exploración radiográfica y la biopsia. El tratamiento propuesto es la resección del hueso afecto, evitando la posibilidad de recurrencia.

TRATAMIENTO DE LA LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR CRÓNICA TRAS FALLO DE WEAVER DUNN

Alberto Arnanz Remis; María Brotat Rodríguez; Juan Mingo Robinet; Jose García Carrasco; Fiona Rodríguez Monsalve; María González Salvador
Caupa

INTRODUCCIÓN

La inestabilidad acromioclavicular crónica supone la producción de cambios en la orientación anatómica de la escápula que conduce al dolor crónico. En el tratamiento quirúrgico de esta entidad hay que valorar la reconstrucción de los ligamentos rotos ya que éstos han perdido su potencial de cicatrización. Existen distintas opciones terapéuticas que incluyen técnicas anatómicas y no anatómicas, cirugía abierta y cirugía asistida por artroscopia, injertos biológicos y plastias sintéticas. Sin embargo, no existe consenso acerca de cuál es la técnica más efectiva y cómo actuar en caso de fallo terapéutico.

OBJETIVO

Evaluar la eficacia terapéutica de la ligamentoplastia coracoclavicular con palmar menor autólogo en la luxación acromioclavicular crónica tras fracaso de Weaver- Dunn.

MATERIAL Y MÉTODO

Varón de 51 años de edad sin antecedentes médicos de interés, que acude al Servicio de Urgencias tras caída accidental por traumatismo directo sobre el hombro derecho. A la exploración física el paciente presenta deformidad con dolor y limitación funcional del hombro. Al realizar las pruebas de radiología simple se observa luxación acromioclavicular grado III que es tratada de forma conservadora. 5 meses después el paciente presenta dolor residual en el hombro derecho por lo que se decide tratamiento quirúrgico mediante la técnica de Weaver- Dunn y estabilización horizontal de la articulación AC con AK que se retiran a las 4 semanas. Progresivamente se observa ascenso clavicular hasta presentar un importante compromiso de las partes blandas provocando una úlcera de decúbito en la piel.

RESULTADOS

Se decide realizar nueva intervención quirúrgica en la que se reconstruye la articulación AC mediante ligamentoplastia de los ligamentos coracoclaviculares con injerto de palmar menor autólogo y estabilización horizontal con AK. Tras un mes de inmovilización y el posterior tratamiento rehabilitador el paciente presenta balance articular aceptable.

CARTELES CIENTÍFICOS

CONCLUSIONES

Existen varios estudios biomecánicos que han reafirmado la importancia de las reconstrucciones anatómicas de los ligamentos coracoclaviculares en los casos de inestabilidad crónica demostrando que el empleo de injertos tendinosos provoca una estabilidad de la articulación AC similar a la que encontramos en una articulación no dañada, obteniendo mejores resultados las técnicas de reconstrucción ligamentosa frente a la técnica de Weaver Dunn. Es interesante destacar que la inestabilidad anteroposterior persistente influye negativamente en los resultados clínicos de forma que es importante la estabilización horizontal de la articulación acromioclavicular.

MIGRACIÓN DE UN PIN DE STEINMANN DESPUÉS DE UNA FRACTURA-LUXACIÓN ANTERIOR INVETERADA DE HOMBRO: DESDE EL HOMBRO HASTA LA PARTE SUPERIOR DE LA ESPALDA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

José Antonio Cano Martínez
HGU Los Arcos del Mar Menor Murcia

INTRODUCCIÓN

La migración torácica de pines y alambres utilizados en la cirugía de hombro se ha publicado en la literatura médica durante más de 70 años. En el pasado, eran los únicos dispositivos disponibles para estabilizar las fracturas y había que asumir sus posibles complicaciones. Actualmente, con los nuevos dispositivos de osteosíntesis o reemplazo de articulaciones, los pines han estado en segundo plano en la cirugía del hombro en adultos. Sin embargo, estos dispositivos todavía tienen sus aplicaciones temporales en situaciones muy específicas, como adyuvantes en la inestabilidad glenohumeral o como refuerzo de una osteosíntesis. Cada vez que se usan, es necesario tomar precauciones para evitar complicaciones, que deben eliminarse una vez que han cumplido su función.

MATERIAL Y MÉTODO

Presentamos el caso de un hombre de 55 años, fumador y alcohólico, con una fractura-luxación de hombro de 4 meses de evolución. Inestabilidad significativa de Hill-Sachs. El paciente fue intervenido en silla de playa (abordaje deltopectoral) procediendo a reducir la articulación, reparar el complejo capsulolabral incluyendo una tenodesis del infraespinoso. Aun así, la tendencia del hombro fue a luxarse por lo que se decidió estabilizarlo intraoperatoriamente con pines de Steinman de 5 mm en una disposición ortogonal (una transacromial a diáfisis y otra transhumeral a la cavidad glenoidea), ambas insertadas por vía percutánea.

Con este gesto se logró la estabilidad articular. Después de 2 días el paciente fue dado de alta. El paciente fue programado para ser visto en consultas a las 3 semanas.

A los 18 días de evolución, el paciente fue a la sala de emergencias porque sintió un bulto en la parte superior de su espalda (lado izquierdo) coincidiendo con la desaparición de los pines del hombro. El paciente negó haber caído, aunque presentó algunas contusiones en el hombro. Una radiografía de hombro mostró la migración de ambos pines; uno casi completamente dentro del eje humeral y el otro en la región del tórax. Se realizó una tomografía computarizada de emergencia que muestra la disposición retrorácica de este pin, que sobrepasó la piel de la parte superior de la espalda. El paciente fue trasladado a la sala de operaciones donde, bajo anestesia general, en la posición de decúbito lateral derecho, se retiraron ambos pines: el diafisario mediante una mini incisión lateral a través del manguito rotador y el retrorácico mediante un abordaje directo en la parte superior, a nivel del borde interno y posterior de la escápula ipsilateral. Las heridas se cerraron y el cabestrillo se mantuvo durante 6 semanas.

CARTELES CIENTÍFICOS

RESULTADOS

Después de 1 año de seguimiento, la radiografía muestra una reducción articular no concéntrica (subluxación); clínicamente el paciente no siente dolor, pero el rango de movimiento es de abducción de 70°, elevación de 90°, rotación externa de 20° y rotación interna de 0°. La fuerza es moderada (en comparación con el lado sano). La puntuación del test de Constant mejoró de 26 (antes de la cirugía) a 59 (1 año de seguimiento)

CONCLUSIÓN

Independientemente de su diámetro, el uso de pins en la patología del hombro del adulto debe ser limitado. Si es necesario usarlo; deben usarse roscados, ser doblados en su extremo y se debe tener en cuenta el riesgo de migración, por lo tanto, un seguimiento clínico-radiológico completo para evitar una catástrofe. En caso de migración, el implante debe retirarse lo antes posible.

BURSITIS SUBDELTOIDEA EN GRANOS DE ARROZ COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ARTRITIS REUMATOIDE

Luis Peidro; César Soriano; Sergi Sastre
Hospital Clínic. Barcelona

INTRODUCCIÓN

En los pacientes con artritis reumatoide, raramente la afectación glenohumeral se produce de forma aislada. La aparición de múltiples cuerpos libres en forma de “granos de arroz” se describió asociada a la artritis tuberculosa, si bien en la actualidad es más común asociada a artropatías inflamatorias de origen reumático como la artritis reumatoide.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una mujer de 54 años de edad, que refería un diagnóstico previo de tendinopatía crónica del supraespinoso derecho de años de evolución. Acudió a Urgencias de nuestro hospital por un cuadro de dolor, tumefacción, aumento local de temperatura y limitación funcional del hombro derecho de unos 4 días de evolución, sin antecedente traumático.

En la RX simple se aprecia un espacio subacromial ensanchado, sin evidencias de artropatía glenohumeral.

Se realiza artrocentesis, obteniendo escasa cantidad de líquido sinovial de aspecto inflamatorio, siendo el Gram negativo.

En la analítica sanguínea destaca una VSG de 100mm/h y una PCR de 13.75mg/dl, sin leucocitosis.

Se orientó como probable artritis inflamatoria y se derivó a consulta externa para completar estudio.

En la analítica realizada a los 3 meses destaca una PCR de 4.49mg/dl, anemia ferropénica y una elevación de los anticuerpos anti-CCP (98 U/ml, patológico > 25), siendo el factor reumatoide normal.

La RMN mostraba la existencia de sinovitis glenohumeral. Destacaba la presencia de múltiples cuerpos libres homogéneos que distendían la bursa subdeltoidea.

Se planteó el diagnóstico diferencial con la osteocondromatosis sinovial, la sinovitis villonodular pigmentada y otras patologías susceptibles de producir sinovitis en granos de arroz como artritis granulomatosas, seronegativas o inflamatorias.

RESULTADOS

Ante la persistencia de la sintomatología y las dudas diagnósticas se decidió proceder a una sinovectomía artroscópica con extracción de los cuerpos libres subdeltoideos. El tiempo glenohumeral permitió, además de visualizar y eliminar una importante sinovitis, apreciar abundantes erosiones en el cartílago glenohumeral.

Se confirmó la presencia de múltiples cuerpos libres nodulares, homogéneos, de 1 cm de diámetro aprox., en la bursa subdeltoidea y espacio subacromial, que se extrajeron en su totalidad.

Los cultivos operatorios fueron negativos, incluyendo micobacterias.

CARTELES CIENTÍFICOS

El análisis histológico mostró que se trataba de una sinovitis crónica con marcado infiltrado linfoplasmocelular, compatible con una etiología reumatoide. Los cuerpos libres estaban formados por fibrina hialinizada.

Tras la intervención la paciente experimentó un rápido alivio del dolor y de la tumefacción que presentaba, con progresiva mejoría de su limitación funcional.

Casi 3 años después de la cirugía, la paciente continúa sin dolor pero con una moderada limitación de la movilidad (AP 90°, RI L3 y RE 30°). No han aparecido nuevas artralgiás en otras localizaciones, pero persiste una elevación de los anticuerpos anti-CCP (194 U/ml), la PCR es de 0.17 mg/dl y el factor reumatoideo negativo.

CONCLUSIÓN

La aparición de una artritis aguda y aislada del hombro, aunque infrecuente, no descarta un origen reumático.

La artroscopia de hombro permite completar el diagnóstico y, lo que es más importante, simultáneamente tratar la sintomatología de forma rápida y eficaz.

EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR AGUDA. TRIPLE ENDOBUTTON VS. OTROS SISTEMAS DE FIJACIÓN

Alberto Arnanz Remis; María Brotat Rodríguez; Juan Mingo Robinet; Jose García Carrasco; Fiona Rodríguez Monsalve; María González Salvador

Complejo Asistencia Universitario de Palencia

INTRODUCCIÓN

La luxación acromioclavicular aguda es una lesión de origen traumático frecuente, representan el 3% de todas las lesiones del hombro y el 40% de las mismas se relacionan con el deporte. El tratamiento para las luxaciones grado IV, V y VI es quirúrgico. No existe consenso acerca del tratamiento óptimo para las lesiones tipo III; variables como la edad, actividad laboral y dominancia de la extremidad condicionan el tratamiento. La literatura indica que el tratamiento conservador no ha obtenido los resultados esperados en este tipo de lesiones, se cree que por no considerar el desplazamiento anteroposterior en el diagnóstico inicial. El objetivo de la cirugía es la reconstrucción anatómica de la articulación y la recuperación de la artrocinética del hombro. Complicaciones como la infección, problemas con el material o limitación de la movilidad del hombro en técnicas quirúrgicas previamente utilizadas como tornillos coracoclaviculares, ligamentos sintéticos, "hook" plates y AK, han promovido nuevos sistemas de fijación tipo "endobutton" que han demostrado buenos resultados clínicos y funcionales.

OBJETIVO

Comparación de resultados clínicos y radiológicos del tratamiento de la luxación acromioclavicular aguda mediante el sistema de triple endobutton, placa gancho o AK.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio comparativo de los diferentes tratamientos quirúrgicos de luxaciones AC agudas intervenidas en el Complejo Asistencial Universitario de Palencia entre los años 2006-2016. Se incluyen pacientes cuyo rango de edad se encuentra entre los 16 y los 55 años diagnosticados de luxación AC aguda grado IV, V y VI y luxación grado III en deportistas/ autónomos excluyendo pacientes con fractura de coracoides o patología que contraindique la intervención quirúrgica. Se comparan variables epidemiológicas (edad, sexo, dominancia), técnica quirúrgica (triple endobutton, agujas kirschner con o sin refuerzo acromioclavicular y placa gancho), variables quirúrgicas (tiempo quirúrgico, abordaje, localización de la incisión, complicaciones), variables radiológicas (Rockwood) y subjetivas (DASH, Oxford shoulder score, EVA y SF-12) en el postoperatorio inmediato, al mes, a los tres, a los seis meses y al año.

CARTELES CIENTÍFICOS

RESULTADOS

Se analizan 30 pacientes, la totalidad son varones con edad media de 32,5 años.

El 71,4% presentan lesión en clavícula izquierda, el 28,5% derecha. Todos son trabajadores manuales y realizadores de deporte al menos de manera ocasional.

Clasificación Rockwood: Tipo III 28.6%, 71,4% tipo V. 12 pacientes intervenidos mediante sistema triple endobutton, 3 mediante placa gancho y 15 con agujas kirschner)

CONCLUSIÓN

El tratamiento óptimo de la luxación acromioclavicular aguda sigue siendo un tema controvertido ya que no existe consenso sobre la técnica quirúrgica más eficiente que permite obtener un buen resultado clínico y funcional. El sistema endobutton es una técnica que permite una reducción anatómica de la AC con buen control del desplazamiento en el plano vertical y horizontal. La utilización del triple endobutton ha demostrado buenos resultados obteniendo menor tasa de artrosis residual, sin observarse en la radiología simple desplazamiento secundario y sin requerir segundas intervenciones para la extracción de material a diferencia de otros sistemas de fijación descritos. Consideramos el sistema triple endobutton un sistema eficaz respecto al sistema de placa gancho y a la fijación con AK.

LESIÓN ABIERTA DE CODO CON LESIÓN VASCULAR ASOCIADA

Maria Tibau Alberdi; Mercè Font Bilbeny; Jose Sánchez González
Consorci Sanitari del Maresme

INTRODUCCIÓN

La luxación de codo es la segunda luxación en frecuencia de las grandes articulaciones, representa el 10% de todos los traumatismos de codo. Su incidencia anual es de 6,1 por 100.000, siendo las luxaciones abiertas infrecuentes. Habitualmente se producen en pacientes jóvenes como consecuencia de accidentes deportivos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 49 años que después de caída mientras practicaba fútbol, es traído a urgencias con impotencia funcional de codo izquierdo y exposición de húmero distal, partes blandas y paquete neurovascular. Presentaba disestesias y palidez de la mano pero con buen trofismo distal. Se realizó limpieza, reducción de la luxación, con buena perfusión distal, pulsos débiles y con parestesias en territorio mediano y cubital. A las 24h se constata empeoramiento del trofismo y ausencia de pulsos. El servicio cirugía vascular confirma isquemia de ESI por contusión humeral. Se realiza by-pass humero-humeral de urgencia. Sin embargo, no se logra una correcta cobertura cutánea a nivel anterior del codo por lo que el servicio de cirugía plástica realiza injerto cutáneo en región anterior del codo. El paciente tuvo posteriormente una buena evolución. Se realizó RNM de codo que confirmó ausencia de lesiones óseas o de tejidos blandos. Se ha realizado asimismo, un EMG a posteriori confirmándose la integridad de estructuras nerviosas.

RESULTADOS

Tras 10 meses de seguimiento, el paciente presenta una buena movilidad articular (-15°/120°) con un resultado satisfactorio dada la gravedad la lesión.

CONCLUSIÓN

Este caso clínico pone de manifiesto una lesión altamente infrecuente pero potencialmente muy grave. El alto índice de sospecha de lesión arterial fue capital y determinante para conseguir el salvamento de la extremidad con una cirugía de revascularización urgente.

CARTELES CIENTÍFICOS

Tratándose de una lesión grave y compleja, el resultado es muy bueno en cuanto a funcionalidad, pero el paciente sigue presentando ciertas limitaciones

EFFECTOS DE LA MEDICIÓN DEL ÍNDICE TROCLEOCAPITELAR EN FRACTURAS DE HÚMERO DISTAL INTRARTICULAR NO CONMINUTAS EN PACIENTES ADULTOS

Carmen Avilés Morante, Luigi Meccariello; Michele Bisaccia; David Gómez Garrido
Italia

INTRODUCCIÓN

La reducción quirúrgica anatómica de las fracturas intraarticulares del húmero distal es muy importante para lograr los mejores resultados a largo plazo, y prevenir la artritis postraumática. En este estudio comparamos la reducción radiográfica utilizando el índice trocleocapitelar. También correlacionamos el índice trocleocapitelar con los resultados funcionales obtenidos junto a la comparación del abordaje de elevación del tríceps braquial y el abordaje de la osteotomía del olécranon, dos abordajes comunes para las fracturas del húmero distal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde enero de 2006 hasta junio de 2016, se registraron pacientes con fracturas de codo en cuatro centros. El índice trocleocapitelar se calculó en los pacientes incluidos en el estudio, y consiste en una relación entre el ángulo del capitel y la tróclea, a la línea media del húmero distal en las radiografías anteriorposteriores. Los resultados funcionales se midieron utilizando la escala Oxford y la escala Mayo. La consolidación ósea se midió utilizando los signos de unión radiográfica.

RESULTADOS

Se incluyeron 86 pacientes: 46 en el grupo de osteotomía de olécranon y 40 en el grupo de elevación de tríceps. Los resultados funcionales y la consolidación ósea no difirieron entre los distintos enfoques. Los resultados funcionales tuvieron una correlación media con el índice trocleocapitelar, que no difirió entre los 2 enfoques (grupo de osteotomía olecranon, = 0,56; grupo de elevación del tríceps = 0,57; $P = .7932$).

CONCLUSIONES

El índice trocleocapitelar tiene un valor predictivo moderado en los resultados funcionales tras 12 meses de la reducción abierta y la fijación interna de las fracturas humeral distales intraarticulares. No hay diferencia en la reducción, habiendo medido el índice troclear y las escalas de puntuación funcionales, entre el enfoque de osteotomía del olécranon y los grupos de elevación del tríceps braquial.

¿ES LA ARTROGRAFÍA ÚTIL EN EL DIAGNÓSTICO DE FRACTURAS EN NIÑOS?

María Brotat Rodríguez; Miguel Torres Torres; José Rivas Laso; Isidro Burón Álvarez; Alberto Arnanz Remis; Jose García Carrasco
Complejo Asistencia Universitario de Palencia

INTRODUCCIÓN

La luxación de codo en niños es poco frecuente con una incidencia entre el 3-6% de todas las lesiones del codo. La gran mayoría son posterolaterales y existen lesiones asociadas como la fractura del epicóndilo medial (25-36%), epicóndilo lateral (4%), fractura de cabeza radial (8%), olécranon (1,7%) y apófisis coronoides (3,5%). La presencia de varios núcleos de

CARTELES CIENTÍFICOS

crecimiento en el codo del niño dificulta su diagnóstico.

La artrografía se utiliza como técnica intraoperatoria asociado a la fluoroscopia para establecer las lesiones intra-articulares que por su naturaleza no pueden ser identificadas con radiografía simple.

MATERIAL Y MÉTODO

Varón de 8 años, sin antecedentes de interés, que acude al Servicio de Urgencias para valoración de dolor e impotencia funcional del codo izquierdo tras caída accidental.

A la exploración física se observa deformidad importante del codo izquierdo sin presencia de hematoma. Presenta déficit de flexo- extensión y pronosupinación sin alteraciones neurovasculares.

La radiología simple muestra luxación del codo izquierdo acompañado de epifisiolisis de epitróclea levemente desplazada.

Se realiza reducción y contención con férula de yeso presentando congruencia articular. A la semana se realiza nueva revisión observando en el control radiológico subluxación del codo.

RESULTADOS

Se decide realizar reducción bajo anestesia general con control de escopia observando articulación inestable. Se realiza inyección con contraste yodado intra-articular (iopromida diluida) en el punto medio del triángulo formado por cabeza de radio, epicóndilo y olecranon. Se visualiza fractura cabeza de radio sin desplazar, rotura del ligamento colateral medial, epifisiolisis de epitróclea e integridad de la cápsula articular lateral.

Se realiza reducción y contención con yeso cerrado durante cuatro semanas. Tras el periodo de inmovilización el paciente realiza tratamiento rehabilitador obteniendo movilidad completa del codo.

CONCLUSIÓN

No existe consenso en el manejo de este tipo de lesiones, sin embargo, se ha comprobado que el diagnóstico tardío de lesiones asociadas, que habitualmente no se ven en la radiología simple, puede repercutir en el crecimiento del niño.

El uso de la artrografía es una herramienta de gran utilidad para el tratamiento de fracturas y patologías ortopédicas en pediatría ya que permite identificar estructuras cartilaginosas y definir el abordaje terapéutico minimizando las complicaciones.

TÉCNICA DE FUSIÓN RADIO-CUBITAL PARA LA INESTABILIDAD POSTRAUMÁTICA CRÓNICA DEL ANTEBRAZO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Jordi Salvador Carreño, Inma Puig de la Bellacasa; Saioa Quintas Álvarez; Javier Abarca Vegas; Pablo Castellón Bernal; Francesc Anglès Crespo
Hospital Universitari Mútua de Terrassa

INTRODUCCIÓN

La técnica de fusión radio-cubital es un procedimiento de rescate efectivo en pacientes con inestabilidad longitudinal del antebrazo postraumática o bien secundaria a patología congénita u oncológica. El procedimiento, descrito por primera vez por Hey Groves en 1921, intenta crear un puente óseo estable entre las articulaciones ulno-humeral y radio-carpiana para tratar una inestabilidad de antebrazo.

CASO CLÍNICO

Presentamos a una paciente de 52 años con inestabilidad longitudinal del antebrazo secundaria a un accidente traumático hace 30 años. Sufrió una amputación subtotal de la mano izquierda con una lesión neurovascular y tendinosa grave asociada a una fractura abierta de cúbito que produjo una mano rígida con mínima función de agarre pero bien tolerada para las actividades diarias. Hace 3 años acudió a nuestra unidad de mano debido a un dolor severo en el codo secundario a una

CARTELES CIENTÍFICOS

pseudoartrosis de cúbito e inestabilidad longitudinal del antebrazo. Las radiografías mostraron una artrosis del codo con impactación radiocapitelar severa. Fue tratada quirúrgicamente con una sinostosis radiocubital proximal. 8 meses más tarde, la paciente presentó una fractura por estrés en el tercio medio del radio, secundario a fuerzas de torsión excesivas, que se trató con una reducción abierta y una fijación interna en mayor pronación.

RESULTADOS

Evolucionó correctamente con consolidación radiológica, sin dolor y un balance articular de extensión de -20° y flexión de 120° . La paciente no ha precisado más intervenciones.

