

ALARGAMIENTO CUELLO FEMORAL EN ENFERMEDAD DE PERTHES; RESTABLECIENDO ANATOMIA Y BALANCE MUSCULAR

Autores:

1. Menendez Solana, GMS
2. Arbona Jimenez, CAJ -
3. Rubio Lorenzo, MRL -
4. Garcia Alfaro, MDGA -
5. Alonso Viana, LAV -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

La enfermedad de Perthes es una necrosis idiopática de cabeza femoral durante la infancia. El diagnóstico y tratamiento precoz son las claves del éxito. El manejo conservador es la primera actitud, siendo el quirúrgico posterior con el objetivo de restablecer anatomía y equilibrar las fuerzas musculares.

Objetivos:

Osteotomía de alargamiento cuello femoral como técnica de rescate en paciente con coxalgia crónica.

Material y Métodos:

Niña 12 años con cojera de 6 meses de evolución sin trauma previo. AP: parto de nalgas, cadera IIa, a los 2 meses y Ib con 3 meses. Exploración: abducción y rotación externa en cadera derecha dolorosa, pero simétrica. Dismetría clínica de 3,5cm RX: coxa magna (Stulberg IV) con disimetría de 4,5 cm. Se propone osteotomía de alargamiento de cuello femoral y descenso trocantéreo

Resultados:

RESULTADOS Tras 12 meses, paciente sin dolor, balance articular completo y consolidación radiológica. Dismetría clínica de 2,5cm (3cm radiológica) que se compensa con alza de 2 cm.

Conclusiones:

La sospecha diagnóstica y detección precoz claves en el manejo de enfermedad de Perthes. Hasta 60% no precisarán de tratamiento específico La restauración de la anatomía así como del disbalance

muscular es la clave del manejo quirúrgico en el tratamiento de sus secuelas, proponemos la osteotomía de alargamiento de cuello femoral con descenso de trocánter como técnica a tener en cuenta en pacientes que se nos presentan con secuelas ya que nos permite restablecer la anatomía y corregir disimetría en un solo gesto.

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

[Archivo adjunto 3](#)

DESCENSO TROCANTEREO; TECNICA DE RESCATE EN ENFERMEDAD DE PERTHES

Autores:

1. MENENDEZ SOLANA, GMS
2. Arbona Jimenez, CAJ -
3. Rubio Lorenzo, MRL -
4. Cuadrado Abajo, FCA -
5. García Alfaro, MD -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

En la necrosis proximal de fémur en la infancia, conocida como enfermedad de Legg-Calvé-Perthes, se produce un acortamiento de cuello femoral con sobrecrecimiento trocantéreo, y disminución del brazo de palanca de la musculatura aductora y consecuentemente marcha en Trendelenburg , y dolor producido por impingement entre trocánter e iliaco.

Objetivos:

Proponemos un tratamiento en secuelas de enfermedad de Perthes en pacientes con insuficiencia glútea, mediante osteotomía de descenso trocantéreo que reestablezca la biomecánica abductora

Material y Métodos:

Niña 14 años con dolor en muslo izquierdo de 5 meses de evolución. A la exploración, incapacidad para la carga monopodal, dolor a la palpación glútea y peritrocantérea, con acortamiento de 1 cm. La radiología muestra deformidad compatible con secuelas enfermedad Perthes (Stulberg III) y disimetría de 1,5cm. Se propone tratamiento inicial conservador con rehabilitación de 4 meses, sin mejoría persistiendo claudicación y dolor en la marcha. Se realiza entonces osteotomía de descenso trocantéreo.

Resultados:

Al año, paciente asintomática, consolidación radiológica y reincorporación a su actividad deportiva habitual.

Conclusiones:

El tratamiento inicial del Perthes se encamina a la disminución y redistribución de las cargas así como el mantenimiento del balance articular. En estadios avanzados, se busca reequilibrar el balance muscular perdido por la deformidad, así como reestablecer en la medida de lo posible la anatomía funcional. El descenso trocantéreo consigue aumentar el brazo de palanca abductora, lo que lleva a mayor eficiencia en la musculatura glútea y a un menor impingement.

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

[Archivo adjunto 3](#)

RADIOLOGÍA CONVENCIONAL, UNA HERRAMIENTA ANTE PATOLOGÍA MENISCAL

Autores:

1. Menendez Solana, GMS
2. Rubio Lorenzo, MRL -
3. Arbona Jimenez, CAJ -
4. García Alfaro, MDGA -
5. Alonso Viana, LAV -
6. Rodriguez Fernandez, JRF -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

La prevalencia del menisco discoide externo oscila entre 0,4 y 17%. Su diagnóstico suele ser incidental, pero se trata de una causa frecuente de gonalgia en la infancia siempre a tener en cuenta. Su diagnóstico de certeza se realiza mediante RM pero ciertas alteraciones radiográficas deben hacernos sospechar la patología.

Objetivos:

Mostramos resultados radiológicos sugestivos de menisco discoide, confirmado mediante RM en paciente de 12 años con gonalgia de repetición.

Material y Métodos:

Niño 12 años con gonalgia de 3 meses de evolución refractaria a tratamiento conservador y chasquidos coincidentes con episodios de bloqueo en la rodilla AP: 74kg; gonalgias de repetición Exploración: leve derrame articular, dolor en interlínea externa; McMurray + menisco externo; limitación de la flexión por dolor. RX: hipoplasia cóndilo externo; aumento interlínea externa respecto a interna e hipoplasia espina intercondílea externa.

Resultados:

Se realiza resonancia magnética confirmándose sospecha diagnóstica; menisco discoide externo

Conclusiones:

El menisco discoide suele ser asintomático, siendo su diagnóstico casual. La patología se manifiesta como gonalgias y derrames de repetición acompañado o no de chasquidos y episodios de bloqueos. El diagnóstico de confirmación se realiza mediante RM o artroscopia, pero ciertos hallazgos radiológicos tales como hipoplasia de cóndilo externo, aumento del espacio articular externo, disminución de la distancia entre superficie articular y cabeza peroné así como hipoplasia de espina intercondílea externa y aumento de la pendiente platillo tibial externo acompañados de clínica compatible nos debe hacer sospechar la patología.

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

[Archivo adjunto 3](#)

EL METODO DE PONSETI EN EL TRATAMIENTO DEL PIE ZAMBO IDIOPATICO.

Autores:

1. SERAL GARCIA, B
2. REDONDO TRASOBARES, B -
3. JIMENEZ SALAS, B -
4. CALVO TAPIES, J -
5. TORRES CAMPOS, A -
6. NICOLAU ABADIA, FJ -
7. GROS ASPIROZ, S -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

El pie equinovaro es una deformidad de aparición al nacimiento cuyo tratamiento de elección es el método descrito por Ponseti. Para la obtención de buenos resultados es necesario el conocimiento de los detalles del método y la realización de una técnica estricta.

Objetivos:

Presentar nuestra experiencia de 25 años con el método descrito por Ponseti.

Material y Métodos:

Estudio retrospectivo de 48 pies tratados desde 1993-2017. Son 31 niños (8 niñas y 23 niños), un 55% de bilateralidad. El tipo III de Dimeglio ha sido el más frecuente (45,8%). Además de la clasificación de Pirani se han recogido parámetros como número de yesos totales, seguimiento, si hubo recidiva y cómo se trató. Hemos realizado medidas radiológicas para ver la correlación estadística con el resultado.

Resultados:

El seguimiento medio fue de 8,85 años. En 9 casos se realizó una tenotomía del Aquiles. En 10 pies (20,8%) se diagnosticó recidiva, lo más frecuente fue un aducto del antepie (50%). En un 60% se realizó una liberación posteromedial y plantar y en un 10% una trasposición del tibial anterior. En el 77% de los casos se siguió tratamiento con barra de Denis Brown. Se calificó como resultado bueno un 79% de los casos.

Conclusiones:

- El pie equinovaro es una deformidad de aparición al nacimiento cuyo tratamiento de elección es el método descrito por Ponseti.
- Como factores predictores de una deformidad residual en equinovaro se describen: la escala de Pirani, ángulo tibiocalcaneo y astragalocalcaneo lateral, y la movilidad (subastragalina y dorsiflexión).
- La escala de Pirani se utilizaría para definir la severidad del pie zambo antes del tratamiento, no para medir el resultado.

OSTEOMIELITIS AGUDA POR STAFILOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA PRODUCTOR DE LEUCOCIDINA PANTON-VALANTINE

Autores:

1. Alonso Viana, L
2. Arbona Jimenez, C -
3. De La Rubia Fernández, L -
4. Menendez Solana, G -
5. García Alfaro, MD -
6. Rubio Lorenzo, M -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

La osteomielitis es una enfermedad frecuente en la infancia, cuyo agente más habitual es el S. Aureus. En las últimas décadas la incidencia de S.Aureus resistente a Meticilina ha aumentado en la comunidad.

Objetivos:

Sospechar de cepas virulentas de S.Aureus en casos de osteomielitis con evolución tórpida con antibioterapia habitual.