CONCLUSIÓN

La técnica de fusión radio-cubital es una técnica reconstructiva de salvamento satisfactoria en casos seleccionados. Tiene una alta tasa de complicaciones, sobre todo, en casos postraumáticos, debido a los múltiples procedimientos quirúrgicos previos. Una vez consolidada, consigue unos buenos resultados cosméticos y funcionales para el paciente en las extremidades sin muchas alternativas.

LUXACIÓN POSTEROLATERAL CON FRACTURA DE EPICÓNDILO MEDIAL HUMERAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Luis Alejandro Giraldo Vegas; Daniel Casas Duhrkop; Laura Alonso Viana; Marta De Prado Tovar; Manuel Sánchez Crespo; Eduardo Díez Pérez; Melodía Montero Montes
Hospital Sierrallana Torrelavega

INTRODUCCIÓN

Las luxaciones traumáticas de codo son una patología frecuente en los adolescentes, la mayoría de los casos se tratan de luxaciones posterolaterales. Este tipo de luxaciones suelen presentar lesiones adicionales como fracturas del epicóndilo lateral y en menor medida de la epitroclea.

Presentamos un paciente con luxación postero lateral de codo con fractura del núcleo de osificación de la epitroclea.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos un niño de 15 años, sin patología previa y sin antecedentes quirúrgicos, que refiere una caída desde su monopatín sobre la extremidad superior izquierda con el codo en flexión, presentando posteriormente dolor, inflamación, deformidad e impotencia funcional. El paciente no presentaba déficit vasculonervioso asociado.

Se realizaron radiografías simples de codo presentando una luxación postero lateral de codo, tras lo cual se intentó una reducción cerrada bajo sedación, posteriormente se observó en el control post reducción subluxación del húmero y se procedió a realizar un estudio TAC que evidenció la presencia del epicóndilo medial encarcelado en el espacio articular a nivel de la tróclea humeral. Se decidió realizar una cirugía mediante un abordaje medial, protegiendo el nervio cubital y sintetizando el fragmento de epicóndilo con un tornillo canulado de 3,6 mm de diámetro. Comprobando la estabilidad intraoperatoria del codo.

RESULTADOS

El paciente portó una férula posterior de codo durante una semana, posteriormente realizó fisioterapia dirigida, y al cabo de dos meses presentaba un rango de movilidad satisfactorio aun presentando un ligero cubito varo de 12° que posteriormente ha mejorado.

CARTELES CIENTÍFICOS

CONCLUSIÓN

Consideramos que la luxación de codo con fractura de epicóndilo medial en adolescentes es una patología poco frecuente que requiere una cuidadosa evaluación y tratamiento para evitar complicaciones asociadas derivadas de un tratamiento inadecuado pudiendo presentar no unión del fragmento óseo, mala unión, necrosis avascular y parálisis del nervio cubital al no realizar una adecuada reducción.

TRATAMIENTO DE LA LUXACIÓN COMPLEJA DE CODO BILATERAL: TRIADA DE HOTCHKISS DERECHA Y FRACTURA DE MONTEGGIA TIPO IV IZQUIERDA

Naiara Fernández de Arroyabe; Esther Judith Granero Molina; Ramón Álvarez-Manzaneda Hernández
Hospital Regional Universitario de Málaga

INTRODUCCIÓN

Las fracturas-luxaciones de codo se pueden clasificar como simples (lesión capsuloligamentosa sin fracturas) o complejas. Históricamente, la combinación de una luxación de codo con fractura de cabeza radial y de apófisis coronoides se ha denominado "Triada Terrible de Hotchkiss" debido a sus pobres resultados.

Sin embargo, la fractura de tercio proximal de cúbito que asocia fractura-luxación de cabeza radial se considera una fractura de Monteggia tipo IV. En ambos casos, nuestro objetivo principal será conseguir estabilizar el codo siguiendo un plan quirúrgico sistemático para así permitir una movilización temprana y evitar complicaciones como la rigidez.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de un varón de 25 años que acude a al servicio de urgencias traumatismo en ambos codos tras caída de bicicleta. A la exploración, destaca dolor, tumefacción y deformidad en ambos codos con movilidad limitada y neurovascular distal conservado. En las radiografías simples apreciamos una fractura-luxación de Monteggia tipo IV en codo izquierdo y una Triada Terrible de Hotchkiss en codo derecho. En un plazo de 72 horas desde el ingreso, se interviene bajo anestesia general. En el codo derecho se realiza, a través de un abordaje de Kaplan, la osteosíntesis de la apófisis coronoides con dos tornillos, se coloca una artroplastia de cabeza radial (MoPyC; Tornier, Francia) y se sutura el ligamento colateral lateral con sutura con arpones y el ligamento anular mediante sutura directa. Se confirmó la estabilidad del codo intraoperatoriamente con ayuda de la escopia, por lo que no fue necesario.

asociar un abordaje medial de codo en este caso. En el codo izquierdo, mediante abordaje cubital se procede a la osteosíntesis del cúbito proximal con placa anatómica, mediante abordaje lateral (abordaje de Kaplan) se coloca una artroplastia de cabeza radial y por último, se lleva a cabo una reinserción del complejo ligamentoso externo, ligamento anular y membrana interósea mediante sutura con arpones y sutura directa. Se inmoviliza con vendaje compresivo bilateral. Una vez en planta, y desde el primer día postoperatorio, se autoriza al paciente a realizar en supinación un rango de movimiento desde -45 a 90 de flexión en ambos codos durante las dos primeras semanas. Posteriormente, se autoriza flexo-extensión completa y prono-supinación activa.

RESULTADOS

Tras la cirugía, el paciente inicia fisioterapia específica controlada por el Servicio de Rehabilitación, presentando en codo izquierdo a los 11 meses de la intervención un déficit de extensión de 25 y un déficit de pronación de 15; Flexión y supinación completas. En el codo derecho presenta un déficit de extensión de 15, un déficit de 30 de pronación y de 45 de supinación, siendo la flexión completa.

CARTELES CIENTÍFICOS

CONCLUSIONES

Las fracturas-luxaciones de codo son lesiones de difícil manejo con pobres resultados funcionales. Una cirugía precoz con un abordaje sistemático de la lesión que consiga una estabilidad suficiente de codo que permita la movilización temprana, son las claves del éxito del tratamiento de estas fracturas.

FRACTURA-LUXACIÓN POSTERIOR DE CODO. ¿EXISTE UN CONSENSO EN LAS DIVERSAS CLASIFICACIONES?

Nadia Mora Navarro; Jose Luís Suárez Pérez; Javier Fernández López de Turiso; Guillem Salvà Coll
Clínica Juaneda. Palma de Mallorca

INTRODUCCIÓN

Las luxaciones complejas de codo y las fracturas-luxaciones posteriores son lesiones complejas que pueden acompañarse de una gran variedad de lesiones asociadas con diferentes tratamientos y pronóstico. El tratamiento de estas lesiones en adultos es complejo y precisa de una fijación interna estable, así como de una movilización precoz para obtener buenos resultados. Se ha observado En la bibliografía existe una gran cantidad de artículos con diferentes tipos de clasificaciones, que conlleva a diversos tratamientos. Se ha observado en varios metaanálisis que, si se llegase a un consenso en las clasificaciones, se influiría en el pronóstico de las lesiones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo analizando a todos los pacientes adultos recibidos en nuestro hospital por una lesión compleja en el codo.

Se analizan los últimos 10 años y se valora tanto el sistema diagnóstico como el tratamiento realizado.

RESULTADOS

En nuestro estudio existe una población flotante amplia, lo que influye en la toma de datos con respecto a resultados a largo plazo.

Se observa una gran heterogeneidad tanto en las clasificaciones como en los diversos tratamientos. Según la bibliografía revisada, esto podría influir en los resultados a largo plazo y en su pronóstico, pero no hemos podido esclarecerlo por la gran cantidad de pacientes en situación vacacional que no acuden a revisiones por tener otro país de origen.

CONCLUSIÓN

Se necesitan más estudios para poder clasificar y catalogar todas las lesiones relacionadas con las fracturas-luxaciones de codo y valorar si dichas lesiones y su diagnóstico influirían en la toma de decisión del tratamiento definitivo a seguir y si ello condicionaría una modificación el su pronóstico

ARTROPLASTIA DE CÚPULA RADIAL: NUESTRA EXPERIENCIA A LO LARGO DE 10 AÑOS

María Tibau Alberdi; Merce Font Bilbeny; Jose Sánchez González; Macarena Morales Yáñez; Miquel Vives Selva; Cristian Cabello; Miguel Pérez Abad
Consorci Sanitari del Maresme

INTRODUCCIÓN

Las fracturas conminutas de la cúpula radial son un reto para el cirujano dado que son difíciles de tratar mediante reducción abierta y fijación interna. En estos casos, la artroplastia de cabeza radial es una opción a considerar.

CARTELES CIENTÍFICOS

MATERIAL Y MÉTODOS

El objetivo del presente estudio es evaluar los casos en los que se ha implantado una prótesis de cabeza radial en nuestro centro durante el periodo 2007-2017.

Así como, analizar los resultados clínicos y radiológicos más relevantes.

Revisamos retrospectivamente fracturas de cabeza radial tratadas en nuestro centro entre el 2007 y 2017 que requirieron artroplastia.

RESULTADOS

Conforman la muestra un total de 37 pacientes, 16 hombres y 21 mujeres, de los cuales dos tuvieron fractura de cabeza radial bilateral. La edad de los pacientes está comprendida entre los 22 y los 82 años (con una media de 46,25 años). En la mayoría de casos, la fractura afectaba el lado izquierdo (56,41%).

La puntuación promedio de Discapacidad del brazo, el hombro y la mano fue de 22,30. En cuanto hallazgos radiológicos, 23 casos tenían reabsorción del cuello, y 12 casos tenían alguna evidencia de lucencia periprotésica.

CONCLUSIÓN

La artroplastia de cabeza radial es una opción de tratamiento efectiva cuando se tratan fracturas de cabeza radial conminutas no recuperables. Con resultados correctos tanto funcionales como radiológicos.

REPARACIÓN ARTROSCÓPICA DE LA DOBLE LESIÓN ÓSEA DESCRITA EN LA FRACTURA LUXACIÓN GLENOHUMERAL. BONY BANKART Y SUTURA TRANSÓSEO EQUIVALENTE EN FRACTURA DEL TROQUITER

Xavier Rius Moreno; Luis Jaldín Álvarez
Hospital Universitario Bellvitge

INTRODUCCIÓN

La lesión ósea del rodete anterior glenoideo conocida como "bony Bankart" es relativamente frecuente en la luxación glenohumeral traumática. La avulsión de la inserción del manguito rotador es menos frecuente en paciente jóvenes, pero la asociación de ambas es una lesión poco frecuente. El tratamiento artroscópico de esta lesión suele realizarse mediante reparación transtendinosa en el manguito y mediante la técnica de Sugaya a nivel glenoideo. Se han descrito varias técnicas: hileras simples, dobles, con y sin nudos. ... Presentamos la reparación artroscópica de la doble lesión ósea descrita en la fractura luxación GH.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un paciente de 33 años que tras una caída esquiando en enero 2016 sufre contusión en el hombro derecho. A la exploración física presenta test de stress del manguito Jobe positivo con dolor y claudicación. Tests de aprehensión o hiperlaxitud no realizables. La radiografía muestra minifragmento óseo en troquiter. La TC muestra arrancamiento óseo del manguito así como la lesión del borde antero inferior de la glena de un 8%. Se realiza artroscopia de hombro 17 días después del traumatismo. Mediante los portales habituales en decúbito lateral, en el tiempo glenohumeral y con visión anterosuperior se realiza limpieza exhaustiva del foco de fractura. Con pasador de sutura desde el portal anterior, se coloca un punto de tracción medial al fragmento óseo de la glena. Se realiza la hilera medial de la glena mediante dos tornillos impactados, uno superior y otro inferior, cargados con una sutura. Con el pasador se realiza el paso de los 4 hilos a la cara extrarticular del fragmento, con los que abrazamos a dicho fragmento y al labrum anteroinferior. Se realiza la hilera medial o "articular" con las mismas suturas cargadas en dos implantes 3,5 en nudos, también superior e inferior según la técnica de Millet. Previo desbridamiento del lecho óseo en troquiter desde el tiempo subacromial, se colocan 2 implantes roscados adyacentes al cartilago cargados dos cintas. Con el pasador de sutura se pasan las dos suturas de cada tornillo por la zona medial de

CARTELES CIENTÍFICOS

la lesión, en la unión tendino ósea. Posteriormente se coloca al paciente en aducción máxima para optimizar el contacto hueso-hueso y se realiza la reducción y osteosíntesis con las mismas cintas cargadas fuera del paciente en dos implantes 4,75 sin nudo en cortical lateral humeral, consiguiendo la sutura en doble hilera tipo TOE.

RESULTADOS

Se mantiene el brazo en cabestrillo 6 semanas permitiendo ejercicios pendulares y pasivos de deslizamiento apoyando mano sobre una mesa a partir de la 3ª semana. A los 3 meses, se realiza radiografía y TC de control objetivándose la correcta reducción y curación de ambas lesiones. Tras el seguimiento a los 30 meses, presenta un balance articular completo y test de Jobe negativo. El Test de Constant ponderado fue del 92 % y Simple Shoulder Test 100%. El paciente consigue reincorporación a la vida deportiva a los 7 meses.

CONCLUSIÓN

La doble lesión ósea en glena y manguito en contexto de una fractura luxación glenohumeral es una lesión poco frecuente. El diagnóstico certero de la misma suele pasar por la realización de una TC ante una sospecha en la radiografía. La restauración precoz, principalmente de la huella de inserción del manguito, es de vital importancia para evitar retracciones tendinosas y malos resultados funcionales. La reparación por vía artroscópica es exigente pero reproducible con los sistemas actuales, y parece conseguir resultados satisfactorios.

FRACTURA COMPLEJA PERI-IMPLANTE DE HÚMERO PROXIMAL TRATADA MEDIANTE OSTEOSÍNTESIS Y ALOINJERTO ESTRUCTURADO ENDOMEDULAR

Pablo Castillón; Jordi Salvador; Inma Puig de la Bellacasa; Saioa Quintas; Javier Abarca; Francesc Anglés
Hospital Universitari Mútua de Terrassa

INTRODUCCIÓN

Las fracturas peri-implante no protésicas constituyen una entidad poco estudiada. Las publicaciones a este respecto son muy escasas especialmente cuando nos referimos al húmero. Su manejo es especialmente complejo y siempre es un reto, debido a las alteraciones en la anatomía, la presencia de implantes previos y los fenómenos osteopénicos en el hueso afectado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos un caso clínico de una paciente de 70 años y de sexo femenino, que sufrió una fractura metafiso-diafisaria del húmero izquierdo, tratada inicialmente mediante enclavado endomedular anterógrado, encerrojado a nivel proximal y distal. Un año después de la osteosíntesis se confirmó clínicamente y mediante estudios de imagen (radiografía y TAC) una pseudoartrosis atrófica de húmero a nivel del segmento diafisario. El tratamiento de elección fue: 1. Aumentar la estabilidad a nivel del foco de fractura mediante la sustitución del enclavado endomedular por una placa de osteosíntesis posterior.

2. Realizar un aporte biológico con injerto de cresta autólogo.

Transcurridas 2 semanas de la cirugía la paciente sufrió una fractura metafisaria de húmero alrededor de la placa de osteosíntesis, con movilización de todos los tornillos proximales y de la placa. El tratamiento de esta fractura peri-implante fue:

1. Aloiinjerto estructurado endomedular de peroné, introducido en sentido anterógrado.

2. Re-osteosíntesis proximal de la placa posterior de húmero, que estabiliza el foco diafisario de pseudoartrosis.

3. Osteosíntesis con placa proximal de húmero, que estabiliza la fractura metafisaria peri-implante.

CARTELES CIENTÍFICOS

RESULTADOS

A los 6 meses de la cirugía se objetivó la consolidación de la fractura periimplante así como de la pseudoartrosis diafisaria. La paciente presentaba un correcto trofismo vasculo-nervioso de la extremidad con una elevación anterior limitada a 90° y rotaciones conservadas, sin dolor. El resultado del Constant Score fue de 61 puntos.

CONCLUSIÓN

La utilización de aloinjerto estructurado endomedular es una opción terapéutica eficaz para el tratamiento de las fracturas peri-implante del húmero, permite aumentar la reserva ósea y aporta un soporte estructural que mejora la fijación y la estabilidad de la osteosíntesis.

USO DE ALOINJERTO EN LAS FRACTURAS COMPLEJAS DE HÚMERO PROXIMAL

Rebeca García Barcenilla; Alfredo Villalba Aramburu; Marta Fuente Alonso; Antonio Cruz Cámara; Luis Alejandro Giraldo Vegas; Ciro Santos Ledo; Marta de Prado Tovar; Francisco Cuadrado Abajo
Mutua Montañesa. Santander

INTRODUCCIÓN

Las fracturas de húmero proximal son muy frecuentes, aun así, no está claro el mejor tratamiento para las fracturas más complejas. Con la reducción abierta y fijación interna se obtienen mejores resultados funcionales que con las hemiarthroplastias o las prótesis totales invertidas, aunque tiene peor tasa de reintervención (fallo del implante, pseudoartrosis, pérdida de reducción, osteonecrosis de la cabeza humeral, impingement). El uso de aloinjerto de peroné como soporte estructural disminuye la migración intraarticular de los tornillos y el colapso en varo de la cabeza humeral. Nuestro objetivo es presentar el resultado de dos casos de fractura de húmero proximal complejas tratadas mediante esta técnica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de dos pacientes: mujer de 54 años que sufre una caída de baja energía (paciente 1) y un varón de 28 años con un accidente de tráfico (paciente 2). Ninguno refiere antecedentes personales de interés. En la exploración física no presentan lesiones vasculonerviosas ni de partes blandas añadidas. Se realiza TAC y, en ambos casos, se describe como: fractura multifragmentaria de húmero proximal afectando a cabeza, tuberosidades y región metafisodiafisaria. Técnica quirúrgica: Realizamos un abordaje transdeltoideo, marcamos el nervio axilar, las tuberosidades se sujetan mediante suturas no absorbibles del número 5. Se talla el aloinjerto de peroné con una longitud de 6-8cms, se impacta en la metáfisis de manera que sobresalga 2 cms proximalmente sobre el cuello quirúrgico, se reduce la cabeza humeral y sobre ella las tuberosidades, a continuación, se fija con una placa (Philos, Synthes) según la técnica habitual. Se realiza radiografía intraoperatoria comprobando la reducción de la fractura, la colocación de la placa y la longitud de los tornillos.

RESULTADOS

Se mantiene inmovilización con masterling durante 4 semanas permitiendo movilidad pasiva asistida. No existe ninguna complicación postoperatoria. Se observa consolidación radiográfica a los 5 meses. El paciente 1 tras 8 meses de rehabilitación tiene una antepulsión activa de 120, rotación interna de 50 y rotación externa de 60, no tiene dolor y es capaz de realizar sus actividades básicas de la vida diaria. El paciente 2 tras 6 meses de rehabilitación tiene una antepulsión de 160, una rotación interna de 70 y una rotación externa de 90, y es capaz de reincorporarse a su trabajo a los 8 meses. En cuanto a la valoración funcional, a los 6 meses se realiza el cuestionario QuickDash, siendo de 15,9 en el paciente 1 y de 4,5 en el paciente 2.

CARTELES CIENTÍFICOS

CONCLUSIÓN

A pesar de los inconvenientes de los aloinjertos (mayor coste y riesgo de infección), valorando la alta tasa de reintervenciones y malos resultados en este tipo de fracturas, consideramos el aloinjerto de peroné para las fracturas de húmero proximal complejas como una opción a tener en cuenta, ya que es una técnica reproducible, reduce las complicaciones por fallos mecánicos y las reintervenciones.

USO DE TERIPARATIDA COMO TERAPIA COADYUVANTE EN EL TRATAMIENTO DE OSTEOPENIA SEVERA TRAS EL FRACASO DE MÚLTIPLES INTERVENCIONES EN FRACTURA-LUXACIÓN DE HÚMERO PROXIMAL

María Pilar Muniesa Herrero; Alejandro Cesar Urgel Granados; María Royo Agustín; Agustín Rillo Lazaro; Jorge García Fuentes; Ana Muniesa Herrero
Hospital Obispo Polanco

INTRODUCCIÓN

La osteoporosis y la fractura de húmero proximal en mujeres post-menopáusicas se encuentra íntimamente relacionada. Se trata de un desafío para el cirujano ortopédico que implica una disminución en la calidad de vida del paciente y la frecuente necesidad de numerosas intervenciones quirúrgicas. Todo ello conlleva un aumento del riesgo de complicaciones y del coste sanitario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 66 años con antecedentes médicos de hipertensión arterial y dislipemia.

Intervención quirúrgica: amidelectomía. En tratamiento habitual con Indapamida 2.5mg y Paroxetina 20 mg. Tras caída por escaleras de su domicilio presenta fractura-luxación húmero proximal derecho (13-09-14). Durante dos años se realizaron 4 procedimientos quirúrgicos: Primera intervención: fracaso de intento de osteosíntesis por problema anestésico (13-09-14). Segunda intervención:

Hemiartroplastia anatómica (16-09-14). Tercera intervención: Prótesis invertida de hombro (22-07-16). Cuarta intervención: Recambio PIH + parestesia nervio radial por extravasación de cemento (19-12-16). (Fig.1) Trascorrido un mes desde la última intervención, comienza con tratamiento rehabilitador y se inicia tratamiento con Teriparatida a dosis de 20ng/día (tras descartar mediante analítica alteración de los niveles de calcemia, alteraciones hepáticas o renales).

RESULTADOS

En controles radiológicos posteriores se objetiva un aumento de densidad ósea y formación de hueso nuevo.

En Octubre de 2017, es dada de alta de consultas de Rehabilitación con dependencia para actividades básicas de la vida diaria. Leve limitación 4/5 de la escala daniels, de abducción de primer dedo y extensión de cuarto y quinto dedos.

En Septiembre de 2018 es dada de alta de consultas de Traumatología, por mejoría clínica y sin presentar cambios radiológicos.

CONCLUSIÓN

Tras el fracaso quirúrgico en 4 ocasiones, se decide asociar el péptido derivado de la paratohormona vía subcutánea, para aumentar las propiedades cualitativas y cuantitativas del tejido óseo. (Dic.16/ Dic.18) Su efecto anabólico viene dado por la estimulación de osteoblastos, que causa un incremento tanto del hueso esponjoso como el cortical, incrementando así la resistencia ósea.

CARTELES CIENTÍFICOS

DESMONTAJE FRACTURAS DIAFISARIAS DE HÚMERO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Luis Alejandro Giraldo Vegas; Carlos Fernández Álvarez; Ciro Santos Ledo; Laura Alonso Viana; Melodia Montero Montes; Eduardo Diez Perez; RauSota Arce
Hospital Sierrallana Torrelavega

INTRODUCCIÓN

Las fracturas de diáfisis humeral representan el 1,6 % de todas las fracturas quirúrgicas, en los últimos tiempos se ha observado un incremento de las mismas debido al aumento de traumatismos en accidentes de tráfico o laborales, de igual manera se ha producido un aumento de este tipo de fracturas en pacientes que padecen osteoporosis y sufre traumatismos de baja energía.

Tradicionalmente el manejo de estas patologías ha sido el no quirúrgico, aunque hoy en día las indicaciones de cirugía se han visto ampliadas, debido al mejor conocimiento de la biología y reparación ósea, los trazos de fractura y los nuevos materiales de osteosíntesis. Junto con el aumento de demanda funcional de los pacientes que no toleran periodos de inmovilización prolongados. Siendo los principios del tratamiento quirúrgico los clásicos de las fracturas diafisarias:

Respetar los ejes del hueso, su longitud y las rotaciones propias del húmero.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos una paciente de 69 años de edad, con antecedentes personales de hipertensión arterial, artritis reumatoide, Diabetes mellitus tipo II, que sufre una caída desde propia altura con resultado de fractura diafisaria de húmero derecho tipo 12 C-2 AO, a la exploración física presenta deformidad sobre el brazo derecho, crepitación, piel íntegra, pulsos distales conservados y sensibilidad conservada.

Se procede a la inmovilización con férula en U.

Posteriormente se realizó una osteosíntesis mediante abordaje enterolateral mínimamente invasivo mediante una placa LCP, puenteando la fractura, comprobando intraoperatoriamente la estabilidad de la misma.

La paciente inicio ejercicios pendulares en el postoperatorio inmediato.

Al mes de la cirugía la paciente acude relatando un dolor sobre el brazo intervenido de inicio brusco, acompañado de deformidad.

Realizando nuevas radiografías, apreciamos un desmontaje de la osteosíntesis presentando varios tornillos rotos. Se decidió retirar la placa LCP previa y realizar una nueva osteosíntesis aumentando la longitud de la placa, aumentando el número de corticales a cada lado de la fractura atendiendo a la mala calidad ósea de la paciente. Para ello se utilizó el abordaje previo ampliando en su zona distal controlando en todo momento el nervio radial.

RESULTADOS

La paciente comenzó rehabilitación activa del brazo a las dos semanas postoperatorias, comprobando el inicio de la consolidación de la fractura en el primer control radiográfico al mes postoperatorio. Obteniendo la consolidación completa y un rango de movilidad aceptable al cuarto mes postoperatorio.

CONCLUSIÓN

Las fracturas humerales diafisarias en pacientes osteoporóticos que sufren traumatismos de baja energía son cada vez más frecuentes en nuestro medio. Precizando de un tratamiento que les permita el inicio de una rehabilitación precoz y la reincorporación a sus actividades previas.

En el tratamiento de este tipo de pacientes con mala calidad ósea es importante que aun siguiendo los principios básicos del tratamiento quirúrgico de este tipo de fracturas, tengamos una serie de precauciones como son: tratar de usar implantes que abarquen la mayor longitud del hueso, tratar de fijar al menos 6 corticales a cada lado de la fractura y utilizar técnicas mínimamente invasoras que respeten la vascularización ósea.

CARTELES CIENTÍFICOS

TRATAMIENTO DE PSEUDOARTROSIS ASÉPTICAS DE HÚMERO PROXIMAL

David Gómez Garrido; Michele Bisaccia; Javier Cervera Irimia; Enrique Sánchez Muñoz; Marta Gutiérrez; Paloma Manzarbeitia; Luigi Meccariello; Felix Sánchez Sánchez; Felix Tomé Bermejo; Cristina Ibáñez Vicente;
Hospital General de Villalba. Madrid

INTRODUCCIÓN

Las tasas de pseudoartrosis en fracturas de humero proximal oscilan entre el 1.1% y un 10%. La no consolidación de las fracturas, el desplazamiento secundario y el fracaso de material de osteosíntesis suponen una complicación en este tipo de fracturas. Pocos artículos describen los resultados del tratamiento de estas complicaciones. El Objetivo del estudio es valorar los resultados del tratamiento de las pseudoartrosis asépticas de humero proximal mediante aloinjerto estructural y síntesis con placa lateral.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se tratan 16 pseudoartrosis asépticas mediante aloinjerto estructura de hemidiáfisis humeral y placa lateral. Para la evaluación radiográfica y clínica durante el seguimiento se realizó el formulario The Sort Form Health Survey (SF- 12), el Constant Shoulder Score (CSS), radiografías postoperatorias y el índice de complicaciones.

RESULTADOS

Tras la cirugía el tiempo medio de consolidación en las radiografías fue de 126.4 días. Los resultados clínicos funcionales medidas en las escalas de valoración fueron excelentes tras la consolidación de las fracturas.

LA IMPORTANCIA DE REVALUAR AL PACIENTE: LUXACIÓN GLENOHUMERAL POSTERIOR

Luis Alejandro Giraldo Vegas; Carlos Garcés Zarzalejo; Laura Alonso Viana; Marta De Prado Tovar; Ciro Santos Ledo; Francisco Cuadrado Abajo; Rebeca Garcia Barcenilla;
Hospital Sierrallana Torrelavega

INTRODUCCIÓN

La luxación de hombro es una patología frecuente en nuestro medio, representa alrededor del 45% de todas las luxaciones. De estas, más de 90% son luxaciones glenohumorales anteriores; se trata de una patología bien definida clínicamente y radiológicamente. Sin embargo, las luxaciones glenohumorales posteriores, aunque su frecuencia es cercana al 2 - 3 %, son de especial importancia; ya que pueden pasar desapercibidas en la exploración clínica y radiológica inicial en urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un varón de 50 años que es evaluado en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital tras sufrir un episodio convulsivo. Durante el periodo de observación, tras la remisión del cuadro, aqueja omalgia izquierda sin lesiones aparentes en el estudio radiológico simple, por lo que es enviado a su domicilio con la extremidad inmovilizada en cabestrillo. Tras una semana de evolución, sin nuevos episodios de convulsión; el paciente es reevaluado consultas externas presentando una omalgia izquierda persistente con incapacidad llamativa para realizar rotación externa de hombro.

Sospechando una Luxación glenohumeral posterior, se realiza un nuevo estudio radiográfico simple, que confirma nuestra sospecha. En el estudio TAC, se constata la presencia de una fractura que afecta al 20% de la cabeza humeral con la tuberosidad menor asociada.

CARTELES CIENTÍFICOS

Se informa al paciente de las posibilidades de necrosis isquémica de cabeza humeral y la necesidad de intervención quirúrgica. Se procede a la reducción de la fractura articular mediante un abordaje deltopectoral con apertura del intervalo rotador y a la osteosíntesis interfragmentaria utilizando dos tornillos de espira parcial con arandela. Posteriormente, fue inmovilizado con una ortesis de abducción durante 3 semanas y realizó un tratamiento fisioterápico dirigido, manteniendo el hombro del paciente en abducción durante 3 semanas.

RESULTADOS

En la actualidad, el paciente presenta consolidación de la fractura y un arco de movilidad completo. Pudiendo realizar actividades de la vida diaria sin limitaciones.

Conclusión

Frente a un paciente que ha sufrido un estatus convulsivo con impotencia funcional en el hombro debemos tener la sospecha de una luxación posterior glenohumeral, debiendo completar el estudio radiológico con un TAC en busca de lesiones asociadas que nos permitan un correcto diagnóstico y tratamiento; en caso de presentar una fractura de la tuberosidad mayor proponemos buscar una reducción anatómica estable. Que posteriormente nos permita una movilización precoz acompañado de un tratamiento fisioterapia dirigido.

FRACTURA PERIPROTÉSICA DE HÚMERO EN CONTEXTO DE INFECCIÓN PROTÉSICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Enrique Pich-Aguilera; Joan Vilanova; María José Muñoz; Elisenda Ricou; Clara Dolz; Beatriz Miron; Carlos Valdés; Vanesa Vega; Rubén Sánchez
Hospital Moises Broggi

INTRODUCCIÓN

Presentamos un caso de fractura periprotésica a nivel de vástago humeral en el contexto de infección protésica.

La incidencia de infección en artroplastia reversa primaria está entorno al 5%.

Los gérmenes más frecuentemente descritos son el S.aureus, S.coagulasa negativo y P.acnes.

La incidencia de fractura periprotésica de hombro es de entre el 0,6 y el 3%, y con mayor frecuencia suceden de forma intraoperatoria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos a un paciente varón de 80 años que en marzo de 2016 sufrió una caída en domicilio y acudió a urgencias, donde fue diagnosticado de fractura en 4 partes (Neer) de húmero proximal, siendo tratado mediante artroplastia invertida no cementada.

El postoperatorio inmediato fue correcto. A las 6 semanas de la cirugía acudió a urgencias con dolor, signos inflamatorios, dehiscencia de la herida y absceso con afectación de planos profundos. Se orientó como infección protésica aguda.

Intraoperatoriamente al realizar la luxación de la prótesis se produjo una fractura espiroidea a nivel de la punta del vástago. Se recambiaron la metaglena, glenosfera y polietileno, y a pesar de la fractura se decidió dejar implantado el vástago, optando por tratamiento conservador mediante la colocación de una férula ortopédica de neofrakt. Se enviaron muestras a microbiología y se inició antibioterapia empírica.

RESULTADOS

El postoperatorio fue correcto, con buena evolución de la herida.

En los cultivos microbiológicos se identificó P.acnes, por lo que se pasó a antibioterapia específica domiciliaria vía oral durante 6 semanas, fecha que coincidió con la negativización de los parámetros analíticos de infección.

CARTELES CIENTÍFICOS

Radiológicamente a las 6 semanas se apreció inicio de callo, estando sin dolor ni movilidad en foco de fractura, por lo que se retiró la férula ortopédica. A los 5 meses la fractura estaba consolidada y al año presentaba una buena remodelación. Al año el paciente realizaba vida normal, incluyendo la conducción de su vehículo habitual. El balance articular actual, a los 30 meses, es de abducción 90°, rotación interna L5, rotación externa 15°. No refiere dolor y no existen signos de infección.

CONCLUSIÓN

Las fracturas periprotésicas diafisarias de húmero son muy infrecuentes, y, si a esto le sumamos la infección, no hemos hallado bibliografía respecto al manejo de las mismas.

En pacientes ancianos hemos de tener muy en cuenta la debilidad de las corticales y ser muy cuidadosos en los gestos quirúrgicos.

En el caso de infección protésica aguda es fundamental realizar una exhaustiva limpieza quirúrgica, el recambio de las partes móviles y una antibioterapia dirigida.

Creemos que las fracturas periprotésicas alrededor del vástago no movilizado y sin extensión distal al mismo, con una alineación aceptable, pueden optar a tratamiento conservador.

PENTADA MALIGNA DE HOMBRO: UNA RARA ASOCIACIÓN DE LESIONES. A PROPÓSITO DE UN CASO

José Antonio Cano Martínez
HGU Los Arcos del Mar Menor Murcia

INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de una paciente que tras una caída sobre su propia altura presenta una fractura de diáfisis humeral, luxación anterior de hombro, fractura de borde glenoideo anterior, rotura de manguito rotador y lesión del nervio axilar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 61 años que sufre una combinación de 5 lesiones en el contexto de una caída sobre su propia altura. Es intervenida precozmente de la fractura de diáfisis de húmero (osteosíntesis con placa), Bony-Bankart (reinscripción con arpones + tránosea) y reparación de manguito (La lesión es aguda, ya que la paciente se revisó con una RMN de hombro 2 meses antes por clínica subacromial que no mostró rotura tendinosa, hecho que se pudo comprobar en quirófano. Se reparó mediante arpones). La lesión del nervio axilar se trató conservadoramente. Se hizo un seguimiento clínico y radiológico durante 3 años.

RESULTADOS

A los 3 años de seguimiento, el balance articular es de 80° de abducción, 90° de elevación anterior, 10° de rotación externa y 0° de rotación interna. No ha tenido episodios de luxación en este tiempo ni sensación inestabilidad. El valor del test de Constant es de 41 puntos y el DASH de 54.2. El EMG muestra una axonotmesis parcial crónica del nervio axilar en fase de cronicación y la ecografía de control indica que no hay re-roturas del manguito. La radiografía y el TAC de control muestran una adecuada curación ósea.

CONCLUSIÓN

Esta rara asociación de 5 lesiones no ha sido descrita previamente como tal en la literatura bajo nuestro conocimiento. El manejo y tratamiento no está claro, pero aun tratando todas lesiones precozmente (salvo la lesión neurológica) el pronóstico es de esperar que sea moderado en el mejor de los casos.

CARTELES CIENTÍFICOS

FRACTURA-LUXACIÓN BILATERAL DE HÚMERO EN ESTATUS EPILÉPTICO

Núria Turallols Vidal; Diana Noriego Muñoz; Núria Fernández Noguera; Miguel Angel Froufe Siota
Hospital Universitari Josep Trueta de Girona

INTRODUCCIÓN

De las luxaciones glenohomerales un 3-5% tienen un desplazamiento posterior y su asociación a fractura es todavía mucho más infrecuente. Las luxaciones posteriores suelen ser típicas de los ataques epilépticos o las descargas eléctricas (sólo el 3%). Ante la sospecha diagnóstica, es importante realizar un TAC para confirmar la lesión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos un caso de un paciente de 64 años con antecedentes de diabetes mellitus e hipertensión que a raíz de un estatus epiléptico ingresa en cuidados intensivos intubado y con una deformidad en hombro derecho. Mediante radiografía convencional se diagnostica de fractura-luxación anterior de hombro derecho que se reduce de forma cerrada. En la radiografía de control, además se visualiza una imagen compatible con luxación posterior del hombro contralateral, por lo que se realiza TC de hombro bilateral donde se observa la reducción de la luxación glenohumeral derecha asociada a una fractura de troquíter conminuta desplazada y una fractura-luxación posterior izquierda con marcada impactación de la porción anterior de superficie anterior (> 50%). Se intenta reducción cerrada sin éxito. Se indica tratamiento quirúrgico de ambas lesiones, mediante osteosíntesis húmero derecho y artroplastia de hombro invertida izquierda.

RESULTADOS

Se realizó una única intervención quirúrgica bajo anestesia general y en posición de silla de playa. En un primer tiempo se realizó abordaje deltopectoral izquierdo observándose la gran impactación y pérdida de la superficie articular de la cabeza humeral así como degeneración del manguito; se trata mediante una artroplastia invertida con glenosfera concéntrica y vástago no cementado. En un segundo tiempo se realizó la osteosíntesis derecha mediante un abordaje transdeltoideo con reanclaje de troquíter mediante suturas y placa. En el postoperatorio se coloca ortesis para mantener rotación neutra de la extremidad superior izquierda y se mantiene al paciente en la UCI donde posteriormente se extuba sin incidencias. Se comprueba la indemnidad neurovascular distal. A los 6 meses presenta el siguiente balance articular: hombro derecho con antepulsión

de 160°, abducción de 150°, rotación interna a L1 y rotación externa de 30°.

Hombro izquierdo: Antepulsión de 160°, abducción de 150°, rotación interna a L5 y rotación externa de 10°. El paciente no tiene dolor ni limitaciones para las actividades básicas de la vida diaria.

CONCLUSIÓN

Las luxaciones posteriores son una entidad de difícil diagnóstico por su ausencia de deformidad evidente por lo que deben descartarse siempre en pacientes con factores de riesgo y con sospecha clínica, con radiología convencional o tomografía computarizada.

En el caso de las fracturas de húmero proximal con luxación asociada, el objetivo del tratamiento quirúrgico es evitar la inestabilidad y restaurar una correcta función articular mediante la osteosíntesis o el reemplazo articular.

CARTELES CIENTÍFICOS

RESULTADOS DE LA CONSOLIDACIÓN DE LAS TUBEROSIDADES CON VÁSTAGO ANATÓMICO EN EL TRATAMIENTO DE LAS FHP COMPLEJAS CON PT INVERSA. ESTUDIO PRELIMINAR

Francesc Goñalons; Jose María Mora; Ferran Gàmez
Hospital de Terrassa

INTRODUCCIÓN

La indicación de PT inversas en las FHP complejas ha alcanzado un papel preponderante en los últimos años. La utilización de vástagos específicos de fracturas cementadas parece lo indicado en estos casos. El objetivo de este estudio es definir la tasa de consolidación de las tuberosidades utilizando un vástago anatómico no cementado con un nuevo diseño de sutura de las tuberosidades a 1 año de la cirugía. Objetivo secundario: Análisis del test de Constant en relación a la consolidación de las tuberosidades.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo descriptivo. Desde noviembre del 2015 hasta octubre del 2018 se han intervenido, de forma consecutiva y por un mismo cirujano 42 pacientes, de los que se incluyen en este estudio 27, con seguimiento mínimo de 1 año (Tiempo medio de seguimiento 25 meses; máximo de 3 años). Técnica quirúrgica: Implante de PT Inversa onlay, resección del supraespinoso, sutura de las tuberosidades por debajo de la plataforma, sin anclaje al vástago, y con nueva técnica de sutura. Se define la tasa de consolidación de las tuberosidades y se analiza su relación con el test de Constant mediante una prueba estadística de T de Student.

RESULTADOS

Edad media: 73.7 años (DE: 7.048), de los cuales 77.8 % era mujeres. La tasa de consolidación de tuberosidades ha sido del 77.8%, 21 pacientes; No consolidación en un 14.8%, 4 pacientes; y 7.4% de pérdidas, 2 pacientes. El test de Constant medio fue de 60 (DE: 9.5) en el grupo de consolidación de tuberosidades versus 51 (DE: 12) en los pacientes sin consolidación de las mismas, sin diferencia estadística ($p > 0.05$).

CONCLUSIÓN

Los resultados de este estudio preliminar apuntan a una alta tasa de consolidación de las tuberosidades con vástago no específico de fracturas en el tratamiento de las FHP complejas con PT Inversa. El test de Constant, aun no siendo significativo, es mejor en los casos con consolidación de las tuberosidades a 1 año. Seguiremos el estudio para poder presentar una serie más amplia y con mayor seguimiento.

FRACTURA DE HÚMERO PROXIMAL EN PACIENTES CON ALTO ÍNDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON, TASA DE MORTALIDAD SEGÚN LA ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO. (ESTUDIO DE LAS CONSECUENCIAS CLÍNICAS DE NUESTRA DECISIÓN TERAPÉUTICA)

Ana Belen Fernández Cortiñas; Yaiza Lopiz Morales; Carlos García Fernandez; Jesus Vidal Campos; Fernando Marco Martínez
Universidad Complutense de Madrid. Hospital Cosaga

INTRODUCCIÓN

El propósito de nuestro estudio es evaluar las complicaciones y mortalidad de los pacientes que sufren una fractura de húmero proximal aislada, según el tratamiento que han recibido (quirúrgico versus conservador) y su morbilidad previa a la fractura. De esta manera pretendemos reflexionar sobre la idoneidad de nuestra decisión terapéutica según el estado de salud previo del paciente, no solamente según el tipo de fractura.

CARTELES CIENTÍFICOS

MATERIAL Y METODOS

Hemos realizado un estudio retrospectivo en el que se han incluido todos los pacientes que han sido tratados de fractura aislada de humero proximal en nuestra institución durante 29 meses consecutivos, con un seguimiento medio de 52,8 meses (mínimo de 24 meses) Se establecieron dos grupos, según el tipo de tratamiento recibido (quirúrgico versus conservador). Se identificaron las comorbilidades previas a la lesión y se calculó el Índice de Comorbilidad de Charlson adaptado a la edad (ICC). Todas las complicaciones y la tasa de mortalidad se registró prospectivamente durante el seguimiento completo.

RESULTADOS

Los pacientes con comorbilidades elevadas presentes previamente a la fractura ($ICC > 5$) demostraron un aumento significativo de la mortalidad ($HR = 4,64$) en comparación con aquellos con $ICC < 5$. Además, el grupo de pacientes con comorbilidades altas ($ICC > 5$) que se sometieron a un tratamiento quirúrgico demostró un aumento estadísticamente significativo de la mortalidad ($HR = 6,92$) frente al grupo de pacientes con comorbilidades similares ($CCI > 5$) que no se sometieron a tratamiento quirúrgico ($HR=4,14$).

CONCLUSIONES

Los pacientes con altas comorbilidades antes de la lesión ($ICC > 5$) aumentaron la mortalidad si se sometieron a un tratamiento quirúrgico para una fractura aislada de húmero proximal, en comparación con los que fueron tratados de manera conservadora. El uso de una herramienta de pronóstico de morbilidad, como la ICC, puede ayudarnos a predecir el resultado (particularmente la mortalidad) en estos pacientes, y tal vez podría ayudarnos a tomar decisiones en términos de tratamiento quirúrgico versus tratamiento no quirúrgico para minimizar la mortalidad del paciente. El tratamiento quirúrgico debería de hacerse de manera más juiciosa en pacientes con alta comorbilidad previamente a la fractura.

NIVEL DE EVIDENCIA: Nivel III; Estudio comparativo retrospectivo; Estudio de tratamiento. PALABRAS CLAVE: Fractura del húmero proximal, comorbilidad, Índice de Comorbilidad de Charlson, mortalidad, tratamiento quirúrgico.

OSTEOLISIS POST-TRAUMÁTICA DE CLAVÍCULA

María Brotat Rodríguez; Alberto Alonso Recio; Fiona Rodríguez Monsalve; Alberto Aranz Remis; Jose García Carrasco; Lucía González García;

Complejo Asistencia Universitario de Palencia

INTRODUCCIÓN

La osteolisis post-traumática del tercio distal de la clavícula es una entidad poco frecuente que puede aparecer tras un episodio agudo de fractura en un tiempo variable de tiempo. Se caracteriza por reabsorción progresiva de la clavícula acompañada de restricción de la movilidad, disminución de la fuerza e inflamación hombro.

La etiología es desconocida; alguna de las teorías son la reabsorción osteoclástica, el compromiso vascular, la disfunción del sistema nervioso autónomo o la hiperemia de los tejidos que induce una inflamación de los mismos produciendo una capsulitis adhesiva como en nuestro caso.

MATERIAL Y MÉTODO

Mujer de 44 años que, tras caída accidental, presenta fractura de tercio distal de clavícula sin desplazar. Tras inmovilización con cabestrillo, la paciente comienza a realizar tratamiento rehabilitador mostrando mejoría inicial.

A los dos meses refiere dolor intenso en el hombro con limitación progresiva de la movilidad especialmente de la rotación externa. En la radiología simple se observa osteolisis progresiva del extremo distal de la clavícula. Se solicita TAC y RMN que confirman la reabsorción ósea acompañada de engrosamiento del ligamento glenohumeral medio e inflamación generalizada de los tejidos.