Material y Métodos:

Paciente mujer de 12 años, con diagnóstico de osteomielitis aguda de tibia distal en tratamiento con amoxicilina-clavulánico endovenoso. Tras mejoría inicial al tercer día comienza con empeoramiento clínico, analítico y gammagráfico. Se realiza RM que informa de osteomielitis con infarto medular en tibia distal acompañada de miositis en compartimento posterior de la pierna y celulitis. Se decide añadir clindamicina al tratamiento antibiótico y realizar abordaje anterointerno de tibial distal con drenaje de absceso subperióstico, ventana ósea con drenaje de absceso intramedular y curetaje.

Resultados:

En resultados de microbiología se obtiene S.Aureus resistente a Meticilina productor de Leucocidina Panton-Valantine. Se modifica antibioterapia a rifampicina y clindamicina endovenosos y posteriormente orales durante 7 semanas con buena evolución clínica y radiográfica

Conclusiones:

La infección por S.Aureus resistente a Metilina productor de Leucocidina Panton-Valantine es una enfermedad emergente de obligado pensamiento ante la no mejoría con antibioterapia habitual y que nos obliga a tratamientos más precoces y agresivos.

OSTEOSÍNTESIS CON PLACA EN FRACTURAS DE MESETA EN ADOLESCENTES, A CUESTIÓN DE UN CASO.

Autores:

1. Alonso Viana, L
2. Rubio Lorenzo , M -
3. De Prado Tovar, M -
4. Garcia Alfaro, MD -
5. Arbona Jiménez, C -
10. Laura , L -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

Las fracturas de meseta tibial en niños son raras. En la infancia el tratamiento estándar es el ortopédico, pero en el adolescente estas fracturas suponen un reto terapéutico.

Objetivos:

A cuestión de un caso, plantear el manejo de fracturas de meseta mediante reducción abierta y fijación interna con placa a compresión.

Material y Métodos:

Paciente mujer de 14 años. Antecedentes personales de displasia epifisaria múltiple. Tras caída desde 1,5 metros de altura, se le diagnostica mediante TC de fractura de meseta tibial interna tipo Schatzker II con extensión a espinas tibiales. Se realiza abordaje externo de meseta con ventana tibial, se eleva superficie posterior con visión articular mediante artrotomía, se rellena defecto con sustituto óseo biocompuesto osteoconductor y se implanta placa LCP para meseta tibial.

Resultados:

Ingreso de dos días, sin complicaciones agudas. A las dos semanas se permite pasivos sin carga. A las 10 se comienza con carga parcial y rehabilitación; el balance articular es extensión -30°, flexión 85°. A los tres meses realiza carga total. A los 6 meses flexión completa y extensión -13°. A los 8 meses se cursa alta con movilidad completa.

Conclusiones:

La reducción abierta en meseta tibial con placa a compresión en el adolescente permite la movilización inmediata de la rodilla, permitiendo la recuperación del balance articular de forma rápida, y la incorporación a la vida diaria precozmente.

¿CÓMO TRATAR LAS FRACTURAS DIAFISARIAS EN NIÑOS CON FISIS CERRADAS?

Autores:

1. Alonso Viana, L
2. Rubio Lorenzo, M -
3. Menendez Solana, G -
4. García Alfaro, MD -
5. Arbona Jiménez, C -
10. Laura , L -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

Fracturas diafisarias de humero constituyen 1-3% de las fracturas pediátricas. El tratamiento quirúrgico de referencia es el enclavado intramedular elástico. Al aumento de la actividad deportiva y de la edad de los niños en consulta, nos lleva a la aparición de fracturas diafisarias largas donde la estabilización con enclavado es insuficiente.

Objetivos:

Proponemos el manejo en fracturas diafisarias de humero en niños con fisis cerradas, mediante reducción abierta y fijación interna con placa LCP.

Material y Métodos:

3 varones de edad media 13.6 años, con fractura AO 12, de etiología traumática. Se realizó bajo anestesia general, abordaje anterolateral de brazo. En todos los casos se comprobó la integridad del nervio radial. Se realizó osteosíntesis con tornillos interfragmentarios y placa LCP. El ingreso fue de dos días, dándose de alta con apósito transparente impermeable

Resultados:

No hubo complicaciones agudas. Se mantuvo el cabestrillo 15 días de media, Se permite movimientos activos de muñeca, codo y hombro desde el primer día según tolerancia. Se permite el baño desde el alta. Todos los pacientes a los tres meses hacían vida normal con balance articular completo.

Conclusiones:

El uso de placa en fracturas humerales en niños con fisis cerradas, puede estar indicado en fracturas donde las técnicas habituales son insuficientes, permitiendo una rápida recuperación, evitando cirugías secundarias de extracción de material y disminuyendo la sensación de enfermedad de los niños y padres.

MIOSITIS OSIFICANTE: COMPLICACIÓN INFRECUENTE TRAS FRACTURA SUPRACONDILEA DE HÚMERO EN EDAD PEDIÁTRICA

Autores:

1. Fernández Ansorena, A
2. Corominas Francés, L -
3. Muñoz López, C -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

La miositis osificante es una complicación poco frecuente de las fracturas supracondíleas de la edad pediátrica.

Objetivos:

Presentar un caso clínico de un paciente de 6 años que tras fractura supracondílea Gartland III y afectación neurológica preoperatoria, presenta tumoración no dolorosa y con mínima limitación de la movilidad a los dos meses de la fractura y que se corresponde con una miositis osificante.

Material y Métodos:

Fractura supracondílea Gartland III con afectación del NIA preoperatoriamente. Se interviene de urgencia: reducción cerrada y fijación interna con 3 agujas Kirschner con resultado de estabilización de la misma tras varias manipulaciones cerradas. Tras dos meses de RHB y con movilidad de flexión completa; extensión de -20 y recuperación funcional del NIA; se solicita estudio de imágenes por presencia de bultoma no doloroso. Se realiza radiografía, ecografía y TAC apreciándose miositis osificante

Resultados:

Una vez diagnosticada la complicación de la fractura, no presentando dolor y mínima limitación de flexión del codo y tras iniciar rehabilitación suave se decide esperar evolución. Tras seis meses presenta rango de movilidad completo y resolución de la calcificación heterotópica en la radiografía- La miositis osificante es una complicación infrecuente de fracturas supracondíleas del húmero en edad pediátrica

Conclusiones:

- Generalmente asociada a traumatismos de alta energía, manipulaciones sucesivas, rehabilitación agresiva y TCE - Frecuentemente indolora pero pueden limitar la movilidad - Puede alcanzar resolución espontánea sin tratamiento quirúrgico - Está descrita la fractura de la miositis osificante generando dolor agudo

ESTUDIO PROSPECTIVO DE LAS LESIONES MUSCULO-ESQUELÉTICAS ATENDIDAS HOSPITALARIAMENTE A CAUSA DEL JUEGO EN CASTILLOS HINCHABLES EN NIÑOS

Autores:

1. Muñoz López, C
2. Corominas Frances, L -
3. Fernández Ansorena, A -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

Los castillos hinchables han adquirido popularidad en los últimos años, por lo que hemos observado un gran incremento de su presencia en fiestas infantiles. La carencia de una campaña de sensibilización sobre la seguridad del niño provoca una alta frecuencia de lesiones musculoesqueléticas.

Objetivos:

Demostrar que los castillos hinchables causan serias lesiones ortopédicas. Realizar el primer estudio en España en un sólo centro con el mayor número de pacientes recogido, siendo el resto de estudios realizados multicéntricos y con una media de pacientes mucho menor, revisando la bibliografía.

Material y Métodos:

Estudio prospectivo descriptivo de casos consecutivos del número de lesiones musculoesqueléticas acontecidas en castillos hinchables que acuden a nuestro centro durante los años 2015 y 2016. Se valoraron 116 pacientes en el servicio de urgencias de pediatría. 82 pacientes fueron tratados por fracturas, 46 eran varones y 36 mujeres. La media de edad fue 5.8 años (23 meses -14 años) y el 50 % de los pacientes estaba entre 3 y 8 años.

Resultados:

La extremidad superior fue la más afectada resultando en el 64 % de los casos (n= 74) .Otras fueron: extremidad inferior en un 31 % (n= 36), tronco 1.7% (n=2) y cabeza y cuello 3.4 % (n= 4), siendo la extremidad superior más afectada en varones y la inferior en las chicas. Por edad , la extremidad superior fue la más afectada entre los 6 y 11 años , siendo semejante el porcentaje entre extremidad superior e inferior, entre los 0-5 años y en mayores de 12 años. No existía supervisión de un adulto en la mayoría de los incidentes (43 %), y la presencia de pacientes de distintas edades en el castillo era del 52%.

Conclusiones:

Los castillos hinchables causan serias lesiones ortopédicas. En un 37% de las lesiones se requiere intervención quirúrgica. Las lesiones más frecuentes son las fracturas supracondíleas de codo. Un posible factor de riesgo es el juego simultáneo de niños de diferentes edades. Deberían estar supervisados por adultos todo el tiempo.