CARTELES CIENTÍFICOS

RESULTADOS

Tras 6 meses de tratamiento conservador sin mejoría, se realiza artroscopia de hombro visualizando en articulación glenohumeral fibrosis abundante en el intervalo rotador con importante aumento de grosor del ligamento glenohumeral medio y en espacio subacromial bursitis y fragmento óseo que corresponde a parte del extremo distal de la clavícula.

Se practica artroscopia artroscópica realizando apertura amplia del intervalo rotador, resección de la fibrosis y sección del ligamento glenohumeral medio. En espacio subacromial se realiza bursectomía, extracción del fragmento óseo y resección AC (Mumford) La paciente comienza rehabilitación tras la cirugía mejorando la movilidad de forma progresiva. La anatomía patológica descarta patología tumoral.

CONCLUSIÓN

Es importante considerar la posibilidad de osteolisis posttraumática del tercio distal de la clavícula si existe dolor persistente tras el episodio agudo de fractura. El diagnóstico diferencial se debe realizar entre neoplasias, mielomas, artritis y artropatía por esteroides.

El dolor, la debilidad y la limitación funcional suelen ser auto-limitados e incluso algunos autores como Levine indican que la clavícula puede restituirse por ella misma. Sin embargo, en aquellos casos en los que no cede la sintomatología está recomendada la escisión de la articulación acromioclavicular.

MÁS ALLÁ DE UNA LUXACIÓN GLENOHUMERAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Joan Vilanova Laguna; Elisenda Ricou Mur; Enrique Pich-Aguilera Blasco; Vanesa Vega Ocaña; Rubén Sánchez Naves
Consorci Sanitari Integral

INTRODUCCIÓN

La luxación posterior glenohumeral es poco frecuente y difícil de manejar asociada a otras comorbilidades que inicialmente pueden pasar desapercibidas.

Los mecanismos que la producen son variados, complicando el diagnóstico en algunos casos. Ante un paciente con clínica sugestiva e impotencia funcional asociada tras antecedente traumático, hay que tener en cuenta en el diagnóstico diferencial la lesión ósea asociada. La identificación de lesiones óseas, de manguito de los rotadores que pudieran estar asociadas a la luxación es importante tanto para el manejo inicial como para el tratamiento. En caso de identificarlas, individualizar el manejo de estos pacientes es primordial para obtener buenos resultados funcionales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso clínico de un paciente masculino de 51 años con los siguientes antecedentes patológicos: prolapso mitral y endocarditis. En Febrero de 2018 acude a urgencias de nuestro centro por omalgia izquierda e impotencia funcional después de una caída casual. En la radiología inicial se diagnostica una luxación glenohumeral posterior con sospecha de fractura de humero proximal no desplazada. Se opta por una reducción cerrada bajo sedación. En la radiología de control se observa persistencia de luxación y desplazamiento con tercer fragmento de la fractura diafisaria proximal humeral. Se ingresa al paciente para tratamiento quirúrgico definitivo en las primeras 24h, realizándose reducción abierta e fijación interna con placa Philos con buen resultado radiológico postoperatorio.

RESULTADOS

Actualmente el paciente está sin dolor, ha recuperado la mayor parte de su movilidad con un balance articular prácticamente a límites. Radiológicamente se evidencia consolidación de la fractura, material de osteosíntesis in situ y sin signos de necrosis de la cabeza humeral.

CARTELES CIENTÍFICOS

CONCLUSIÓN

El correcto diagnóstico inicial de este tipo de lesión y su tratamiento inicial tiene vital importancia y puede ser un reto para el especialista. Es importante el tratamiento precoz de la luxación, un adecuado diagnóstico para prever problemática con las lesiones asociadas como puede ser un desplazamiento secundario de la fractura. La reducción abierta y osteosíntesis ha resultado ser, en nuestro caso, una opción efectiva en el tratamiento urgente de la lesión, con buenos resultados postoperatorios.

FRACTURAS DE LA TUBEROSIDAD MAYOR DEL HÚMERO (TROQUÍTER). ESTUDIO, PROTOCOLO DIAGNÓSTICO Y ALGORITMO DE TRATAMIENTO

Celestino Guerra García; José Luis Álvarez Fernández; Francisco José Álvarez Gracia; Rubén Álvarez Canal; Amaury González Llorca
Ibermutuamur Oviedo. Asturias

INTRODUCCIÓN

Las fracturas de troquíter suelen derivarse de mecanismos lesionales variables, tener más trazos de fractura hacia la cabeza humeral e incluso al cuello y el 59 % pasan desapercibidas! Entre un 10 y un 30 % están asociadas a luxación GH. Es frecuente el desplazamiento 2º. Para su diagnóstico precisan Rx, TAC e incluso RM (lesiones del MR, rodete o secuelas).

Son frecuentes las lesiones asociadas / complicaciones / secuelas ... que se diagnostican +/- tarde: capsulitis / rigidez; "disfunciones" / roturas del MR (SE), tanto en el en el espacio SA como en el GH: PASTA; SLAP; inestabilidad PLB; lesiones cápsulo-labiales: ligamentos GH, rodete; Hill-Sachs ... inestabilidad GH; desplazamientos 2ºs; consolidación "viciosa"; pseudoartrosis; necrosis parciales.

Por su idiosincrasia, sueles ser "habitual" que algunos médicos, directores, gestores ... no se explican la evolución de "esa fractura tan poco relevante".

Es necesaria su caracterización, pero no "ayudan" las clasificaciones (Mutch).

Nos preguntamos: ¿CUÁNDO OPERARLAS? ¿VÍA DE ABORDAJE? ¿TIPO DE OSTEOSÍNTESIS? ¿PAPEL DE LA ARTROSCOPIA?

MATERIAL Y MÉTODOS

Analizada una población activa de +/- 100.000 asegurados, durante 27 meses (2016 / 2017 / 3 m 2018), se encontraron 68 referencias clasificadas como diagnóstico de urgencias : "Fractura Húmero Proximal"; el 50% : 34 casos, corresponden a Fracturas de Troquíter (+/- 15 anuales) (Biblio +/- 25 %). Su incidencia en esta población es del 0.034 %.

Partimos de una "tolerancia" de desplazamiento para la indicación quirúrgica:

POST – 10 mm y SUP – 5 mm.

RESULTADOS

De las 34 fracturas de Troquíter se intervinieron 11 pacientes (32,3 %) (Biblio +/- 15- 20 %).

QUIRURGICAS +/- "urgentes": 5 (14,7 %) y se utilizaron las siguientes técnicas:

- 1 TORNILLO ARANDELA • 3 MINI PLACAS • 1 OS percutánea CAH QUIRÚRGICAS x "SECUELA": 6 CAH (17,6 %)
- 2 SE COMPLETO • 1 SE PARCIAL + CAPSULITIS • 3 SE PASTA

En nuestro medio, de las 34 fracturas de Troquíter tratadas se objetivó al final del tratamiento

- Mejoría en 24: 70,6 % • Curación en 6: 17,6 % • Curación con secuelas en 4 : 11,8 %.

Se intenta concretar un Protocolo diagnóstico eficaz y un Algoritmo de tratamiento adecuado al tipo de paciente.

CARTELES CIENTÍFICOS

CONCLUSIONES

Son fracturas poco frecuentes.

Se diagnostican con proyecciones Rx de urgencia, TAC “precoz” y la RM es útil para diagnosticar lesiones asociadas y secuelas (Artro-RM?). Es necesaria una gestión adecuada (optimización) de los estudios de imagen.

Aún se necesitan estudios para apoyar la tendencia actual a considerar el tratamiento quirúrgico en “pacientes jóvenes y activos” ante desplazamientos sup + 3 mm (+5 mm en no dom. y sedentarios) y post + 5 mm. (“mejor tolerados”)

Las frecuentes lesiones asociadas y complicaciones – secuelas, pueden llevar a una recuperación +/- prolongada.

FRACTURAS DE CLAVÍCULA DISTAL ¿QUÉ TRATAMIENTO ELEGIR?

José Enrique Aroca; Juan Carlos López; Agustín Pina; Marta Navarro;
Hospital Universitario La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN

Las fracturas de tercio distal de clavícula representan un 10-15% del total de fracturas de clavícula. Existe una gran controversia en cuanto a su manejo, puesto que el tratamiento conservador genera un alto porcentaje de pseudoartrosis y el manejo quirúrgico conlleva un número no desdeñable de complicaciones. El objetivo de este trabajo es comparar los resultados obtenidos con los distintos métodos de tratamiento en las fracturas distales de clavícula utilizados entre los años 2013 a 2017 en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo de 31 pacientes (27 varones y 4 mujeres) con fractura de tercio distal de clavícula con una media de edad de 42 años y seguimiento medio de 32 meses. Estudiamos el mecanismo de producción, tipo de tratamiento, método de fijación (placa, placa con sistema de suspensión y sistema de suspensión), consolidación y tiempo hasta alcanzarla y resultados clínicos en función de las escalas Constant, Oxford, QuickDash y EVA así como necesidad de reintervención.

RESULTADOS

Globalmente, los pacientes tratados quirúrgicamente obtuvieron mejor resultado en la escala de Constant que el grupo tratado de forma conservadora con diferencias estadísticamente significativas (12 puntos con $p < 0.03$). En el resto de escalas las diferencias no fueron significativas. En cuanto a la consolidación y tiempo hasta la misma hubo diferencias estadísticamente significativas a favor de la cirugía ($p < 0.002$) con una diferencia de 6 meses ($p < 0.05$). Dentro del grupo quirúrgico no hubo diferencias en cuanto a tiempo de consolidación ni en cuanto a necesidad de reintervención entre los distintos métodos de fijación.

CONCLUSIÓN

En las fracturas distales de clavícula tipo 2,3 y 5 se recomienda la cirugía, con mejores resultados para las placas de bloqueo, sin necesidad de asociar sistemas de suspensión. Los sistemas de suspensión tendrían indicación como segunda línea de tratamiento.

CARTELES CIENTÍFICOS

INFLUENCIA DEL NÚMERO DE TORNILLOS CEFÁLICOS EN LA OSTEOSÍNTESIS DE FRACTURAS EN VALGO DE HÚMERO PROXIMAL

Victoria Moreno Figaredo
Clínica Universidad de Navarra

INTRODUCCIÓN

La configuración anatómica de las fracturas en valgo de húmero proximal favorece su consolidación. Una de las opciones de tratamiento quirúrgico es la osteosíntesis con placa y tornillos bloqueados, cuyo objetivo es dar una estabilidad suficiente a la reducción que permita iniciar una rehabilitación precoz.

Las placas de bloqueo han supuesto mejoras biomecánicas en la estabilización de estas fracturas, aportando una fijación más segura. Sin embargo, no está establecido en la literatura cuántos tornillos debemos colocar en la cabeza humeral. Nuestro objetivo consiste en valorar la influencia del número de tornillos cefálicos en el desplazamiento de fracturas de húmero proximal impactadas en valgo tratadas con placas de osteosíntesis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos con placas Philos por fractura de húmero proximal impactadas en valgo en nuestro centro entre el año 2010 y el 2018. Analizamos un total de 22 casos que dividimos en dos grupos; grupo 1: fracturas tratadas con dos o menos tornillos cefálicos, y grupo 2: las tratadas con más de 2 tornillos cefálicos. Las variables que analizamos fueron: sexo, número de fragmentos de la fractura, número de tornillos cefálicos y la integridad de la cortical medial. Para valorar la pérdida de corrección de la fractura medimos el ángulo cérvico-diafisario y la distancia entre el ápex de la cabeza humeral y el ápex del troquíter en las radiografías preoperatorias, intra-operatoria y en su última revisión.

RESULTADOS

El 55% de las fracturas se produjeron en mujeres, con una media de edad de 62 años. El 46% de las fracturas eran de 3 fragmentos, el 14% de 2 fragmentos y el 40% fueron multifragmentarias. El 46% se trataron con 2 tornillos cefálicos y el 54% con >2 tornillos cefálicos. La diferencia del ángulo cervico-diafisario en las radiografías fue de 6.1 ° en el grupo 1 y de 4.6° en el grupo 2 ($p = 0.66$), y la evolución en la distancia del ápex de la cabeza al ápex del troquíter fue -1.1 mm en el grupo 1 y 0.4 mm en el grupo 2 ($p = 0.16$).

CONCLUSIÓN

Utilizar 2 o menos tornillos cefálicos implica los mismos resultados en la estabilidad de la osteosíntesis que utilizar tres o más.

COMPLICACIÓN DE LA REPARACIÓN DE BÍCEPS DISTAL POR USO DE ETHIBOND: GRANULOMA IMITADOR DE INFECCIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO

Gia Rodríguez Vaquero
Hospital General de Villalba

INTRODUCCIÓN

La rotura del bíceps braquial distal ocurre más frecuentemente en el codo dominante en varones mayores de 40 años. Existen diferentes técnicas descritas para su reparación restaurando la fuerza del codo y su reincorporación a una actividad física de alta demanda funcional.

Los granulomas de cuerpos extraños se han relacionado con diferentes materiales quirúrgicos como compresas o silicona en diferentes localizaciones.

CARTELES CIENTÍFICOS

Para la reparación del bíceps distal se emplean suturas no reabsorbibles como el FiberWire (Arthrex, Naples, FL, EE.UU.) y el Ethibond (Ethicon, Somerville, NJ, EE.UU.), el empleado en el presente caso. La sutura de Ethibond presenta una alta resistencia a la tensión y produce una reacción inflamatoria del tejido más baja que la que producen otros materiales de sutura no absorbibles, por lo que es idónea para reparaciones tendinosas.

Presentamos el caso de un paciente intervenido de reparación de bíceps distal mediante sutura transósea que desarrolla un granuloma secundario asociado al uso de Ethibond.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 31 años que es evaluado por una tumoración de crecimiento rápido ubicada en cara volar del codo derecho de 3 semanas de evolución. Como antecedentes, el paciente se había sometido a una reparación de bíceps distal derecho por una rotura traumática 18 meses antes. No hubo antecedentes de fiebre.

Se realizó analítica completa, toma de muestras para cultivo, radiografías simples y resonancia magnética. Con los resultados de la RM también se realizó PAAF ecoguiada.

RESULTADOS

Se realizó un examen físico en el que se apreciaba un bultoma de 3x4 cm aproximadamente, a nivel de la cicatriz quirúrgica con tumefacción y enrojecimiento. Durante el seguimiento se abrió de forma espontánea la piel con exudado de aspecto seropurulento escaso. Sobre la base de los hallazgos de RM indeterminados, y del resultado negativo de los cultivos se realizó una PAAF, cuya evaluación anatomopatológica mostró tejido fibroso reactivo con inflamación aguda y crónica, asociado a tejido conjuntivo reactivo y vasos sanguíneos, compatible con el diagnóstico de granuloma por cuerpo extraño.

Tras la confirmación diagnóstica se realizó una exéresis completa del tejido granulomatoso y de la sutura Ethibond de forma exhaustiva. La tumefacción se situaba entre los músculos braquiorradial y flexor radial del carpo con tejido de aspecto inflamatorio y líquido claro alrededor de las suturas. La revisión patológica final de la masa confirmó el diagnóstico de un granuloma de sutura.

A las 8 semanas de seguimiento, el paciente estaba bien, la herida quirúrgica estaba completamente curada, el rango de movimiento del codo era completo y sin debilidad del bíceps. No ha presentado nuevas complicaciones.

CONCLUSIONES

El granuloma de cuerpo extraño es una complicación bien descrita después de diferentes cirugías, sin embargo, es la primera vez que se describe en la reparación del tendón del bíceps distal simulando una infección. A pesar de que las suturas no reabsorbibles disponibles en el mercado presentan una baja reactividad en los tejidos, debemos tener en cuenta el riesgo de granuloma como diagnóstico diferencial.

LESION MIOTENDINOSA DEL BÍCEPS BRAQUIAL. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Joan Tomàs Gebellí Jové; Petrea Iftimie; Esther Blanch Girones;
Eugenia Miranda Sanroma; Ricardo Urrutia Ribas
Hospital Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 57 años, diestro que acude a urgencias por dolor e impotencia funcional en cara anterior de codo izquierdo después de realizar un esfuerzo. Al realizar contraresistencia, dolor y ascenso de la masa muscular bicipital, signo de gancho negativo. La ecografía, no es concluyente y se solicita RMN, informada como signos de rotura parcial de alto grado del tendón distal del bíceps braquial. Asocia líquido alrededor del mismo que se extiende a la unión miotendinosa.

CARTELES CIENTÍFICOS

MATERIAL Y MÉTODOS

Al mes de la lesión mejoría clínica, sin dolor, aunque no realiza esfuerzos, persiste surco distal del vientre muscular bicipital. Se remite a rehabilitación. A los 6 meses, empeoramiento clínico, pérdida de fuerza, al forzar, refiere una rampa a nivel del vientre muscular, persiste deformidad dolorosa a la palpación.

The Mayo Clinic Performance Index for the Elbow (MEPS): 55 En la RMN de control no se aprecian cambios. Al año de la lesión es intervenido. Se objetiva desgarró del 70% aproximadamente a nivel de la unión miotendinosa distal del bíceps braquial, poco móvil. Se realiza sutura con # 2 fiberwire y se realiza un refuerzo con un implante biológico alrededor, extraído de piel porcina. Inmovilización durante 3 semanas y posteriormente se remite a rehabilitación.

RESULTADOS

A las 6 semanas de la intervención, flexión de 120°, resto completa, MEPS 65 A los 3 meses, movilidad completa, sin dolor al realizar fuerza y MEPS de 95. Alta a los 6 meses con MEPS de 100.

CONCLUSIÓN

La bibliografía sobre estas lesiones a nivel de la unión miotendinosa del bíceps braquial es limitada y coinciden en que el tratamiento es conservador y que la sintomatología mejora a los pocos meses. Si que existen numerosos artículos de las roturas tendinosas a nivel de la inserción en la tuberosidad radial. Si bien hay artículos para el tratamiento de las lesiones crónicas, en las que se realizan injertos provenientes de Aquiles, semimembranoso, fascia lata, etc., los autores no han encontrado para las lesiones crónicas a nivel miotendinoso. En fases agudas, la cirugía no está recomendada por las complicaciones que ocasiona y la dificultad de suturar las lesiones musculares, y el tratamiento es la rehabilitación.

Cuando estas lesiones empeoran clínicamente, se necesita una solución quirúrgica sobre todo en trabajadores manuales. Al realizar la cirugía al año de la lesión, se necesitaba un soporte para reforzar la sutura, entre las opciones tenemos los auto o aloinjertos o implantes biológicos como el utilizado. Se trata de un Implante de matriz extracelular, extraído de piel porcina, que mantiene los componentes esenciales de la matriz, que tiene como componente principal el colágeno, eliminando las células y ADN. Es una estructura porosa que proporciona soporte para el crecimiento celular y la revascularización. Está indicado para refuerzo y reparación de tejidos blandos cuando existe debilidad de la sutura y refuerzo capsular. En estudios In vivo, tiene mejores resultados y mayor fuerza de tensión del lugar donde se implanta comparado con el que no se pone nada. No se han encontrado estudios que lo compare con auto o aloinjertos.

Creemos que para esta rara lesión, en las que un mínimo porcentaje requiere tratamiento quirúrgico, el refuerzo de la sutura con este tipo de implantes es una buena opción y nos ha dado un muy buen resultado.

ROTURA CRÓNICA DE TRÍCEPS DISTAL EN CULTURISTA PROFESIONAL: TÉCNICA QUIRÚRGICA CON RECONSTRUCCIÓN CON ALOINJERTO DE AQUILES

Karla Rodríguez Bascones; César Abellán Miralles; Raquel Samaniego Alonso; Daniel Berlanga
ASEPEYO Sant Cugat

INTRODUCCIÓN

El tendón tricipital es uno de los más resistentes del cuerpo humano siendo sus roturas muy poco comunes. La toma de anabolizantes entre levantadores de peso se ha descrito como el factor predisponente más común. La reconstrucción tendinosa de una rotura crónica de tríceps es una técnica quirúrgica demandante debido a la retracción del cabo proximal, la pobre calidad de los tejidos y la poca evidencia científica publicada que pueda orientar el tratamiento y la técnica más adecuada.

CARTELES CIENTÍFICOS

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un varón de 33 años, culturista profesional, que tras contusión directa presenta dolor y signo de hachazo positivo en región posterior del codo. La ecografía y la RNM confirman una rotura de espesor completo de más del 50% del grosor del tendón con una retracción proximal de más de 3cm.

Llega derivado a nuestro centro tras 3 meses del traumatismo.

En posición decúbito prono y con un abordaje posterior de codo se evidenció una rotura del 75% de las fibras de un tendón degenerado asociado a bursitis cálcica.

Tras un desbridamiento exhaustivo de todo el tejido desvitalizado y cruentación de la huella olecraneana se objetiva un defecto de unos 5 cm. Posteriormente se procede a la reconstrucción con aloinjerto de tendón de Aquiles sin pastilla ósea siendo suturado proximalmente al tendón restante con una triple sutura Krakow y anclaje distal en olécranon con técnica de doble hilera transósea equivalente con 3 arpones proximales y 2 distales, midiendo la tensión a unos 30-40° de flexión.

RESULTADOS

Intraoperatoriamente se consiguió una flexión de 120° y extensión completa con la adecuada tensión de la plastia. No se apreció fracaso in-situ de la plastia. A las 48h se retiró el drenaje aspirativo y se inmovilizó al paciente con férula preconformada de codo permitiendo unos 60° de flexoextensión. Actualmente desarrolla un programa de rehabilitación con movilizaciones pasivas y activas encaminado a evitar la rigidez del codo, sin permitir la potenciación muscular hasta la 6ª semana.

CONCLUSIONES

Van Riet et al, con una serie de 23 pacientes, compara la reparación aguda (13) vs reconstrucción crónica (10) y concluyen que la reconstrucción está asociada con una menor fuerza pico tricipital y con una menor reincorporación a las actividades deportivas y laborales.

Sánchez-Sotelo et al, con una serie de 7 pacientes, compara la reconstrucción crónica del tendón con flap autogénico de anconeo (4) vs aloinjerto de Aquiles (3) y recomienda la reconstrucción con flap de anconeo en aquellos casos con un tendón sano y poca retracción. Por el contrario, concluye que la reconstrucción con aloinjerto de Aquiles debería ser la técnica de elección en aquellos casos que presenten un tejido de mala calidad y/o grandes retracciones.

La rotura tricipital es una tendinopatía muy poco frecuente. Desde nuestro punto de vista creemos que su diagnóstico precoz es fundamental para poder realizar una reparación in situ y garantizar una rápida movilización y mejores resultados funcionales. En las roturas crónicas, dada la retracción tendinosa y la poca viabilidad del tejido, creemos que la reconstrucción tendinosa podría ser la técnica de elección, aunque por el momento no exista la suficiente evidenciencia que así lo refleje

RUPTURA SUBADGUDA DEL TENDÓN DISTAL DEL TRÍCEPS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Saioa Quintas Alvarez; Inma Puig de la Bellacasa; Jordi Salvador Carreño; Pablo Castellón Bernal; Javier Abarca Vegas
Hospital Universitari Mútua Terrassa

INTRODUCCIÓN

Las lesiones del tendón del tríceps son lesiones poco frecuentes. Son lesiones asociadas a accidentes deportivos, a algunas enfermedades sistémicas que afectan a la estructura del colágeno y al uso de esteroides.

El diagnóstico se realiza mediante examen clínico y se confirma mediante rx, ecografía y/o resonancia. Son lesiones que frecuentemente pasan desapercibidas. Se han descrito diversas técnicas para el tratamiento de las rupturas completas.

En las rupturas agudas, el tratamiento quirúrgico se basará en realizar una reparación directa mediante reanclaje óseo y en las lesiones crónicas, se requieren técnicas de reconstrucción con injertos tendinosos.

CARTELES CIENTÍFICOS

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos un paciente de 46 años, levantador de pesas, que acude a nuestra consulta al mes y medio de traumatismo sobre extremidad superior izquierda. El paciente fue diagnosticado de bursitis traumática de codo. En la exploración clínica presenta un defecto palpable en la porción distal de la inserción del tríceps, sensibilidad zonal y un déficit de extensión activa de 20°. En las imágenes de RMN se observa una ruptura completa del tendón del tríceps distal con una retracción de 23mm. Se propuso tratamiento quirúrgico.

Se realizó una reparación primaria del tendón mediante sutura tipo Krakow y arpones, reforzada con aloinjerto tendinoso. Se inmovilizó el codo a 30° de flexión durante 3 semanas, iniciamos la movilidad pasiva y restringimos la movilidad activa hasta las 6 semanas postoperatorias.

RESULTADOS

El paciente ha realizado un seguimiento de 3 años con una buena evolución. El paciente presenta un balance articular completo sin pérdida de extensión. La fuerza de extensión contra resistencia es menor a la contralateral, pero realiza su actividad diaria habitual.

Conclusión

El diagnóstico y tratamiento precoz de las rupturas distales del Tríceps es importante, ya que dependerá de ello el resultado obtenido.

La reparación quirúrgica logra unos excelentes resultados en el tratamiento agudo de las lesiones, siendo menos predecibles en lesiones crónicas.

NEOCAPSULA ARTICULAR ADYUVANTE EN LA ESTABILIDAD DE LA ARTROPLASTIA TUMORAL DEL HOMBRO

Ivan Beirutti; Jose Rivero; Ignacio Silva; Osman Benavides; Adrian Suarez
Hospital Universitario de Gran Canaria

INTRODUCCIÓN

La reconstrucción del húmero proximal en el contexto neoplásico es siempre un reto para el cirujano ortopédico, que se dedica a la oncología. La resección de los elementos musculo aponeuróticos, ligamentos, capsula articular como parte del margen quirúrgico puede generar inestabilidad residual gleno humeral; la reconstrucción, parcial con auto, aloinjerto, osteosíntesis requiere distintas técnicas para evitar la luxación, mucho más severo es cuando se realiza artroplastia del hombro anatómica, o invertida. Algunas de las alternativas son la elaboración de una nueva capsula articular, históricamente elementos tubulares insertados de la glenoides a la metafisis del húmero, como la prótesis de dacron aortica daba buenos resultados. La utilización de malla de trevira (implancast (R)) es un alternativa terapéutica, al crear inicialmente un elemento mecánico restrictivo, posteriormente la formación de tejido fibroso sobre la malla refuerza esta neocapsula y ayuda en la estabilidad de la articulación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron un grupo de pacientes que requirieron reconstrucción del hombro, con distintas causas y procedimientos, en un periodo de tiempo de 5 años, del Hospital Universitario de Gran Canaria; clasificando datos demográficos, tipo de cirugía, y todos utilizando como medida de adyuvancia en la estabilidad articular, la implantación de una malla tubular (polyethylene terephthalate) de trevira, anclada desde el borde de la glenoides o glenoesfera en el caso de las prótesis invertidas de hombro, hasta la metafisis del humero quedando la cabeza humeral dentro de esta. Se revisan las pruebas intraoperatorias del balance articular.

Valoración postoperatoria y aplicación de escalas de evaluación funcional muscle skeletal tumor society score (MSTSS).

CARTELES CIENTÍFICOS

RESULTADOS

Se obtuvieron 15 paciente con reconstrucción del humero proximal 2 reconstrucción parcial pero que requirieron resección de tejidos que tenían función en la estabilidad articular, 9 con hemiartroplastia tumoral, 1 invertida primaria, 2 posterior a revisión / rescate de procedimientos anteriores tumorales (cementoplastia enclavado endomedular, cementoplastia y placa proximal de humero), y 1 paciente con inestabilidad recurrente de una artroplastia invertida de hombro no neoplasica por osteoartrosis glenohumeral. Todos con escala de función MSTSS buena a excelente. Ninguno con luxación post cirugía, seguimiento a 1 año.

CONCLUSIÓN

La neocapsula articular puede ayudar en la estabilidad del hombro, la mecánica articular puede inicialmente beneficiarse de restringir la amplitud con la utilización de esta malla tubular, y posteriormente la fibrosis secundaria en esta malla de polietileno, genera contensión en la articulación glenohumeral, de manera muy similar como cuando se usa esta malla para cubrir un defecto músculo aponeurótico en el tratamiento de una hernia inguinal, sin tensión excesiva, pero manteniendo la movilidad local. Este procedimiento sin costo excesivo económico, ni tisular pudiese tomarse en cuenta como alternativa terapéutica adyuvante en la estabilidad de la articulación del hombro, incluso en la cirugía no tumoral.

ALOINJERTO DE CABEZA HUMERAL PARA EL TRATAMIENTO DE LESIONES HILL- SACHS DE GRAN TAMAÑO

María Brotat Rodríguez; Fiona Rodríguez Monsalve; Isidro Burón Álvarez; Alberto Arnanz Remis; José García Carrasco; Clarisa Simón Pérez; María González Salvador
Complejo Asistencia Universitario de Palencia

INTRODUCCIÓN

La luxación glenohumeral afecta principalmente a jóvenes tras traumatismos. La recurrencia es la principal complicación condicionada por la edad, el defecto articular traumático y el tipo de actividad deportiva practicada. La lesión en la región posterolateral de la cabeza humeral (Hill-Sachs) ocurre en el 65- 70 % de pacientes en el primer episodio y se incrementa en luxaciones recurrentes. Es uno de los principales factores de la inestabilidad glenohumeral, influyendo tanto el largo como la profundidad de la lesión.

Itoi et al., describieron la relación entre el defecto humeral de Hill-Sachs y la superficie glenoidea (glenoid track). La presencia de un defecto glenoideo asociado (lesión bipolar), facilita el Hill-Sachs “engaging”. El tratamiento de este tipo de lesiones es complejo, existiendo diversas opciones como el remplissage, el Latarjet o el uso de aloinjertos.

MATERIAL Y MÉTODO

Mujer 37 años que tras traumatismo por tracción presenta luxación de hombro derecho. A la exploración física se observa deformidad en hombro sin presencia de hematoma con parestesias en región deltoidea.

Tras varios intentos de reducción se consigue congruencia articular pero no se logra mantener la reducción.

El TAC y la RMN indican luxación antero-inferior del húmero derecho con lesión Hill- Sachs severa y lesión Bankart sin presencia de lesiones en manguito rotador.

La EMG indica signos compatibles con una afectación crónica de los nervios axilar y supraescapular derechos, de tipo mixto, de intensidad moderada sin que se objetiven signos de denervación activa y con presencia de signos de reinervación.

RESULTADOS: Tras observar mejoría progresiva de la clínica neurológica se realiza intervención quirúrgica. Se practica abordaje deltopectoral observando luxación anteroinferior de la cabeza humeral con presencia de Hill- Sachs de gran tamaño (3 x 3.5 cm). Se prepara lecho de la lesión y se realiza reconstrucción de la cabeza humeral con aloinjerto y fijación con tres tornillos autoperforantes. Se completa la cirugía con técnica de Latarjet fijada con dos tornillos canulados observando congruencia y estabilidad articular.

CARTELES CIENTÍFICOS

Tras inmovilización con cabestrillo 6 semanas, la paciente comienza tratamiento rehabilitador presentando buena abducción y antepulsión con limitación parcial de ambas rotaciones.

DISCUSIÓN

Existen técnicas quirúrgicas que buscan aumentar el arco de superficie glenoideo como la técnica de Latarjet o la utilización de aloinjertos descrita por Eden- Hybbinete, que en los últimos años han ganado gran popularidad.

Sin embargo, existen pocas publicaciones acerca de la utilización de aloinjerto para la reconstrucción de defectos masivos de la cabeza humeral.

Se trata de una técnica anatómica en la que se recupera el arco de superficie humeral. Algunas de las complicaciones descritas son la no consolidación, la reabsorción y revisión por problema de osteosíntesis. Una de sus principales desventajas es la necesidad de realizar un abordaje anterior amplio con desinserción del tendón subescapular, aunque algunos autores como Brañes describen un abordaje posterior directo menos agresivo como alternativa, observando buenos resultados con baja tasa de recidiva.

Esta técnica es una opción para aquellos pacientes jóvenes que presentan lesiones bipolares ($\geq 25\%$ defecto glena y Hill-Sachs off track) observándose buenos resultados a funcionales. Sin embargo, se necesitan más estudios con mayor tamaño muestral que muestren su evolución a largo plazo.

¿ES FACTIBLE EL USO DE LA CLAVÍCULA DISTAL COMO INJERTO AUTÓLOGO LOCAL EN CIRUGÍA DE INESTABILIDAD DE HOMBRO CON DEFECTO ÓSEO GLENOIDEO ANTERIOR?

Raul Barco; Luis Cuadrado Rubio; Alfonso Vaquero Picado
Hospital Universitario La Paz. Madrid

INTRODUCCIÓN

La existencia de defectos óseos glenoideos en la inestabilidad de hombro son frecuentes. La necesidad de utilizar injertos óseos para reconstruir la glenoides anterior es frecuente y existen multitud de injertos y técnicas de reconstrucción.

Analizamos la posibilidad técnica de utilizar la clavícula distal como injerto autólogo local para su uso como injerto en la cavidad glenoidea.

MATERIAL Y MÉTODO

Se utilizó estudios TC de 15 pacientes intervenidos de inestabilidad de hombro con defecto óseo en las que se iba a realizar una técnica de Latarjet. Se midió el defecto óseo anterior con el método PICO, calculando el déficit óseo medio y la longitud anteroposterior de la clavícula, la altura de la clavícula y la posibilidad de reconstruir el defecto óseo anterior.

RESULTADOS

El déficit óseo medio de la glenoides fue del 21%. Las medidas de la clavícula distal media fueron de 22 mm de diámetro anteroposterior y 9 mm de altura.

Existía una correlación positiva entre el tamaño de la glenoides y el tamaño de la clavícula. La reconstrucción del defecto óseo medio fue del 98%.

CONCLUSIÓN

El uso local de la clavícula como injerto óseo local glenoideo es una alternativa factible para su uso tanto en cirugía primaria como de revisión.

CARTELES CIENTÍFICOS

INESTABILIDAD MULTIDIRECCIONAL ATRAUMÁTICA DE HOMBRO

Alberto Izquierdo Fernández; Ángel González Fernández
H.U. Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN

La inestabilidad multidireccional atraumática de hombro (AMBRII) es una enfermedad frecuentemente infradiagnosticada. Ésta puede deberse a anomalías anatómicas en la glena, a hiperlaxitud articular, a debilidad en los músculos del manguito rotador o a un control neuromuscular deficiente. El tratamiento conservador inicial, basado en la optimización del control neuromuscular, ofrece buenos resultados hasta en un 80% de los casos. Pese al todo, en determinados casos hay que recurrir al tratamiento quirúrgico.

El objetivo de este estudio es evaluar los resultados de la plicatura capsular artroscópica en los pacientes con AMBRII, tras fracaso de tratamiento conservador mantenido durante al menos seis meses.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha revisado de forma retrospectiva a cinco pacientes a los que se les realizó una plicatura capsular artroscópica anterior y posterior. Se excluyeron aquellos pacientes que presentaban anomalías óseas glenoideas. La muestra estaba compuesta de cuatro mujeres y un hombre con una edad media de 24,2 años (21-28). Se evaluaron el balance articular, la puntuación en el test de Constant, la reincorporación a su actividad laboral y deportiva, así como la aparición de complicaciones derivadas del tratamiento quirúrgico. La evaluación se realizó a los seis meses postoperatorios.

RESULTADOS

En cuanto al balance articular, la flexión anterior se redujo en 8º de promedio y la rotación externa en 7º. En cuanto a la rotación interna, todos los pacientes alcanzaron, al menos, el nivel de T12. La puntuación media en el test de Constant fue de 86 (82-98). Las puntuaciones más altas se obtuvieron en los apartados referentes al dolor, actividades de la vida diaria y al balance articular, siendo más variables las puntuaciones en la medición de la fuerza. La reincorporación a su actividad laboral y deportiva, en todos los casos, fue antes de los cinco meses postoperatorios. No se presentaron complicaciones reseñables en nuestra serie.

CONCLUSIÓN

La plicatura capsular artroscópica puede ser efectiva en los pacientes que presentan inestabilidad multidireccional atraumática, refractaria al tratamiento conservador, obteniendo una gran mejoría en la disminución del dolor y manteniendo un balance articular adecuado para el desarrollo de su actividad cotidiana.

TRATAMIENTO ARTROSCÓPICO DE DEFECTO ÓSEO GLENOIDEO ANTERIOR CON CLAVÍCULA DISTAL Y FIJACIÓN CON SISTEMA DE SUTURA Y BOTÓN CON GUÍA TRANSGLENOIDEA

Raul Barco
Hospital Universitario La Paz. Madrid

INTRODUCCIÓN

El uso de injertos óseos para la reconstrucción de la glenoides anterior en inestabilidad postraumática anterior de hombro ha aumentado debido a la alta tasa de recidiva cuando no se reconstruyen defectos óseos significativos. El patrón oro es la cirugía de Latarjet pero existen autores que han publicado tasas altas de complicaciones con el uso de este injerto por lo que se han desarrollado la utilización de injertos de otras localizaciones. Se explora el uso de la clavícula distal como injerto óseo autólogo local para reconstruir el defecto glenoideo anterior. En este caso se preparó un defecto óseo glenoideo del 25%

CARTELES CIENTÍFICOS

mediante técnica artroscópica. Para la reconstrucción del defecto óseo se utilizó una técnica mixta: abierta para la obtención de la clavícula distal y artroscópica para el paso y fijación del injerto con técnica de fijación transglenoidea con sistema de sutura y botón.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una cirugía en cadáver para explorar si la técnica propuesta era factible. La pieza se colocó en silla de playa y se preparó un defecto óseo glenoideo anterior del 25% mediante técnica artroscópica. Para la reconstrucción del defecto óseo se utilizó una técnica mixta: abierta para la obtención de un injerto de clavícula distal y artroscópica para el paso y fijación del injerto con técnica de fijación transglenoidea con sistema de sutura y botón con una guía específica.

RESULTADOS

Se observó que el uso de la clavícula distal para reconstruir la glenoidea es factible con la técnica demostrada. Conclusión: El uso de injerto de clavícula distal en inestabilidad anterior de hombro es factible anatómicamente. Presenta la ventaja adicional de que los cirujanos que realizan esta cirugía están familiarizados con la anatomía local. El sistema de sutura y botón con una guía transglenoidea específica permite una colocación precisa y un paso del injerto fácil, fiable y seguro.

ESTUDIO RESTROSPECTIVO DE SERIE DE CASOS DE LUXACIÓN POSTERIOR INVETERADA DE HOMBRO TRATADA MEDIANTE TÉCNICA MC LAUGHLIN MODIFICADA

Marta Gutierrez; Paloma Manzarbeitia; Michele Bisaccia; Luigi Meccariello; David Gomez Garrido; Javier Cervera Irimia
Italia

INTRODUCCIÓN

La luxación posterior de hombro es una patología rara, la mayoría de veces traumática y frecuentemente asociada a crisis convulsivas. Esta particularidad hace que pueda pasar desapercibida llegando a convertirse en luxaciones inveteradas asociadas a lesiones de Hill-Sachs inversas, que si son grandes, evolucionan a luxaciones recidivantes con consecuencias devastadoras y que necesitan tratamiento quirúrgico. La técnica descrita por McLaughlin, que consiste en la transposición del tendón subescapular al defecto humeral, o la modificación de esta técnica descrita por Neer, con la transposición junto con un fragmento óseo del trocín son alternativas válidas para esta patología.

MATERIAL Y MÉTODOS

El objetivo del estudio es evaluar los resultados clínicos, funcionales y radiográficos de cuatro pacientes con luxación posterior de hombro intervenidos con técnica McLaughlin modificada.

Están cinco casos de pacientes con luxación posterior de hombro, intervenidos por el mismo cirujano entre 2010-2015, mediante cirugía abierta con técnica McLaughlin modificada. Se estudian diversos factores, como edad, sexo, mecanismo, tiempo hasta la cirugía, pruebas de imagen y resultados funcionales antes y después de la cirugía.

CONCLUSIÓN

Al año la evolución de estos pacientes ha sido satisfactoria conservando un buen rango de movilidad, que les permite realizar su actividad habitual sin dolor ni grandes restricciones. Ninguno de los pacientes ha tenido complicaciones tempranas ni tardías ni nuevos episodios de luxación.

Los buenos resultados, están asociados al diagnóstico y tratamiento precoz y siempre que el defecto óseo en la cabeza sea menor a un 40%. El TAC se hace imprescindible para determinar el tamaño de la lesión de Hill-Sachs inversa. La modificación de Neer mejora la cobertura del defecto y la probabilidad de cicatrización. Al ser la luxación posterior una patología poco frecuente, la mayoría de las publicaciones tienen bajo nivel de evidencia, lo que hace muy difícil llegar a conclusiones respecto al tratamiento más eficaz.

CARTELES CIENTÍFICOS

INESTABILIDAD GLENOHUMERAL POSTERIOR CRÓNICA - A PROPÓSITO DE UN CASO. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MEDIANTE TÉCNICA DE HAWKINS

Silvia Bernaldo de Quirós Ramos; Jose Almoguera Sánchez-Villacañas; Adela Fuentes Sanz
Hospital Fremap Majadahonda. Madrid

INTRODUCCIÓN

La inestabilidad glenohumeral posterior recurrente crónica es una patología poco frecuente en la patología de hombro. Presenta dificultades tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, siendo siempre imprescindible una buena exploración clínica y pruebas complementarias como la radiografía simple la resonancia magnética.

De inicio siempre ha de intentarse tratamiento conservador, con rehabilitación, siendo útil en la gran mayoría de los pacientes. Cuando este fracasa, es cuando debemos decantarnos por una de las muchas técnicas quirúrgicas que se han desarrollado para esta patología dependiendo de las características anatómicas y fisiológicas de nuestro paciente, como la técnica de Neer y Foster, de Tibone y Bradley, de Rockwood o la de McLaughlin.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos un varón de 25 años, carnicero, que sufre un accidente laboral, quedando su brazo derecho enganchado en una percha de jamones, y sufriendo extensión y rotación forzada de miembro superior derecho. En la exploración inicial destaca ya la presencia de cajón posterior glenohumeral y la limitación en la rotación interna con maniobras para supraespinoso positivas, sin afectación neurovascular distal.

Realizando una radiografía y posteriormente una resonancia, se descartapatología ósea aguda, y se evidencia una pequeña rotura 0,5 cm de supraespinoso con discretos cambios inflamatorios alrededor del tendón del infraespinoso.

El tratamiento inicial se realiza una semana de reposo con un cabestrillo, y después rehabilitación. Al mes ya presenta importante discinesia escapulotorácica, con buena permeabilidad articular y con EMG normal.

Explorando la inestabilidad, la cabeza del húmero se subluxa a posterior al hacer retropulsión con el hombro en 90° de abducción.

Tras 72 sesiones de fisioterapia y seguir presentando clara inestabilidad se decide realizar tratamiento quirúrgico, realizando la técnica descrita por Hawkins.

RESULTADOS

Mediante la técnica quirúrgica mencionada, con abordaje posterior glenohumeral, transdeltoideo, y a través de los tendones infraespinoso y redondo menor, se adosan con dos implantes Y Knot Flex de 1,8 mm. el reborde posterior de la glena, la cápsula y el tendón supraespinoso con cuatro puntos en U. Inmovilizando al paciente en el postoperatorio con 20° de abducción, 20° de flexión y 20° de rotación externa.

Actualmente, 3 meses después de la intervención, se encuentra en pleno proceso de rehabilitación, siendo el hombro estable y no presentando subluxación posterior glenohumeral. La movilidad activa está limitada a 100° de abducción y flexión, pero cede totalmente en pasivo.

CONCLUSIONES

Dentro de todas las técnicas quirúrgicas descritas para esta inestabilidad, no existen claros resultados de la superioridad de alguna de ellas, siendo clave la habilidad del cirujano y un estudio intensivo de la lesión que presenta el paciente. Dentro de las causas de no éxito de la reparación, se encuentran la laxitud ligamentosa, déficit de rodete glenoideo, debilidad de tejidos blandos, déficit capsular, lesión de Hill Sachs y lesión nerviosa. Es importante destacar la importancia del tratamiento quirúrgico seguida de una rehabilitación reglada, para conseguir los mejores resultados.

CARTELES CIENTÍFICOS

LUXACIÓN POSTERIOR DE HOMBRO INVETERADA. TÉCNICA DE MCLAUGHLIN

Abd al Aziz Lanagrán Torres; Ernesto de Casas Fernández; Rafael Martínez Guerrero; Iván Morales González; Raúl Valverde Sarabia; José Fernando Moreno Sánchez; Marina Sánchez Robles;
HGU Reina Sofía. Murcia

INTRODUCCIÓN

La articulación glenohumeral está formada por la cabeza humeral y la cavidad glenoidea de la escápula. Es una articulación sinovial de tipo enartrosis, es la más móvil del organismo y se encuentra protegida por una serie de elementos estabilizadores tanto estáticos como dinámicos.

La luxación posterior de hombro tiene una incidencia anual aproximada de 0.6 casos por cada 100000 habitantes. Es más frecuente en varones activos en edad reproductiva. Se ha relacionado con convulsiones y epilepsia, terapia electroconvulsiva, traumatismos de alta energía, y en menor medida con la adicción a las drogas y episodios de hipoglucemia. Presenta una alta complejidad diagnóstica debido a su poca incidencia, no presentar una clínica típica y un estudio radiológico deficiente lo que ocasiona que pase desapercibida en el examen inicial hasta en el 79% de los casos. A la hora de plantear tratamiento hay que tener en cuenta principalmente el tiempo de evolución, el grado de afectación de la cabeza humeral y el estado funcional del paciente, además del estado vascular de la cabeza, el estado de la glena.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 60 años con historia de adicción al alcohol que consulta tras dos días de privación por cuadro de temblor generalizado y dolor en hombro izquierdo siendo catalogado de contusión con radiografía simple anodina. Ante la persistencia de la clínica se realiza ecografía y TC siendo diagnosticada a las 15 semanas y media de luxación posterior de hombro con una lesión de Hill-Sachs inversa menor del 40% de la cabeza humeral.