CASO CLÍNICO DE FRACTURA COMPLEJA DE CODO INFANTIL. ANÁLISIS DE POSIBLES COMPLICACIONES

Autores:

1. Muñoz López, C
2. Corominas Frances, L -
3. López Riquelme, JA -
4. Sanpera Trigueros, I -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

Las fracturas de Capitellum son infrecuentes en la edad pediátrica, alrededor de un 0,5%.

Objetivos:

Valorar opciones de tratamiento y resultados de tratamiento de fractura de capitellum en edad pediátrica. Valorar posibles complicaciones de abordaje y osteotomía de olecranon en este tipo de fracturas.

Material y Métodos:

Exposición de un caso de un varón de 14 años que acude al hospital por dolor, edema e impotencia funcional en el codo izquierdo tras caída desde su propia altura mientras jugaba al fútbol. Presentaba fractura de húmero distal en el plano coronal (13-B3.3 según la clasificación AO). Fractura de Capitellum y tróclea tipo IV según la clasificación de Bryan y Morrey. Tras la realización de TAC se objetiva fractura intraarticular de la totalidad del cóndilo y de la tróclea humeral con severo desplazamiento del fragmento. Fractura del epicóndilo lateral con diástasis de fragmentos y pequeños fragmentos óseos libres adyacentes al epicóndilo lateral. Se realiza intervención quirúrgica mediante abordaje posterior al codo y osteotomía axial al cúbito proximal. Se observó gran conminución a nivel del cóndilo lateral. Se realizó osteosíntesis con tornillos minifragmentos de 2.7 mm y tornillo de esponjosa de rosca completa de 6.0mm para la osteotomía cubital.

Resultados:

A las 2 semanas se objetiva desplazamiento secundario del foco de osteotomía, provocado por la osteosíntesis insuficiente con este tipo de tornillo que no aportaba compresión interfragmentaria. Se re-intervino a los 15 días realizando cambio de material de osteosíntesis por un tornillo de rosca parcial de mayor longitud y cerclaje en obenque. A los 7 meses se observa consolidación completa. A los 9 meses, se realiza EMO de tornillo y obenque, con ROM completo salvo déficit de extensión de 10°.

Conclusiones:

En fracturas de capitellum se debe elegir una osteosíntesis que aporte compresión interfragmentaria, sea cual sea el material utilizado o la vía de abordaje elegida.

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

[Archivo adjunto 3](#)

FRACTURA DE CAPITELLUM EN EDAD PEDIÁTRICA. OPCIONES DE TRATAMIENTO EN FRACTURA BILATERAL A TRAVÉS DE UN CASO CLÍNICO

Autores:

1. Muñoz López, C
2. Corominas Frances, L -
3. Rodriguez De la Rubia, E -
10. Carmen , C -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

Las fracturas de Capitellum son infrecuentes en la edad pediátrica, alrededor de un 0,5%

Objetivos:

Valorar opciones y resultados de tratamiento de fractura de capitellum en edad pediátrica. Valorar la mejor opción quirúrgica cuando nos encontramos una patología infrecuente y bilateral en un mismo paciente.

Material y Métodos:

Exposición de un caso de un varón de 14 años que acude al hospital por dolor en ambos codos tras caída en bicicleta. Refería caída con ambos codos en extensión y manos en flexión dorsal. Presentaba fractura de húmero distal bilateral en el plano coronal (13-B3.1 según la clasificación AO) .Fractura de Capitellum tipo I o Hahn-Steinthal según la clasificación de Bryan y Morrey. Tras la realización de TAC de ambos codos se objetiva fractura que atraviesa el cuerpo del capitellum humeral y se extiende de forma oblicua en el plano coronal, con un gap intraarticular de 12mm, encontrándonos una lesión similar en ambos codos. Se realizó tratamiento quirúrgico mediante abordaje Posterolateral (Kocher) en ambos codos. Se realizó osteosíntesis con 2 agujas Kirschner convergentes orientadas desde lateral a medial, atravesando la cortical medial del húmero con ambas agujas.

Resultados:

A las 6 semanas, se observan signos de consolidación en las radiografías de control. A las 14 semanas se realizó la retirada del material de osteosíntesis en ambos codos. 5 meses tras la cirugía el rango de movilidad estaba completamente restituido. A los 2 años de seguimiento, no presenta dolor y el rango de movilidad que presenta es completo. No hay signos de necrosis avascular , cierre fisario o deformidades angulares en la radiografía. El paciente realiza actividad deportiva habitual ,sin limitaciones.

Conclusiones:

A pesar de las ventajas que ofrece el uso de tornillos canulados para el tratamiento de fracturas de capitellum, se pueden conseguir resultados óptimos consiguiendo una osteosíntesis estable, sea cual sea el material utilizado o la vía de abordaje elegida.