RESULTADOS

La paciente fue intervenida mediante reducción abierta y reconstrucción no anatómica realizando una transposición del tendón subescapular según la técnica de McLaughlin empleando implantes Corkscrew y Swivelok de Arthrex, y rellenando el defecto óseo con un biocomposite Genex de MBA Se inmovilizó con una ortesis con abducción a 30° y rotación neutra y en la actualidad se encuentra en proceso de rehabilitación.

CONCLUSIÓN

La luxación posterior de hombro es una patología rara que hay que tener presente a la hora de realizar el diagnóstico diferencial de una omalgia en urgencias. Es importante realizar una buena historia clínica y sospechar ante un cuadro de hombro doloroso en actitud de rotación interna, con bloqueo de la rotación externa y limitación de la abducción. Es una patología que asocia una elevada morbilidad si no se diagnostica y trata de forma precoz, por lo que hay que realizar un adecuado estudio radiológico empleando 3 proyecciones como mínimo: anteroposterior y lateral puras de hombro, y axilar o Y de escápula. El tratamiento a realizar variará principalmente en función del tiempo de evolución, el porcentaje de afectación de la cabeza (lesión de Hill-Sachs inversa) y el estado funcional del paciente.

CARTELES CIENTÍFICOS

INESTABILIDAD DE LA ARTICULACION ESTERNOCLAVICULAR TIPO I: ¿CUÁL ES LA MEJOR DECISIÓN TERAPEÚTICA?

Joaquín Rodríguez Miralles; G. Fallone Lapi; A. Escolà Benet
Hospital Universitari General de Catalunya

INTRODUCCIÓN

La inestabilidad de la articulación esternoclavicular es una lesión muy poco frecuente y a diferencia de las luxaciones esternoclaviculares, muy difíciles de diagnosticar.

El diagnóstico se basa en el triángulo de Stanmore, valora las inestabilidades esternoclaviculares en estructurales o no estructurales, causadas por factores traumáticos o atraumáticos, neurológicos o una combinación de todos ellos.

También tiene en cuenta si es aguda (primera vez), recurrente (cualquier episodio repetido sin desplazamiento fijo) o persistente (cualquier episodio repetido con desplazamiento fijo). Finalmente, el desplazamiento puede ser anterior, posterior, superior o inferior.

Estas variables nos permiten clasificar estas lesiones en tipo I (traumáticas estructurales), tipo II (atraumáticas estructurales) y tipo III (atraumáticas no estructurales).

Presentamos un caso clínico de un paciente que tiene una inestabilidad esternoclavicular GI secundaria a traumatismo sufrido por accidente de bicicleta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hombre de 35 años. Deportista habitual. Refiere accidente de bicicleta con precipitación desde unos 4 m sufriendo traumatismo en hombro izquierdo, parrilla costal y rodilla derechas. Atendido inicialmente de urgencias en un hospital (se efectúan Rx y TAC torácico) es diagnosticado de contusiones varias. El paciente consulta, al cabo de un mes, por persistencia de dolor y deformidad en la articulación esternoclavicular izquierda. Las Rx no muestran imágenes sugestivas de luxación y la RNM informa de signos de artropatía inflamatoria esternoclavicular.

La TAC evidencia subluxación superior y calcificaciones periarticulares.

Tras seguir tratamiento conservador mediante fisioterapia y AINES el paciente no obtiene mejoría clínica por lo que se indica tratamiento quirúrgico.

El procedimiento quirúrgico consiste en ligamentoplastia en "8" con autoinjerto de tendón semitendinoso.

RESULTADOS

Durante el periodo postoperatorio el paciente mantiene la extremidad inmovilizada mediante cabestrillo durante 3 semanas iniciando posteriormente programa de rehabilitación.

A los dos meses de la intervención de efectúa RNM que muestra articulación esternoclavicular correctamente reducida con abundante fibrosis periarticular.

El paciente inicia actividad laboral a los 4 meses y actividad deportiva a los 6 meses de la intervención sin dolor y con una funcionalidad completa.

CONCLUSIÓN

La inestabilidad postraumática de la articulación esternoclavicular es extremadamente rara y habitualmente responde al tratamiento conservador.

Solamente en casos en los que el dolor es persistente y limita la actividad física cotidiana o deportiva está indicado el tratamiento quirúrgico.

El triángulo de Stanmore nos permite clasificar este tipo de inestabilidades y tomar decisiones terapéuticas adecuadas a cada tipo de lesión. No existe unanimidad en el tratamiento quirúrgico de este tipo de lesiones, si bien en nuestro caso hemos utilizado una plastia autóloga que preserva la funcionalidad de la articulación con un excelente resultado al año de la intervención.

CARTELES CIENTÍFICOS

RESULTADOS DE LIGAMENTOPLASTIA EN LUXACIÓN RECIDIVANTE DE HOMBRO

Jon Sáenz Ugartondo; Pedro Ignacio Ruiz Moneo; Jorge Molano Muñoz; Nahikari Nunes Ugarte; Alexis Israel Fernández Juan; Miren Juldain Mondragón; Iratxe Franco Muguerza
Hospital Universitario Álava

INTRODUCCIÓN

La inestabilidad recidivante de hombro constituye una patología incapacitante, que puede requerir tratamiento quirúrgico. La ligamentoplastia sintética, como técnica de refuerzo capsular anterior ha mostrado buenos resultados en casos de luxación recidivante anterior de hombro. Desde 1948 la plastia de hombro ha evolucionado de la fascia lata vía abierta en un inicio y vía artroscópica posteriormente, pasando por la plastia de Leeds-Keio y su técnica modificada con implantes de tipo Endobutton, hasta las técnicas no transfixiantes con tornillos interferenciales, en la actualidad. En nuestro centro, el H. Universitario de Álava, usamos esta técnica como añadido a la reparación capsular artroscópica en casos en los que el ISIS score es mayor de 3 o bien existe hiperlaxitud de hombro.

Valorar los resultados clínicos de los pacientes tratados con refuerzo del LGH como refuerzo a la reparación capsulolabral artroscópica mediante ligamentoplastia Leeds-Keio vía mixta y la tasa de reluxación del hombro afectado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de 55 pacientes (58 hombros) tratados por inestabilidad recidivante de hombro en el Hospital Universitario de Álava entre el año 2000 y 2017. Se les realizó ligamentoplastia sintética asociada a la reparación de Bankart y/o retensado capsular anteroinferior por artroscopia. La inestabilidad se clasificó antes de la cirugía según la escala ISIS. La edad-media fue de 27 años (15-41) y un periodo mínimo de seguimiento de un año (1-17 años). Se valoró la tasa de reluxación, la tasa de reintervención y los resultados de la cirugía mediante las escalas de Walch-Duplay y la Escala Rowe.

RESULTADOS

3 casos (5%) tasa-reluxación, 5 casos (9%) tasa-reintervención. Los resultados según la escala de Rowe fueron 46 (79%) excelentes, 9 (16%) buenos, 2 (3%) satisfactorios y 1 (2%) pobres y según la escala Walch-Duplay 27 (46%) excelentes, 26 (48%) buenos, 2 (4%) satisfactorios y 3 (2%) pobres.

CONCLUSIÓN

La ligamentoplastia sintética (Leeds-Keio), como refuerzo a la reparación capsulolabral artroscópica en la inestabilidad recidivante de hombro es una alternativa que proporciona unos buenos resultados y una baja tasa de reluxación en pacientes con alto riesgo de reluxación.

Nivel de evidencia: IIb

Relevancia Clínica: Porque es una técnica poco extendida y no hay apenas en la literatura revisiones de resultados de ligamentoplastia anterior de hombro.

Palabras clave: Ligamentoplastia de Leeds-Keio, Ligamentoplastia de hombro, Luxación recidivante de hombro, inestabilidad de hombro.

CARTELES CIENTÍFICOS

RECONSTRUCCIÓN ARTROSCÓPICA DE GLENA CON INJERTO ÓSEO AUTÓLOGO: NUESTROS PRIMEROS CASOS

Miguel Gabaldón Martínez; Yolanda Martínez Fernández, Paulino Sánchez Arteaga
Hospital del Vinalopó

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de la inestabilidad glenohumeral ha evolucionado de procedimientos abiertos a reparaciones ligamentosas artroscópicas cada vez más complejas. En los últimos años se ha prestado mayor atención a las posibles causas de recidivas de tratamientos de partes bandas, en especial al tratamiento de los defectos óseos.

Se han descrito diversas técnicas para solventar la inestabilidad residual por dichos defectos, siendo estas tanto anatómicas como no anatómicas.

El objetivo es analizar nuestra experiencia en el tratamiento de este tipo de defectos mediante una técnica de reconstrucción anatómica artroscópica con cresta ilíaca.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde Marzo de 2017 hasta Octubre de 2018 han sido intervenidos tres pacientes mediante la realización de injerto óseo de cresta ilíaca artroscópico. En uno de los casos se trata de una recidiva de inestabilidad tras reparación artroscópica capsulolabral de Bankart 7 años antes.

Los tres pacientes presentaban una lesión bipolar, con una lesión de Hill-Sachs asociada a un Bankart óseo con un defecto anterior superior al 20%, mediante estudio tridimensional de tomografía axial con contraste articular.

La técnica realizada es la descrita por el profesor M. Scheibel, realizando injerto artroscópico de cresta iliaca fijado mediante tornillos reabsorbibles paralelos

(Biocompression Arthrex), asociado a una reparación capsulolabral anterior mediante arpones.

El postoperatorio consiste en inmovilización con cabestrillo durante 4 semanas, a partir de las cuales iniciamos tratamiento rehabilitador con movilización pasiva.

Se realiza restricción de la abducción a 90° y rotación externa limitada a 10° hasta la octava semana postoperatoria.

Todos los pacientes son revisados en consulta a las tres y seis semanas postoperatorias y posteriormente a los tres, seis y doce meses.

RESULTADOS

Los pacientes intervenidos presentan un seguimiento medio de 12 meses (rango 6-18 meses). En dos de ellos se realizó la cirugía como tratamiento primario y en un tercero tras cirugía de Bankart fallida. En los tres pacientes se comprobó mediante medición intraoperatoria un defecto superior al 20% de glena, así como una lesión de Hill-Sachs. En uno de ellos se encontró una medialización del labrum residual (anterior labral periosteal sleeve avulsion, ALPSA).

En el seguimiento actual los pacientes presentan una media de antepulsión de 170° (rango 160-180), abducción de 150° (120°-170°) y rotación externa en aducción de 40° (rango 30°-50°). En el momento actual no se han observado recidivas de luxación.

CONCLUSIÓN

El tope óseo artroscópico de cresta ilíaca es una técnica anatómica compleja que consigue buenos resultados en integración del injerto y funcionalidad del paciente, con una baja tasa de reluxación. Un mayor número de casos, así como un seguimiento más prolongado nos permitirá analizar mejor nuestros resultados.

CARTELES CIENTÍFICOS

TRASPOSICIÓN DE DORSAL ANCHO Y REDONDO MAYOR PARA EL TRATAMIENTO DE INSUFICIENCIA SUBESCAPULAR EN ARTROPLASTIA INESTABLE DE HOMBRO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Andrea Paniagua González; Dolores Pilar Garrido Pozo; Larraitz Bergara Nieto; Miguel Ángel Ruiz Ibán; Raquel Ruiz Díaz; Jorge Diaz Heredia
Fraternidad-Muprespa

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Numerosas transferencias tendinosas han sido descritas para el tratamiento de las roturas irreparables de tendón subescapular, pero los resultados han sido poco satisfactorios o variables en casos en los que se asocia inestabilidad anterior. El objetivo es presentar nuestra experiencia clínica en un paciente con severa inestabilidad anterior de artroplastia de hombro que fue tratada mediante revisión y recambio a prótesis invertida más transferencia combinada de dorsal ancho y redondo mayor.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un varón de 45 años que presenta luxación anterior dinámica de una artroplastia total de hombro izquierdo.

La historia del paciente comenzó 6 años antes con una inestabilidad postraumática del hombro, que fue tratada en otro centro inicialmente, con una reparación artroscópica de Bankart, sin resultado. Se sometió a 5 procedimientos quirúrgicos adicionales (que incluyen dos reparaciones adicionales de Bankart, un procedimiento Latarjet, artroplastia de resuperficialización y cirugía de revisión y recambio a una prótesis total anatómica mejorando la orientación glenoidea con implantación de aloinjerto y cambiando la versión del vástago).

En el examen físico, el paciente presentó inestabilidad anterior dinámica en cualquier grado de flexión activa y debilidad en la rotación interna. No presentaba movilidad activa del hombro, mientras que la movilidad pasiva estaba conservada.

El examen neurológico fue normal y la tomografía computarizada no mostró aflojamiento o malposición glenoidea o del vástago, pero mostró atrofia grave de grado IV del subescapular.

El tratamiento quirúrgico consistió en un recambio a artroplastia inversa con una transferencia asociada tanto del dorsal ancho como del tendón redondo mayor a la huella nativa del subescapular, colocando el tendón del dorsal ancho en la mitad superior de la huella y el redondo mayor en la mitad inferior de la huella.

Después de la cirugía, el paciente fue inmovilizado con un cabestrillo de abducción durante 6 semanas, se le permitió solo ejercicios pasivos en un programa de rehabilitación específico, que evitó la rotación externa. A las 7 semanas se iniciaron ejercicios activos.

RESULTADOS

A los 12 meses de seguimiento, el paciente tiene un resultado satisfactorio. No presenta inestabilidad, no hay aprensión y el rango de movimiento es aceptable (Flexión 90°, abducción 100°, Rotación externa 30°, Rotación interna 40°) con dorsal ancho activo con contracción apreciable al realizar aducción activa y rotación interna.

CONCLUSIÓN

La transferencia de dorsal ancho y redondo mayor a la tuberosidad menor, podría ser una alternativa para tratar la inestabilidad por insuficiencia del subescapular en casos en que éste sea irreparable.

Esta técnica presenta ventajas biomecánicas en comparación con las transferencias del pectoral mayor, ya que se ha demostrado que la línea de tracción es más anatómica y se asemeja más a la del subescapular.

CARTELES CIENTÍFICOS

RECONSTRUCCIÓN CAPSULAR SUPERIOR EN ROTURAS MASIVAS NO REPARABLES DEL MANGUITO RETADOR. TÉCNICA SIN NUDOS

Xavier Rius Moreno; Abdul Ilah Hachem; Luis Jaldín Alvarez
Hospital Universitari de Bellvitge

INTRODUCCIÓN

La reparación artroscópica de las roturas masivas degenerativas retraídas del manguito rotador presenta elevada tasa de rerotura debido a la mala calidad biológica del tejido. La prótesis invertida de hombro es una opción satisfactoria para el tratamiento del dolor y la pseudoparálisis en el paciente mayor a pesar de presentar limitaciones para la restauración de la rotación interna. La rotura masiva irreparable del manguito no siempre se acompaña de artropatía glenohumeral o la presentan en un estadio precoz de Hamada I-II. No obstante estos pacientes pueden presentar dolor intenso a pesar a tener una buena movilidad articular. En estos casos, la reconstrucción capsular superior puede representar ser una buena alternativa a la prótesis invertida dado que actúa a modo de trampolín inverso que restringe la migración craneal de la cabeza humeral, restaurando de este modo la biomecánica normal del hombro.

Presentamos la técnica quirúrgica empleada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Con el paciente en decúbito lateral oblicuo, se realiza la artroscopia de hombro con los portales habituales. Se empieza con la decompresión subacromial y la tenotomía de la PLB cuando esté presente. La restauración de los pilares del manguito, sobre todo el anterior, con la reparación del subescapular es mandatoria. Se desbrida el troquiter y la parte superior de la glena. Cuando esta presente el manguito remanente se conserva siempre para la reparación parcial al final del procedimiento. Con portales percutáneos, delante de la articulación acromioclavicular se coloca dos implantes, cargados con doble carga de hilos, uno anterior en el cuello de la glena y otro posterior desde el portal de Neviaser.

A continuación, se colocan dos implantes, cargados con una cinta, en el troquiter muy cerca del cartílago y que formarán la hilera medial. Con una pinza específica, pasamos a la medición de la distancia entre implantes, para configurar el tamaño del injerto de matriz dérmica acelular. A la distancia medida, se le añade 5 mm medial, anterior y posterior y 10 mm lateral para la huella sobre el troquiter. Se prepara el injerto dérmico con el tamaño final, fuera del paciente, perforándolo para el paso de los hilos de la glenoides y de los de la fila medial. Se realiza una o dos poleas con los hilos de los implantes de glena para transportar el injerto enrollado, a través de una cánula ayudado en una pinza. Se completa la fijación a la glena tensando las poleas mediales de los hilos de los implantes de la glena y posteriormente se fija el injerto al troquiter con sistema de doble fila sin nudos. Finalizada la fijación al hueso, se procede a suturar el parche al remanente posterior del infraespinoso con suturas laterolaterales y anterior al intervalo rotador en su parte lateral, cuando esté presente.

Resultados

Por el momento podemos objetivar en nuestro seguimiento prospectivo a modo de resultado preliminar que los pacientes muestran mejoras en las escalas subjetivas tras más de un año de seguimiento, pero se necesita mayor tiempo de seguimiento para reafirmar las expectativas, tanto en los scores subjetivos como objetivos.

CONCLUSIÓN

Los resultados a medio plazo publicados muestran que es una buena alternativa para la artroplastia invertida en el paciente activo, sin artrosis glenohumeral y con mínima migración craneal de la cabeza humeral. En una técnica exigente y a la vez reproducible en manos expertas. Se precisa seguimiento a largo plazo para demostrar que evita la progresión esa migración craneal de la artropatía del manguito.

CARTELES CIENTÍFICOS

NUESTRA EXPERIENCIA CON EL BALÓN INSPACE EN LAS ROTURAS DE MANGUITO ROTADOR

María Royo Agustín; Alejandro Urgel Granados; Angel Castro Sauras; J. Carlos Roncal Boj; María Pilar Muniesa Herrero; Agustín Rillo Lazaro; Jorge García Fuentes
Hospital Universitari Germans Trias I Pujol. Badalona

INTRODUCCIÓN

Las roturas irreparables del manguito rotador tienen una prevalencia relativamente elevada en nuestro medio. Las soluciones quirúrgicas pasan por medidas muy agresivas como las prótesis y las transposiciones tendinosas. Por ello, se han buscado opciones que alarguen la vida útil de la articulación controlando los síntomas, sobretodo en pacientes de edad no muy avanzada. El balón Inspace parece conseguirlo, siendo además una técnica ampliamente reproducible al tener una curva de aprendizaje menor que otras con filosofía similar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio prospectivo incluyendo a todos los pacientes intervenidos desde el 01/10/2017 en nuestro hospital y a los que se les ha colocado un balón Inspace teniendo estudio con Resonancia Nuclear.

Magnética (RNM) previa. Se han excluido aquéllos que llevasen menos de 3 meses intervenidos, resultando hasta el momento una muestra de N=10 (4 hombres y 6 mujeres), con una edad media de 65,65 años (+/-5,62DS). Todos los pacientes presentaban degeneración grasa del Tendón Supraespinoso (SE) mayor o igual a 2 según la escala de Goutallier con una retracción igual o mayor a 2 según la escala de Patte. Solo hubo un caso en el que se realizó sutura con hilera simple del tendón SE. Todos los pacientes presentaban degeneración o rotura de la porción larga del bíceps (PLB), realizando tenotomía si no había rotura espontánea; solo 2 presentaban afectación Subescapular (SubE) y 3 del tendón Infraespinoso (IE). Todos los pacientes habían realizado programa de rehabilitación pautado (entre 10 y 20 sesiones) en el momento de la adquisición de los datos postoperatorios.

RESULTADOS

Todos los pacientes mejoraron en sus resultados postoperatorios respecto a los previos: disminución en la Escala Visual Analógica (EVA) de 3,67 puntos (+/-,82) con una Diferencia Estadísticamente Significativa (DES) de p 0,020; mejoría en grados de abducción 70,83° (+/-33,97°; p 0,028); en grados de anteversión 61,67° (+/-27,87°; p 0,027); y mejoría en los valores globales en la Escala Constant en 30 puntos (+/-19,7; p 0,028). Hubo mejoría en todos los ítems de la Escala Constant, sin presentar DES en cuanto a la mejoría de la potencia.

Tampoco hubo DES comparando los resultados postoperatorios según sexo. No se han registrado complicaciones directamente relacionadas con la cirugía hasta el momento actual. En cuanto al grado de satisfacción, todos los pacientes volverían a someterse a la cirugía y todos excepto uno refieren haber experimentado una reducción significativa del dolor y están muy satisfechos con el resultado.

CONCLUSIÓN

El balón Inspace ofrece buenos resultados a medio plazo, logrando una mejoría en cuanto a dolor y función previos de los pacientes con roturas irreparables del manguito rotador. Se logra de esta manera, alargar la vida de la articulación. Nuevos estudios con mayor muestra, comparando con otras técnicas quirúrgicas y de mayor seguimiento son necesarios para confirmar su efectividad y eficiencia.

CARTELES CIENTÍFICOS

ROTURA DEL MANGUITO ROTADOR: RESULTADOS FUNCIONALES TRAS TRATAMIENTO REHABILITADOR

Alejandro César Urgel Granados; Jorge García Fuentes; María Royo Agustín; Agustín Rillo Lázaro; María Pilar Muniesa Herrero; Ángel Castro Sauras
Hospital Obispo Polanco

Introducción

La rehabilitación del manguito rotador es un desafío para el cirujano ortopédico.

Aun que es la medida inicial más extendida en el manejo de estos pacientes, no hay un consenso claro sobre qué tipo de ejercicios implican el mejor efecto y cómo se debe administrar la fisioterapia. El objetivo de este estudio es determinar la efectividad de la rehabilitación preoperatoria en los pacientes con rotura del manguito rotador.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio retrospectivo observacional de los pacientes intervenidos de rotura del manguito rotador por la Unidad de Hombro del Hospital General Obispo Polanco de Teruel durante el año 2017. Se excluyeron los pacientes sin diagnóstico radiológico por resonancia magnética nuclear, sin afectación del manguito rotador intraoperatoria y las recidivas o reintervenciones. Se recogieron variables relacionadas con las características sociodemográficas de la muestra, con el tipo de lesión, con la rehabilitación (duración, movilidad previa, etc) y con la cirugía.