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

[Archivo adjunto 3](#)

TRATAMIENTO DE LA PSEUDOARTROSIS TRAS FRACTURA COMPLEJA DE CABEZA DE RADIO. CASO CLÍNICO

Autores:

1. COROMINAS FRANCES, L
2. FERNANDEZ ANSORENA, A -
3. MUÑOZ LOPEZ, C -
4. PERELLO ROSSELLO, FJ -
5. SANPERA TRIGUEROS, I -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

Las fracturas de cabeza y cuello de radio suponen un 1% de todas las fracturas en el niño. La mayoría de las fracturas de cabeza / cuello de radio no están desplazadas y el tratamiento es suficiente con reducción cerrada. Pero, en casos de fracturas severas hay que realizar tratamiento agresivo

Objetivos:

Mostrar que la técnica de Metizeau en fracturas complejas de cabeza de radio, es insuficiente y puede conllevar a pseudoartrosis de cabeza de radio

Material y Métodos:

Varón de 12 años con fractura cuello de radio derecho cerrada con gran desplazamiento y volteo del fragmento proximal. Tras intentos de reducción cerrada mediante maniobra de Petterson e Israeli, se procede a reducción cerrada y osteosíntesis con aguja K según Técnica de Metizeau

Resultados:

A los 2 meses postquirúrgico se observa pseudoartrosis, y disminución cabeza radial. Se re - intervienen realizando cirugía abierta mediante abordaje de Kocher realizando sinovectomía, y fijación con tornillos de 1.5 mm de diámetro. Comenzando una rehabilitación exhaustiva al mes postoperatorio. A los 9 meses de la reintervención se observa regularización de la cabeza, presenta una movilidad completa del codo

Conclusiones:

A pesar que la técnica de Metizeau, ha demostrado buenos resultados en fracturas de cabeza de radio, en los casos de gran desplazamiento, se debe realizar una reducción abierta y fijación interna.

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

[Archivo adjunto 3](#)

TUMORACIÓN INDOLORA EN LA PLANTA DEL PIE

Autores:

1. COROMINAS FRANCES, L
2. FERNANDEZ ANSORENA, A -
3. MUÑOZ LOPEZ, C -
4. SANPERA TRIGUEROS, I -
5. RALUY COLLADO, D -
6. DRAGONI , M -
7. VILLAFRANCA SOLANO, S -
8. PIZA VALLESPER, G -
10. COROMINAS , LAUR -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

Los fibroma aponeuróticos calcificantes, son una rara entidad de tumores fibrosos benignos. Tienen características histológicas bien definidas, son de crecimiento lento, y afectan a tendones y aponeurosis de la parte distal de las extremidades de niños y adolescentes. Aunque son benignos, tienen alto riesgo de recurrencia local

Objetivos:

Es dar a conocer este tumor benigno, es un tumor que por sus características histológicas, presenta dificultad para el diagnóstico tanto para el clínico como para el anatomopatológico. Y en ocasiones es confundido con fibroma o un dermatofibroma

Material y Métodos:

Niño de 10 años, con masa indolora en la planta del pie. No tiene historia de trauma. El tumor ubicado debajo de la cabeza del segundo metatarsiano de la planta del pie. A la exploración se define como masa firme de 2cm. Radiográficamente no se observa lesión ósea, en la RMN, se observa una masa alargada hipointensa , que indica presencia de tejido fibroso. Bajo anestesia general, se realiza exéresis de la masa blanquecina, con bordes mal definidos y que infiltra bandas neurovasculares.

Resultados:

El examen histopatológico, muestra una proliferación de fibroblastos rodeados de tejido calcificado y condroide, con múltiples células gigantes multinucleares que rodean las áreas de calcificación, confirmando el diagnóstico de fibroma aponeurótico calcificante

Conclusiones:

Los tumores fibrosos no malignos en la población pediátrica son un desafío clínico, ya que son muy infrecuentes. El CAF es un tumor con fibroblastos diferenciados, con un patrón de crecimiento infiltrante. El diagnóstico diferencial incluye fibrosarcoma y otras fibromatosis. Es importante tenerlo en cuenta, ya que la evolución natural de la lesión proporciona pistas sobre su condición benigna, evitando tratamientos agresivos.

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

QUINTO DEDO EN RESORTE TRAS TRAUMATISMO LEVE

Autores:

1. FERNANDEZ ANSORENA, A
2. COROMINAS FRANCES, L -
3. MUÑOZ LOPEZ, C -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

Las tenosinovitis estenosantes, conocidas como dedo en resorte, es una patología que afecta a los tendones y poleas de la mano que flexionan los dedos, de manera más predominante a los pulgares. No es una patología común, y siendo aún más raro que afecte al 5to dedo de la mano. De etiología variada, trauma, infecciones, malformaciones congénitas de los tejidos blandos.