RESULTADOS

La muestra final fue de 36 pacientes, con una edad media de 63,17 años. No hubo diferencias en cuanto al sexo y la lateralidad. 21 pacientes presentaban una lesión aislada del manguito rotador (58,3%). Sólo 10 pacientes (27,8%) realizaron rehabilitación, con una duración media de 54,8 días. En el 90% de los casos la rehabilitación incluyó cinesiterapia. Dentro de este subgrupo, solo 3 pacientes (30%) obtuvieron una mejoría significativa en la funcionalidad del hombro tras el tratamiento rehabilitador. La realización de rehabilitación tuvo un impacto directo sobre la demora quirúrgica de nuestros pacientes, con una postergación significativa de la cirugía.

CONCLUSIÓN

Según la bibliografía, el ejercicio parece ser beneficioso en los pacientes con patología del manguito rotador. Sin embargo, existe mucha controversia en cuanto a la asociación con otras modalidades terapéuticas dentro del tratamiento conservador y al tipo de ejercicio (fortalecimiento, estiramiento...) y sus características concretas (número de repeticiones, tiempo de ejecución, etc). En base a nuestros resultados, no se puede afirmar que el tratamiento rehabilitador sea una medida efectiva en los pacientes con rotura del manguito rotador pertenecientes a nuestra área sanitaria.

REPARACIÓN ARTROSCÓPICA TRANSTENDINOSA MEDIANTE SUTURA EN PUENTE DE LA LESIÓN PASTA ÓSEA

Xavier Rius Moreno; Luís Jaldín Álvarez; Marcos Del Carmen Rodríguez
Hospital Universitario Bellvitge

INTRODUCCIÓN

La avulsión articular degenerativa de la huella del manguito rotador "Lesión PASTA" es frecuente, siendo menos común su origen traumático. Cuando esta lesión se asocia al arrancamiento de un fragmento óseo articular del troquíter recibe el nombre de "Bony PASTA", siendo esta asociación extremadamente rara.

El tratamiento artroscópico de esta lesión suele realizarse mediante reparación transtendinosa. Se han descrito varias técnicas: todo dentro, dentro fuera, sutura en puente fila única o fila doble. Presentamos la reparación del Bony PASTA artroscópica mediante sutura en puente dentro fuera.

CARTELES CIENTÍFICOS

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos paciente de 17 a que tras una caída en bicicleta en enero 2017 sufre contusión en el hombro derecho. A la exploración presenta test de stress del manguito Jobe positivo con dolor y claudicación. La radiografía muestra fisas abiertas y mini fragmentos óseos sobre la cabeza humeral simulando calcificaciones. La Resonancia magnética muestra arrancamiento óseo de la cara articular del manguito. Se realiza artroscopia de hombro 3 meses después del traumatismo. Mediante los portales habituales en decúbito lateral, con pasador de sutura desde un portal anterior, se coloca un punto de tracción medial al fragmento óseo unido a la capa profunda del manguito. Se recupera ese punto desde un portal lateral y transtendinoso para conseguir mediante tracción la reducción del fragmento a su huella. Previo desbridamiento del lecho óseo, se colocan 2 implantes biocomposite transtendinosos impactados de 3mm de una sola carga de hilo de alta resistencia, uno anterior y otro posterior, en los márgenes de la lesión de la huella del manguito. Posteriormente, con el pasador de suturas transtendinoso, se pasan las 2 suturas de cada tornillo a la zona más medial del manguito para coger la capa profunda del mismo. Con la visión subacromial, se anuda una hebra del implante anterior con la otra hebra del posterior desde el portal lateral. Con el brazo en aducción máxima se tracciona de las únicas hebras que quedan de cada implante para formar una hilera medial que reduce y consigue el máximo contacto de la capa profunda con su huella.

Esos hilos en el espacio subacromial se conectan a un implante sin nudo que se rosca al troquiter lateral subdeltoideo, fuera de la huella del manguito, y de forma equidistante en medio de los dos hilos. De esta forma se conecta la hilera medial al implante lateral y se comprime toda la huella del manguito. La visión articular posterior comprueba la reducción y la reparación anatómica de la huella articular.

RESULTADOS

Se mantiene el brazo en cabestrillo 6 semanas permitiendo ejercicios pendulares suaves y pasivos de deslizamiento apoyando mano sobre una mesa a partir de la 3ª semana. A los 3 meses, se realiza radiografía y resonancia magnética de controla objetivándose la correcta reducción del fragmento óseo y la curación del manguito. Funcionalmente, presenta un balance articular libre completo y test de stress de Jobe negativo. El Test de Constant ponderado fue del 95 % y Simple Shoulder Test 100% a los 6 meses de la intervención. Presenta una plena reincorporación a la vida escolar y deportiva a los 8 meses.

CONCLUSIÓN

La lesión "Bony PASTA" es de extraordinaria rareza. El diagnóstico precoz exige tratamiento quirúrgico en pacientes adolescentes. La reparación artroscópica mediante sistema de polea en doble hilera, es una técnica exigente y reproducible, que parece conseguir resultados satisfactorios con una reincorporación laboral deportiva plena.

ALTERNATIVA TERAPEÚTICA EN EL DOLOR CRÓNICO DE HOMBRO: INFILTRACIÓN SUBACROMIAL DE ÁCIDO HIALÚRICO

María Pilar Muniesa Herrero; Alejandro Cesar Urgel Granados; María Royo Agustín; Agustín Rillo Lázaro; Jorge García Fuentes; Ana Muniesa Herrero; Ángel Castro Sauras
Hospital Obispo Polanco

Introducción

El ácido hialurónico es un glicosaminoglicano de elevado peso molecular y alta viscosidad. Mediante su administración intraarticular, se puede suprimir la respuesta inflamatoria inducida por citoquinas disminuyendo la inflamación sinovial y consiguiendo alivio del dolor.

El objetivo principal fue evaluar la efectividad de las infiltraciones subacromiales de ácido hialurónico en el tratamiento del dolor crónico de hombro como alternativa a los tratamientos quirúrgicos y conservadores actualmente disponibles.

CARTELES CIENTÍFICOS

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de 30 pacientes con dolor crónico de hombro seguidos durante 18 meses. Se realizaron 3 infiltraciones subacromiales (media infiltración del vial de 6 ml) durante 3 semanas consecutivas y se analizaron los resultados obtenidos.

RESULTADOS

Los pacientes que presentaban un dolor de periodo menor de 2 años de evolución respondieron mejor al tratamiento. La puntuación en la escala de Constant mejoró en 12 puntos, el cuestionario DASH disminuyó en 4 puntos y la puntuación en la escala visual analógica del dolor disminuyó 2,7 puntos. Los hombres respondieron peor. Los pacientes con signos de artrosis acromioclavicular en la resonancia empeoraron en todas las escalas evaluadas.

CONCLUSIÓN

Las infiltraciones subacromiales de ácido hialurónico son parcialmente efectivas en el tratamiento de dolor crónico de menos de 2 años de evolución, con disminución del espacio subacromial y / o lesión parcial-total del manguito rotador.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL OS ACROMIALE SINTOMÁTICO. 19 CASOS

Enric Ferré; J.R. García Medina; J. Baena; M.A. Méndez; A Ruzafa
CLÍNICA FREMAP Barcelona

INTRODUCCIÓN

El Os Acromiale (OA) es una variante anatómica presente entre el 1 y 15% según estudios. En ocasiones, la desestabilización de la sincondrosis, provoca patología.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo que analiza los resultados del tratamiento quirúrgico de 19 pacientes afectados de OA sintomático con un seguimiento entre 10 y 65 meses.

RESULTADOS

Todos los pacientes presentaban un OA inestable por fallo de la sincondrosis, lo cual provocaba o una rotura del manguito y/o una artropatía A-C.

La rotura del manguito está presente en 9 casos y ausente en 10. En el 100% de los casos hay una marcada artropatía A-C. La técnica quirúrgica empleada es la reducción abierta y fijación interna del mesoacromion (excepto en un caso que se procedió a su exéresis por el pequeño tamaño), reparación de la rotura del manguito (en caso de rotura del mismo) y exéresis del extremo distal de la clavícula. Para la osteosíntesis, en 9 casos se utilizaron 2 tornillos de doble compresión Fijos® STRYKER y en otros 9 obenque. Conseguimos la fusión primaria en 17 casos y los otros 2 consiguieron la fusión tras el aporte de injerto en una segunda cirugía. Todos nuestros casos son en el ámbito laboral, lo cual condiciona los resultados.

Conclusiones: El OA asintomático no precisa tratamiento en nuestra opinión. Solo tratamos el OA cuando está asociado a rotura del manguito o asociado a artropatía A-C. En nuestra opinión consideramos que la resección del tejido fibroso interfragmentario y la osteosíntesis con 2 tornillos canulados es la mejor opción de tratamiento. Llama la atención el largo tiempo entre la cirugía y la reincorporación laboral de nuestros 19 pacientes, que es de 317 días.

CARTELES CIENTÍFICOS

EFFECTIVIDAD DEL ESTIRAMIENTO DEL PECTORAL MENOR ADICIONADO A UN PROGRAMA DE EJERCICIOS EN PACIENTES CON SÍNDROME DE PINZAMIENTO SUBACROMIAL. UN ESTUDIO CLÍNICO ALEATORIZADO

Hector Gutiérrez-Espinoza; Felipe Araya-Quintanilla

Universidad de las Americas, Santiago, Chile. Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente trabajo fue determinar si el estiramiento del pectoral menor proporciona un beneficio adicional cuando se adiciona a un programa de ejercicios en pacientes con Síndrome de Pinzamiento Subacromial (SPS).

MATERIAL Y MÉTODOS

Un total de 80 pacientes se aleatorizaron en dos grupos. El grupo de control (n = 40) recibió un programa de ejercicios específicos de 12 semanas de duración, el grupo experimental (n = 40) recibió el mismo programa y además se adiciono un programa de ejercicios de estiramiento del músculo pectoral menor. Se realizaron dos evaluaciones, una antes del inicio del tratamiento y la otra al finalizar la semana 12. La medida de resultado primaria fue la función del hombro utilizando el cuestionario Constant-Murley, y las secundarias fueron la función de la extremidad superior con el cuestionario DASH, la intensidad del dolor con la escala visual analógica (EVA), y la longitud de reposo del pectoral menor se midió con una cinta métrica flexible.

RESULTADOS

Al final del tratamiento, la diferencia entre ambos grupos con respecto al cuestionario Constant-Murley fue de 2.1 puntos (p = 0.416), 3.9 puntos (p = 0.117) para el cuestionario DASH, 0.23 cm (p = 0.044) para la EVA en reposo, 0,43 cm (p = 0,175) para la EVA al movimiento, 0,16 cm (p = 0,174) para la longitud de reposo del pectoral menor y 0,2% (p = 0,096) para el PMI.

CONCLUSIÓN

A mediano plazo, agregar un programa de ejercicios de estiramiento del pectoral menor no proporciona un beneficio clínico significativo en la mejoría de la función, la reducción del dolor y la longitud muscular en pacientes con SPS tipo II.

Palabras clave: Síndrome de Pinzamiento Subacromial; Alteraciones cinemáticas; Pectoral menor; Ejercicios de estiramiento muscular; Ejercicio terapéutico; Ensayo Clínico Aleatorizado.

TERAPIA FÍSICA EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS CON ROTURA MASIVA E IRREPARABLE DEL MANGUITO ROTADOR; SERIE DE CASOS

Hector Gutierrez-Espinoza; Felipe Araya-Quintanilla; David Rubio- Oyarzún;

Universidad de las Americas, Santiago, Chile. Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

El Objetivo del presente trabajo es describir el efecto de un programa de Terapia Física (TF) en la mejoría de la función y la disminución del dolor en pacientes mayores de 60 años con rotura masiva e irreparable del Manguito Rotador (MR).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se reclutaron en forma prospectiva noventa y dos pacientes, que recibieron un programa de TF de 12 semanas de duración que consistió en terapia manual y un programa de ejercicios específicos. Antes del inicio y al finalizar el tratamiento se evaluó la función del hombro con el cuestionario de Constant-Murley, la funcionalidad de la extremidad superior con el cuestionario DASH y la intensidad del dolor con la escala visual analógica (EVA).

CARTELES CIENTÍFICOS

RESULTADOS

Al finalizar el tratamiento el Constant-Murley mostró un incremento de 24.9 puntos ($p=0.000$), el DASH una disminución de 28.7 puntos ($p=0.000$) y la EVA una disminución de 3.6 cm ($p=0.0000$).

CONCLUSIÓN

Un programa de TF basado en terapia manual y ejercicios específicos, a corto plazo mejora la función y disminuye la intensidad de dolor en pacientes con rotura masiva e irreparable del MR. Palabras clave: Manguito Rotador; Rotura masiva; Terapia Física; Ejercicio Terapéutico; Serie de Casos

COMPARACIÓN DE RESULTADOS FUNCIONALES EN DOS SISTEMAS DE FIJACIÓN MEDIANTE HILERA SIMPLE EN SUTURA DE MANGUITO ROTADOR

María Pilar Muniesa Herrero; Alejandro Cesar Urgel Granados; María Royo Agustín; Agustín Rillo Lazaro; Jorge García Fuentes; Ana Muniesa Herrero
Hospital Obispo Polanco

INTRODUCCIÓN

La reparación artroscópica de los trastornos del manguito rotador es un procedimiento técnicamente exigente pero exitoso. En la actualidad hay disponibles muchas alternativas de anclas y suturas. La elección del implante por parte del cirujano es menos importante que la configuración de la sutura usada para fijar el tendón, no obstante, hay que conocer si existen diferencias en cuanto a los resultados, utilizando cada uno de ellos.

El objetivo del estudio es valorar si existen diferencias entre el implante anudado y no anudado en cuanto a resultados funcionales y de satisfacción.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio retrospectivo sobre 103 pacientes intervenidos entre 2010 y 2016 en nuestro centro mediante dos sistemas de anclaje con y sin anudado (49 frente a 54 pacientes respectivamente), con hilera simple en rotura completa de manguito rotador.

RESULTADOS

Una vez finalizado el seguimiento, se consiguió una puntuación media en la escala de Constant de 74,6. Un 98% de los pacientes, consideraron el resultado de la cirugía como satisfactorio. A nivel estadístico no hubo diferencias significativas entre ambos grupos en parámetros de funcionalidad, satisfacción ni reincorporación a actividades.

CONCLUSIÓN

Los resultados funcionales de la sutura de manguito mediante hilera simple son satisfactorios, aunque estudios biomecánicos muestran ventajas a favor de suturas que reproducen un sistema transóseo. En nuestra serie de pacientes la presencia de anudado no muestra per se una diferencia funcional significativa siendo ambas técnicas superponibles en valores absolutos de funcionalidad y satisfacción de los pacientes.

CARTELES CIENTÍFICOS

RESULTADOS CLÍNICOS Y FUNCIONALES DE LAS RUPTURAS IRREPARABLES DEL MANGUITO ROTADOR TRATADAS CON UN ESPACIADOR SUBACROMIAL REABSORVIBLE

Víctor Melero Tercero; Jordi Cuñé Sala; Pere Fillat Casas; Juan Castellanos Robles
Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat

INTRODUCCIÓN

La rotura irreparable del manguito rotador en pacientes sintomáticos que no mejoran con tratamiento conservador son un verdadero reto para el cirujano de hombro. Existen diversos tratamientos, sin que exista una guía clara de cuando utilizarlos, ni evidencia de superioridad entre algunos de ellos. Desde el simple desbridamiento del espacio subacromial hasta la artroplastia total invertida.

A un grupo de pacientes con esta patología, ante la ausencia de cambios degenerativos severos, y habiendo descartado la prótesis total invertida por el rango de edad, hemos decidido tratarlos con un espaciador subacromial reabsorbible denominado InSpace.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde Abril de 2016, hemos intervenido 18 pacientes con rotura irreparable del tendón supraespinoso, asociada o no a lesión de otros tendones de manguito rotador. Hemos incluido en este trabajo a los pacientes con un seguimiento mínimo de un año.

Se han realizado un test de calidad de vida (EuroQoL5D), el Test de Constant, la escala analógica visual del dolor y el grado de satisfacción, siendo todos estos datos recogidos en el preoperatorio, a los 6 meses y al año de la cirugía. Rx y RMN preoperatoriamente y control radiológico al año de la cirugía. (88). Siendo el seguimiento en este momento de algunos de los pacientes, de más de 2 años.

RESULTADOS

Han cumplido los criterios de inclusión 14 pacientes, observándose en los resultados una mejoría en el Constant total de más de 30 puntos, mejoría en el dolor de forma muy significativa pasando de una media de 8 en el preoperatorio a una media inferior a 1 al año de seguimiento, en las actividades habituales, en el movimiento, y en la fuerza, aunque esta última en menor medida. El grado de satisfacción con los resultados ha sido muy elevado con una media de 9 sobre 10 puntos. Y finalmente, todos han experimentado una mejoría en la escala de salud y sólo uno refiere no encontrarse mejor que antes de la cirugía.

No hemos observado complicaciones postoperatorias, y únicamente en uno de los casos, hemos tenido una rotura del espaciador de forma precoz, y a pesar de ello, el paciente ha tenido una evolución favorable con resultados similares al resto del grupo.

CONCLUSIÓN

Creemos que se trata de una técnica artroscópica sencilla, al alcance de todos los cirujanos de hombro, con pocas complicaciones y con resultados muy satisfactorios a corto y medio plazo. Nuestros resultados son comparables a los de la literatura publicada en seguimientos a un año, manteniéndose la mejoría en seguimientos más largos (3 y 5 años) según dichos estudios.

Nuestra intención, es seguir realizando controles de forma anual, para comprobar si la mejoría clínica y funcional se mantiene en el tiempo más allá de un año, periodo que se reabsorbe este dispositivo.

CARTELES CIENTÍFICOS

REPARACIÓN ARTROSCÓPICA DE MANGUITO ROTADOR. ¿SON ACEPTABLES NUESTROS RESULTADOS?, ¿MEJORARÍAN INCORPORANDO AYUDAS BIOLÓGICAS?

Jon Sáenz Ugartondo; Pedro Ignacio Ruiz Moneo; Jorge Molano Muñoz; Jon Sáenz Ugartondo; Carmen Sevillano de la Puente; Dulce María Clavero Santos; Miren Juldain Mondragón
Hospital Universitario Álava

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este estudio es conocer los resultados clínicos obtenidos en los pacientes de nuestro centro tras manejo quirúrgico mediante artroscopia de todo tipo de rotura de manguito rotador. Secundariamente se hará comparación de los resultados según el tipo de rotura de que se trate.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio de seguimiento prospectivo observacional de los pacientes intervenidos en nuestro centro entre los años 2011-2017 por 2 cirujanos.

Se incluyeron aquellos pacientes con roturas de manguito que requirieron sutura mediante cirugía artroscópica. Se trataba en todos los casos de pacientes sin signos degenerativos glenohumerales en la radiografía simple y con cabeza humeral centrada.

Se identificó en el preoperatorio la comorbilidad de los pacientes y se definió el tipo de rotura en el plano coronal (Patte), plano sagital (afectación de 1 o >1 tendón) y según el tamaño (<1 cm, 1-3 cm, 3-5 cm, >5 cm). Se evaluó también el grado de atrofia grasa en RM según la clasificación de Tomazeau.

En las roturas pequeñas se realizó, habitualmente, sutura mediante hilera simple, mientras que en las grandes y masivas el tipo de reparación fue en doble hilera.

En las medianas la reparación varió dependiendo del caso y calidad del manguito rotador.

La evaluación clínica se realizó mediante las escalas UCLA, Constant y Quick Dash a los 12 meses de la intervención.

RESULTADOS

Se intervinieron 126 casos de patología de manguito rotador de los cuales se excluyeron 31 por no presentar rotura susceptible de reparación artroscópica. La muestra final es de 95 casos (40 hombres, 55 mujeres) con una edad media de 64 años (43-83 años). 53 casos correspondieron a roturas pequeñas o medianas y 42 casos a grandes o masivas.

El índice de satisfacción con el resultado de la intervención tras mínimo un año de seguimiento fue del 78,95% en toda la muestra (83,02 % en el caso de roturas pequeñas/medianas y 73,81% en el caso de las grandes/masivas).

La puntuación de la escala UCLA pasó de una media de 13,2 puntos (13,04 pequeñas/medianas y 13,41 en grandes/masivas) a 25,66 puntos (25,60 pequeñas/medianas y 25,74 en grandes/masivas) ($p < 0,05$); en el caso de la escala Constant se pasó de una puntuación promedio de 44,31 puntos (44,67 pequeñas/medianas y 43,81 en grandes/masivas) a 59,04 puntos (59,45 pequeñas/ medianas y en 58,54 en grandes/masivas) ($p < 0,05$); en el caso de la escala Quick Dash se pasó de 58,62 puntos (60,33 en pequeñas/medias y 56,15 en grandes/masivas) a 32,36 puntos (36,13 en pequeñas/medianas y 28,76 en grandes/masivas) ($p < 0,05$).

CONCLUSIÓN

Respecto a nuestra revisión, se ha conseguido mejoría clínica objetiva y subjetiva de los pacientes, demostrada por 3 escalas clínicas diferentes.

Nos parece destacable que hemos obtenido un alto índice de satisfacción por parte de los pacientes con los resultados de la cirugía, incluso en lesiones difícilmente reparables como son las roturas grandes o masivas. Por tanto, nos asalta la duda de si son pertinentes la utilización en estos momentos de terapias biológicas o reparaciones capsulares, teniendo en cuenta, el encarecimiento que supone su utilización durante la cirugía.

CARTELES CIENTÍFICOS

ARTROPLASTIA PARCIAL CODO TIPO LATITUDE EN EL TRATAMIENTO DE FRACTURAS DE HÚMERO DISTAL COMPLEJAS

Silvia Correoso; Francisco Javier Ricon Recarey; Elena Blay Dominguez; Francisco Lajara Marco; Eva Maria Veracruz Galvez; Alfonso Fuentes; Juan Antonio Lozano Requena
Hospital Vega Baja

INTRODUCCIÓN

La reducción abierta y fijación interna de las fracturas articulares de húmero distal en mujeres de edad avanzada se acompaña de resultados muy variables y con un alto número de complicaciones por lo que existe una tendencia a sustituir la articulación por una prótesis. Objetivo: Exponer los resultados clínicos y radiológicos del tratamiento de fracturas de húmero distal complejas con una prótesis parcial de codo tipo Latitude.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron 5 pacientes operados en nuestro centro mediante prótesis parcial de húmero distal. Todos los pacientes eran mujeres con una edad media de 74 años. Según la clasificación AO todas las fracturas pertenecían al tipo C3.1.

Resultados: Tras un seguimiento medio de 48 meses la flexión media fue de 104 ° (rango 100° – 120°) y la extensión media de 9° (rango 5° - 10°). Según la escala de MEPS se consiguió un resultado bueno o excelente en todos los casos. En cuanto a las complicaciones, no hubo ningún caso de aflojamiento, un caso preciso la retirada del material de fijación de la osteotomía de olecranon y otro presentó una infección superficial que se resolvió con tratamiento antibiótico.