Objetivos:

Descripción de un caso, de dedo en resorte, tras un traumatismo leve.

Material y Métodos:

Paciente de 2 años de edad, con 5to dedo en resorte, tras una pequeña contusión con el borde de una mesa. Se descartan antecedentes de patología metabólica, reumática o infección previa. Tras el traumatismo, la paciente presentaba una contractura en flexión y una incapacidad para la extensión activa y pasiva del dedo.

Resultados:

Bajo anestesia general se procedió a realizar una incisión tipo Brunner de 3mm, sobre la polea A1 del 5to dedo mano, y se liberó el tendón. La paciente no presentaba anomalía del flexor superficial del dedo (FDS), ni nódulo de Notta.

Conclusiones:

En la literatura, hay descrito casos de dedos en resorte, asociados a mucopolisacaridosis, como Hurler o síndrome de Hunter, o hipoplasia del flexor superficial de los dedos. También está descrito un caso, de un dedo en resorte por un traumatismo, pero asociado a una fractura en tallo verde del radio distal. En los casos en los que la liberación de la polea A1, no sea suficiente, necesitará de manera adicional una recesión de la porción cubital del FDS.

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

[Archivo adjunto 3](#)

ASIENTO INFRECUENTE DE OSTEOCONDROMAS: COLUMNA LUMBAR

Autores:

1. Fernández Ansorena, A
2. Corominas Francés, L -
3. Muñoz López, C -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

Los osteocondromas son los tumores cartilagosos más frecuentes pero su asiento en la columna se cifra en el 2% de los casos

Objetivos:

Presentamos el caso y la iconografía de una paciente de 16 años que inicio cuadro de dolor lumbar asociado a bultoma de consistencia dura en zona lumbo-sacra con molestias a la palpación de la misma y en región de L5-S1 izquierda. Exploración neurológica distal dentro de la normalidad.

Material y Métodos:

SE realiza estudio iconográfico con radiografía y TAC en los que se aprecia lesión ósea exofítica polilobulada con origen en la apófisis espinosa de L4 izquierda compatible con osteocondroma. Se procede a la exéresis quirúrgica de la masa que englobaba las espinosas de L4 y L5 izquierdas. Tras la cirugía se consigue recuperación estética y ausencia de dolor a los dos meses del postoperatorio.

Resultados:

Las exostosis son comúnmente diagnosticadas por estudios de radiografía simples pero la TAC resulta importante en la planificación preoperatoria de lesiones de difícil localización. Existen escasos casos publicados de osteocondromas solitarios afectando el raquis. Todas las publicaciones coinciden en que la exéresis quirúrgica es el mejor tratamiento de osteocondromas solitarios de raquis con clínica acompañante y la recurrencia local y la tasa de transformación malignas son bajas.

Conclusiones:

La TAC es la mejor opción radiológica para la planificación preoperatoria de osteocondromas de raquis. La exéresis quirúrgica del osteocondroma solitario es la mejor opción terapéutica y de esta manera se evita la posibilidad de malignización a osteosarcoma, complicación descrita en la literatura

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

[Archivo adjunto 3](#)

PROYECTO FIND. RESULTADOS DE CRIBADO SELECTIVO DE MUCOPOLISACARIDOSIS BASADO EN SÍNTOMAS CLÍNICOS

Autores:

1. Crujeiras Barral, P
2. Rodrigues , D -
3. Álvarez González, JV -
4. Couce Pico, ML -
5. Colón Mejeras, C -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

Las mucopolisacaridosis (MPS) son enfermedades metabólicas hereditarias, multisistémicas, crónicas y progresivas, englobadas dentro de las enfermedades lisosomales. Los retrasos en su diagnóstico son habituales debido a que, en muchas ocasiones, los diferentes síntomas y signos son tratados de forma aislada

Objetivos:

En 2014 iniciamos con la colaboración de la Asociación MPS España y el aval de la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER) un programa de cribado de mucopolisacaridosis (MPS) a nivel nacional sobre población pediátrica en riesgo, basado en criterios clínicos, con el objetivo de evaluar su prevalencia en España y colaborar a un diagnóstico precoz

Material y Métodos:

Con la ayuda de reuniones científicas y la industria farmacéutica se han distribuido kits con el material necesario: consentimiento informado, guía clínica con los signos y síntomas a considerar y material para la toma de muestras. Como método de cribado se determinan los niveles de creatinina y glicosaminoglicanos (GAG) en orina. Los valores obtenidos se comparan con los valores de referencia que hemos establecido según la edad de los pacientes. La confirmación se realiza midiendo la actividad enzimática en la muestra de sangre