CONCLUSIÓN

La prótesis parcial de codo tipo Latitude puede ofrecer una opción razonable de tratamiento de las fracturas de húmero distal complejas en pacientes mayores de 65 años con osteoporosis y media o baja demanda funcional.

COMPLICACIONES TRAS INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE CABEZA RADIAL MEDIANTEARTROPLASTIA

Naiara Fernández de Arroyabe; Esther Judith Granero Molina; Beatriz Prieto Rozados; Francisco Valverde Camara
Hospital Regional Universitario de Málaga

INTRODUCCIÓN

La cabeza del radio contribuye a la estabilidad del codo en valgo, a la estabilidad posterolateral rotatoria y es un estabilizador axial del antebrazo. La sustitución de ésta se plantea en situaciones en las que es imposible su reconstrucción mediante osteosíntesis o ante la presencia de inestabilidad tras la resección de la misma. Los diferentes estudios muestran unos resultados funcionales aceptables y tasas de revisión que se sitúan entre 7-13% dependiendo de la fuente consultada. Las complicaciones descritas son la rigidez de codo, el aflojamiento doloroso, la luxación radio-humeral, la luxación de los propios componentes de la prótesis, la infección y el desgaste del capitellum (con dolor como consecuencia); siendo las dos primeras las más frecuentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos un estudio que incluye las intervenciones de artroplastia de cabeza de radio realizadas en nuestro servicio en los últimos 5 años, suponiendo un total de 24 pacientes. Se han analizado las características demográficas de los pacientes y la indicación quirúrgica de cada intervención: fractura aislada de cabeza de radio, fractura de cabeza de radio en el contexto de una fracturaluxación de Monteggia, o tras el diagnóstico de una Triada Terrible de Hotchkiss.

Además, se describe el número de revisiones y las causas responsables de las mismas. La intervención se ha llevado a cabo por distintos cirujanos de la unidad de miembro superior de nuestro servicio. El implante utilizado fue una prótesis de cabeza radial monopolar no cementada que consigue fijación mediante “pressfit” al expandir el vástago en el canal medular radial

CARTELES CIENTÍFICOS

(MoPyC; Tornier, Francia). Se lleva a cabo el procedimiento a través de un abordaje lateral de codo (abordaje de Kaplan en la mayoría de los casos), siguiendo la técnica quirúrgica del fabricante. En los casos con fractura cubital asociada no abordable desde zona lateral o al objetivar un codo inestable tras osteosíntesis de radio, se añadió un abordaje cubital. Utilizamos el programa SPSS para el análisis estadístico.

RESULTADOS

Nuestra muestra incluyó 24 pacientes, 45.8% de los cuales fueron mujeres. El 66.7% de los codos intervenidos presentaron lateralidad izquierda. En cuanto a las indicaciones, un 41.7% correspondieron a fracturas aisladas de radio tipo 3-4 de la clasificación de Mason, un 45.8% se asociaron a luxación de codo y fractura de apófisis coronoides (Triada de Hotchkiss) y el resto, formaron parte de fracturas-luxaciones de Monteggia. La media de edad de pacientes intervenidos fue de 44.38 ± 14.29 años. Tras un seguimiento de 18.46 ± 17.83 meses, encontramos un 12.5% de prótesis complicadas. En un total de 3 pacientes se indicó cirugía de revisión, 2 de ellos debido a rigidez de codo y el otro paciente se intervino debido a luxación radio-humeral posterior, realizándose un refuerzo del ligamento colateral lateral y capsulodesis anterior.

CONCLUSIONES

La artroplastia de cabeza de radio es un procedimiento cada vez más utilizado que consigue buenos resultados a corto-medio plazo con una tasa de complicaciones entre 7-13%, dependiendo del estudio consultado. Las complicaciones que más frecuentemente requieren revisión son la rigidez de codo y el aflojamiento doloroso.

REVISIÓN DE LOS CASOS DE ARTROPLASTIA CABEZA DE RADIO (ACR) EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS: FUNDACIÓ HOSPITAL ESPERIT SANT

Ana Rubio Roca; Sonia Suau Mateu
Fundació Hospital Esperit Sant

INTRODUCCIÓN

Nuestro objetivo fue revisar todos los casos de ACR (Artroplastia Cabeza de Radio) realizados en nuestro hospital y comparar los resultados con los obtenidos en la literatura revisada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se seleccionaron todos los casos de fracturas de cabeza de radio Mason III-IV tratados con ACR, así como los fracasos de osteosíntesis rescatados con ACR de los últimos 10 años en nuestro hospital, siendo ese el criterio de selección principal. Posteriormente se recogieron los datos correspondientes a las variables descriptivas objetivas edad, sexo, lateralidad, Mason, complicaciones clínicas, signos radiográficos (osteolisis perivástago) y rango de movilidad (pérdida de flexo-extensión y pronosupinación) medido en grados.

RESULTADOS

Con un tamaño muestral de 13 pacientes nos encontramos que el 46'15% eran mujeres y el 53'84% varones; la edad media era de 46'23 años; el 38'46% con lateralidad derecha y el 61'53% lateralidad izquierda; el 53'84% eran Mason III y el 46'15% Mason IV, siendo la indicación en solamente uno de los 13 casos un rescate por fallo de osteosíntesis previa; el 38'46% presentaron alguna de las complicaciones descritas en la literatura para ACR (siendo 3 de ellas una lesión del NIP (nervio interóseo posterior), 1 herniación muscular de la cicatriz y 1 epicondilitis) y el 23'07% presentaron osteolisis perivástago en el control radiográfico. Observamos que la supervivencia de las ACR realizadas en nuestro centro era del 100% en el momento de realización del estudio. El tiempo medio de seguimiento fue de 4'4871 años. Medimos el rango de movilidad de la articulación del codo con los siguientes resultados: pérdida de extensión de 12'692°, pérdida de flexión de

CARTELES CIENTÍFICOS

23'076°, pérdida de pronación de 0° y pérdida de supinación de 2'692°. Comparamos los resultados con los de 8 estudios similares al nuestro (revisión de casos de fracturas Mason III-IV tratados con ACR), encontrando que la media de pérdida de extensión en los 8 estudios fue de 12'857° +/- 5'698°, la de pérdida de flexión de 28'285° +/- 7'931°, la de pérdida de pronación de 13'714° +/- 5'908° y la de pérdida de supinación de 18'571° +/- 6'948°. Finalmente, nos dispusimos a comparar las medias de rango de movilidad de nuestro estudio respecto a la media de los 8 estudios encontrados, utilizando para ello el estadístico Coeficiente de Correlación de Pearson y obteniendo un resultado de $r = 0'71647$ (correlación positiva ya que $0 < r < 1$).

CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos concluimos que los resultados de nuestra práctica clínica en el manejo de las fracturas de cabeza de radio Mason III-IV tratadas con ACR fue parecida significativamente a la descrita en la literatura revisada.

PRÓTESIS TOTAL INVERTIDA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE PARKINSON

Xavier Piqueres; Davit Shafrazyan
COT-CAT, APTIMA-BCN

INTRODUCCIÓN

En pacientes con Enfermedad de Parkinson, la indicación de artroplastia de sustitución del hombro genera más respeto que en otro tipo de pacientes debido al alto índice de complicaciones locales y sistémicas, así como al menor grado de satisfacción de los pacientes que obtienen peores resultados funcionales

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 67a. con dolor e impotencia funcional del hombro dcho. de 12 meses de evolución con antecedente traumático y posterior luxación recidivante.

Presenta hombro pseudoparético con sensibilidad contracción deltoidea conservadas. La radiología muestra signos degenerativos glenohumerales y ascenso de la cabeza humeral (Hamada III). Como antecedentes personales destacan: Neoplasia de mama dcha. intervenida 5a. antes, y Enfermedad de Parkinson de larga evolución (23a.) en tto. médico y doble estimulador subcutáneo. El TC muestra importantes osteofitos en cabeza humeral con ascenso y subluxación anterior con glenoides competente. Se indica artroplastia total invertida, que se realiza por abordaje deltopectoral sin incidencias.

RESULTADOS

Postoperatorio inmediato correcto con cabestrillo completo 2 semanas. A las 4 semanas presenta tumefacción, dolor mecánico y deformidad anterior sin antecedente traumático. La RX muestra desinserción del componente glenoideo con luxación anterior. La TC muestra pérdida de stock óseo esponjoso glenoideo sin fractura cortical. Se practica reintervención con reimplantación del mismo componente glenoideo con tornillos más largos y aporte de autoinjerto esponjoso de cresta ilíaca, sin recambio del tamaño del polietileno.

El postoperatorio cursa sin incidencias y con inmovilización 4 semanas. La paciente recupera balance articular (BA) activo con flexión de 90° y a los 4 meses de la reintervención consulta por dolor brusco en cara posterolateral del hombro, mostrando la RX fractura no desplazada de espina y cuerpo de la escápula. Se decide tratamiento conservador con cabestrillo 6 semanas y posterior RHB. La RX a los 3 meses muestra signos de consolidación y la paciente no refiere dolor, con BA: 90°-mano a la boca-sacro.

Valorada la paciente por Reumatología, se descarta Osteoporosis.

CARTELES CIENTÍFICOS

CONCLUSIÓN

La falta de control de la movilidad activa así como la rigidez muscular postquirúrgica influyen directamente en el incremento de complicaciones de la artroplastia de sustitución en pacientes con Enfermedad de Parkinson. En pacientes con Enfermedad de Parkinson es preferible implantar la artroplastia total invertida con sensación de laxitud peroperatoria (no de inestabilidad) para evitar graves complicaciones postquirúrgicas, como pueden ser las fracturas periprotéticas y desinserciones de componentes protésicos, debidas al elevado grado de rigidez intrínseca en esta enfermedad.

PRÓTESIS TIPO “RESURFACING” EN LA ARTROSIS GLENOHUMERAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Raquel Samaniego Alonso; Jordi Ardèvol Cuesta;
Hospital ASEPEYO Sant Cugat

INTRODUCCIÓN

Las fracturas de la epífisis proximal del húmero representan aproximadamente el 5% de todas las fracturas. A pesar del tratamiento adecuado, existe la posibilidad de evolucionar en artrosis glenohumeral que, especialmente en pacientes jóvenes, es una causa frecuente de dolor y disfunción del hombro. La literatura más reciente indica que la prótesis tipo “resurfacing” son una alternativa terapéutica válida en pacientes jóvenes diagnosticados de osteonecrosis post-fractura de la cabeza humeral.

El objetivo de esta comunicación es revisar la indicación y la técnica quirúrgica de la prótesis humeral tipo resurfacing a través de un caso clínico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hombre de 58 años de edad, profesor de educación física y entrenador de baloncesto, que acude a nuestro hospital en enero de 2014 por exacerbación de dolor crónico en el hombro izquierdo, a causa de una contusión directa con una pelota. Presentaba osteonecrosis de cabeza humeral izquierda grado IV de FICAT, como resultado de una fractura de húmero proximal en 2001, que requirió osteosíntesis con una placa LCP por vía deltopectoral. A la exploración física presentaba: antepulsión 110°, abducción 80°, rotación externa 20° y rotación interna hasta sacro. En junio de 2014 se realizó una cirugía programada para implantación de una prótesis tipo “resurfacing” de cabeza humeral por vía deltopectoral.

RESULTADOS

En el último control en diciembre 2014, el paciente era capaz de realizar su trabajo y sus actividades de ocio, presentando una movilidad activa con antepulsión 140°, abducción 110°, rotación externa 45° y rotación interna hasta D12. Radiológicamente, no se observaron desplazamientos secundarios ni osteólisis periprotésica.

CONCLUSIÓN

La prótesis tipo “resurfacing” de epífisis proximal del húmero se ha diseñado como parte del tratamiento de la osteoartritis de la articulación glenohumeral en un intento de preservar la anatomía y evitar la resección de la cabeza humeral. Tras los estudios recientemente publicados, se considera una alternativa terapéutica válida en pacientes jóvenes con diagnóstico primario de osteonecrosis de cabeza humeral, ya sea post-fractura o como consecuencia de la artritis reumatoide, que cumplan los siguientes criterios: deformidad leve o moderada de la cabeza humeral, sin afectación glenoidea; suficiente stock óseo (> 60%); y preservación del trofismo muscular, con integridad de los tendones del manguito rotador.

CARTELES CIENTÍFICOS

PRÓTESIS INVERTIDA DE HOMBRO: RESULTADO CLÍNICO Y PRONÓSTICO 2016-2018

Ignasi de Villasante Jirón; Sònia Suau Mateu
Hospital Esperit Sant

INTRODUCCIÓN

La artroplastia invertida de hombro (PIH) es un tratamiento común tanto para fracturas de húmero proximal (y sus secuelas) como para omartrosis. El objetivo de este estudio es mostrar los resultados clínicos a corto y medio plazo de los pacientes intervenidos en nuestro centro y compararlos con los resultados obtenidos en otros estudios.

MÉTODOS

Se ha realizado un estudio retrospectivo sobre 25 pacientes (25 hombros), con edad promedio de 71.6 años en un rango de 51 a 83 años entre marzo del 2016 y junio del 2018, a los que se les ha implantado una prótesis total invertida de hombro, todos intervenidos por la unidad de hombro de nuestro centro. Se han evaluado los resultados según la clínica, el estudio radiográfico y la escala de Constant con un seguimiento mínimo de 9 meses. Dieciocho de los casos (72%) se han intervenido por fracturas de la extremidad proximal de húmero, 2 casos (8%) como consecuencia de cirugías de revisión protésica, 2 casos (8%) por secuelas de fracturas y 3 casos corresponden a pacientes con artropatía por omartrosis.

RESULTADOS

Tras un seguimiento medio de 12 meses, en los que se han obtenido resultados clínicos satisfactorios en más del 70% de los casos con un Constant postoperatorio promedio de 62.08 puntos a los 6 meses de la intervención. La tasa de complicaciones es del 12%. Estas corresponden a: fractura de acromion (4%), luxación de prótesis (4%) y aflojamiento mecánico precoz (4%).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Tras los resultados obtenidos, podemos decir que la prótesis total invertida de hombro consigue resultados alentadores a corto plazo para el tratamiento de la artrosis glenohumeral y las fracturas de húmero proximal. Al analizar nuestra serie, comprobamos cómo los resultados de la escala Constant son mucho más elevados cuando se usa para tratar omartrosis que las secuelas de fracturas, en las que tenemos una pérdida del stock óseo del húmero proximal.

LA TASA DE SCAPULAR NOTCH MEJORA CON LA PLANIFICACIÓN 3D Y EL USO DE GUÍAS PERSONALIZADAS PARA CADA PACIENTE. ESTUDIO OBSERVACIONAL

Raquel Martínez Torregrosa; Fernando Santana Perez; Berta Gasol Cudos; Joan Miquel Noguera; Carlos Torrens Canovas
Hospital del Mar. Barcelona

OBJETIVO

El objetivo de este estudio fue analizar los resultados clínicos y radiológicos de las prótesis invertidas de hombro implantadas mediante sistema PSI ("patient-specific instrumentation")

MATERIAL Y MÉTODOS

estudio retrospectivo en el que se incluyeron 23 pacientes intervenidos de manera consecutiva de prótesis invertida de hombro mediante sistema PSI para la implantación de componente glenoideo, con un seguimiento mínimo de 2 años. La planificación se realizó en base a 4 reglas: versión de 0°, inclinación de 0°, metaglena enrasada con el margen inferior de la glenoides y lateralización mínima de 9mm con el pilar posterior de la escápula.

Se utilizó un modelo protésico lateralizado "no grammont" (Zimmer Biomet Trabecular Metal) con glenosfera de 36mm Se

CARTELES CIENTÍFICOS

registraron edad, sexo y el índice de masa corporal de la muestra; así como el análisis clínico mediante test de Constant y estudio radiológico preoperatorio y postoperatorio. El análisis fue llevado a cabo por 2 observadores independientes, registrando tilt glenoideo según Kempton, scapular neck length (SNL), overhanging y scapular notch (SN), tanto en el preoperatorio, postoperatorio inmediato (< 3 meses) y a los 2 años postoperatorio.

RESULTADOS

18 pacientes (17 mujeres y 1 hombre) con una media de edad de 76.3 años (+/- 8.6 años) fueron analizados. Se excluyeron del estudio 3 pacientes por mediciones radiológicas incompletas y 2 pacientes por la realización de otros procedimientos terapéuticos. Se obtuvo una mejora significativa en el test de Constant preoperatorio: 32 pts vs 73 puntos en el postoperatorio ($p < 0.0$), con mejoría significativa en todos sus ítems (dolor, ABVD, balance articular y fuerza).

En cuanto a los resultados radiológicos no hubo diferencias interobservador en los resultados postoperatorios ($r=0.892-0.934$): TILT de 137.5 (+/-5.15) , SNL (15.78 +/-4.80) y overhanging de 6.35 +/-1.75. Se obtuvo un 16.7% de Scapular Notch: 78.9% grado 0, 5.3% grado I y 10.5% grado II según la Clasificación de Nerot / Sirveaux que comparado con la literatura se reduce en 7% para este tipo de implante lateralizado. No se ha hallado correlación entre los parámetros radiológicos tilt glenoideo, SNL y overhanging en el postoperatorio inmediato y a los 2 años de evolución postoperatorio ni con el scapular notch ni con la función.

CONCLUSIÓN

La prótesis invertida de hombro mediante el sistema PSI ofrece al paciente una mejora significativa en cuanto a resultados funcionales (dolor, ABVD, movilidad y fuerza). El PSI ofrece una disminución del porcentaje de scapular notch en referencia a los estudios publicados de prótesis invertida sin el uso de guías personalizadas.

TRANSFERENCIA DEL DORSAL ANCHO ASOCIADO A PROTESIS INVERSA DE HOMBRO

Marta Navarro Bosch; Jose Enrique Aroca Navarro; Agustin Pina Medina; Ivan Copete Gonzalez; Juan Aguilar
Hospital La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN

La prótesis inversa de hombro permite compensar el déficit de elevación en pacientes con roturas irreparables de manguito rotador. Sin embargo, se muestra poco eficaz para recuperar la pérdida de rotación externa provocada cuando existe asociada una importante disfunción del infraespinoso y redondo menor.

En estos casos se ha descrito la asociación de la transferencia del tendón del dorsal ancho a la artroplastia inversa. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar los resultados clínicos, funcionales y radiológicos de una serie de pacientes tratados en nuestro centro mediante artroplastia inversa combinada con transferencia de dorsal ancho.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio retrospectivo de 11 pacientes a los que se les realizó una artroplastia inversa de hombro asociando transferencia del dorsal ancho entre los años 2012 y 2017. Se realizó un seguimiento mínimo de doce meses. Para la valoración clínica se emplearon los test funcionales QuickDASH, OXFORD, SF-36 y CONSTANT. Se empleó la escala visual analógica (EVA) para el dolor y se evaluó también el grado de satisfacción de los pacientes. La valoración clínica de la rotación externa se realizó mediante los test de Lag-Sign y Hornblower. El rango de movimiento se midió con un goniómetro. El análisis radiológico se realizó mediante radiografías anteroposterior y axial del hombro intervenido.

CARTELES CIENTÍFICOS

RESULTADOS

No existieron complicaciones a nivel local ni sistémico ni hubo que realizar ningún recambio protésico. Todos los pacientes tuvieron una mejoría significativa tanto en las puntuaciones funcionales como en la exploración física (abducción y rotación externa) así como en la resolución del dolor, aumento de la actividad y ganancia de fuerza. Se obtuvo una puntuación QuickDash media de 18,75; un índice CONSTANT medio de 72 puntos y un OXFORD de 39. Todos los pacientes presentaron una mejoría de la rotación externa negativizándose los test de Lag-Sign y Hornblower. El grado de satisfacción medio fue de 9.33 sobre 10. El dolor medido mediante la escala EVA (VAS) fue de 1.33 de media, siendo el valor más repetido de 1. En el análisis radiológico encontramos como constante la presencia de un adelgazamiento de la cortical lateral a nivel de la re inserción tendinosa en el húmero.

CONCLUSIÓN

La combinación de la artroplastia inversa con transferencia del dorsal ancho es una técnica eficaz para el tratamiento de pacientes con artropatía de hombro y pérdida de abducción y rotación externa activas. Aunque nuestra serie es pequeña, los resultados obtenidos son similares a los publicados en la literatura.

¿ES NECESARIO CEMENTAR EL VÁSTAGO DE LAS ARTROPLASTIAS INVERSAS DE HOMBRO COLOCADAS TRAS UNA FRACTURA DE HÚMERO PROXIMAL?

Jose Enrique Aroca Navarro; Liberato Espinoza; Juan Aguilar; Agustín Pina; Marta Navarro;
Hospital La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de las fracturas del húmero proximal de tres y cuatro fragmentos en pacientes ancianos mediante prótesis inversa de hombro es una técnica ampliamente aceptada cuando la cabeza humeral no es sintetizable. En este tipo de pacientes las fracturas se producen por mecanismos de baja energía debido a que la calidad ósea es deficitaria, por lo que la mayoría de cirujanos optan por cementar el vástago humeral. El objetivo de este estudio es revisar la supervivencia, la evolución radiográfica y clínica de las prótesis inversas de hombro colocadas tras una fractura aguda, y comparar aquellas en las que se cementó el vástago con las que se colocaron sin cemento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de 34 pacientes (28 mujeres y 6 hombres) con una media de edad de 75,4 años (66-88), intervenidos entre 2014 y 2018 tras una fractura de húmero proximal a los que se le implantó una artroplastia inversa de hombro. En 11 prótesis se cementó el vástago y en 23 se colocó sin cementar. La variable primaria fue la puntuación en la escala de Constant. Variables secundarias fueron la movilidad, el dolor medido el Escala Visual Analógica, la percepción del estado de salud medido con la escala SF-36, y el análisis radiográfico del vástago humeral.

RESULTADOS

Tres pacientes no pudieron ser evaluados (uno por enfermedad de Parkinson avanzada y dos por fallecimiento por causas no relacionadas con la cirugía). Un paciente con vástago no cementado sufrió una infección que obligó a un recambio en dos tiempos. No encontramos más complicaciones peroperatorias.

Los pacientes en los que se cementó el vástago tenían una edad ligeramente superior a aquellos en los que no se cementó (76,5 versus 75 años) sin ser esta diferencia estadísticamente significativa. La puntuación global obtenida para la escala de Constant fue de 57,16 puntos, sin diferencias significativas entre el grupo de cementación (52,6) y el no cementado (58). Tampoco se encontraron diferencias significativas en cuanto al dolor, la movilidad y la puntuación del SF-36. No encontramos aflojamientos ni líneas de radiolucencia alrededor del vástago en ninguno de los grupos.



CARTELES CIENTÍFICOS

CONCLUSIÓN

Los resultados clínicos y radiológicos a corto plazo de las artroplastias inversas de hombro colocadas tras fractura de húmero proximal son satisfactorias, no encontrando diferencias significativas entre cementar o no el vástago humeral.



Sociedad Española de Cirugía de **Hombro y Codo**