Resultados:

Se han recibido muestras de 463 pacientes pediátricos desde toda España entre los que se ha logrado detectar y confirmar un total de 23 casos de MPS (4 MPSI, 6 MPSII, 4 MPSIIIA, 2 MPSIIIB, 4 MPSIVA and 3 MPSVI). El 78% de los casos tenían 5 años o menos en el momento del diagnóstico, con un rango de 8 meses a 12 años. Todos ellos mostraban niveles elevados de GAGs en orina y actividades enzimáticas por debajo de los valores de referencia. Hemos comprobado que los signos

clínicos predominantes de estos casos son de origen óseo: rasgos toscos (48%), displasias óseas (13%), dismorfias estructurales (13%), escoliosis (9%), entre los más destacables. Por este motivo vamos a iniciar un programa específico dentro del FIND orientado a pediatras especialistas en ortopedia

Conclusiones:

La determinación de GAG en muestras de orina impregnada en papel ha demostrado ser un método rápido, simple y fiable para el cribado de MPS

ESTUDIO PROSPECTIVO DE LA FRACTURA-AVULSIÓN DE EPITRÓCLEA CON TRATAMIENTO CONSERVADOR. EVALUACIÓN CLÍNICA, RADIOLÓGICA ECOGRÁFICA Y FUNCIONAL A LARGO PLAZO.

Autores:

1. GARCIA MATA, SGM
2. DUART CLEMENTE, J -
3. SANCHEZ-GUARDAMINO , D -
4. BRUN , M -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

Existe controversia acerca de tratamiento conservador o quirúrgico de la avulsión de epitroclea.

Objetivos:

El Objetivo del estudio es valorar el resultado del tratamiento no quirúrgico con diferentes grados de desplazamiento, con seguimiento a medio y largo plazo.

Material y Métodos:

Se realizó evaluación y exploración de presencia física a 34 pacientes, con edad 5-13 años y 8-24 a la revisión. Seguimiento 2-15 años (7 ± 2.8). Desplazamiento Rx epitroclea 3-26 mm, se establecían 3 grupos tiempo evolución: 2-4 años, 5-8 años y > 9 años. Se realizó valoración Escala visual analógica, test estabilidad en valgo, Milking maniobra, "resisted flexor-pronator test", Pivot-shift y "Chair test". Funcionalmente: Mayo Elbow score, Oxford elbow score, elbow assessment score y DASH. Se determinó fuerza de prensión y pronato-flexora así como diámetro de volumen muscular. Gap articular en valgo ecográfico según Bica et al.

Resultados:

Mayo Elbow Score (0-100): 98.67, Oxford Elbow Score (0-60): 59.35, Elbow Assessment Score System (0-100): 96.27, DASH (0-100): 0.64 ± 1.001 . No-union fibrosa ocurrió en 27 pacientes (79.41%) Existían diferencias significativas en todos los scores pero no respecto al DAHS ($p=0.102$). La leve afectación en los síntomas y signos clínicos no tiene repercusión en las actividades diarias (DAHS). Grado de desplazamiento respecto a resultados objetivos funcionales. No existían diferencias significativas en relación al Mayo Elbow Score ($p=0.774$), ni al Oxford Elbow Score ($p=0.795$), Elbow Assessment Score ($p=0.763$) ni al DAHS ($p=0.213$). Resultados objetivos funcionales respecto al tiempo de seguimiento. Regresión Lineal: Mayo Elbow Score ($p=0.171$), Oxford Elbow Score

($p=0.297$), Elbow Assessment Score System) ($p=0.177$) ni al DAHS score ($p=0.343$). La diferencia en gap ecográfico no era significativa respecto estudios población general.

Conclusiones:

No existe relación entre el grado de desplazamiento de la epitroclea y los resultados objetivos. No existe relación entre el tiempo de seguimiento y los resultados objetivos. No existe relación entre el grado de desplazamiento y la fusión, ya que la mayor parte hacen no-uniión. Los resultados objetivos (aún siendo excelentes) empeoran discretamente si existen lesiones asociadas El desplazamiento anterior y pacientes con actividades de repetidos valgus stress pueden ser indicaciones de tratamiento quirúrgico Dado que tratamiento conservador produce resultados objetivos excelentes, no se justifica el tratamiento quirúrgico como norma. Proponemos un modelo de decisión compartida paciente-familia/cirujano

NECROSIS AVASCULAR DEL LA EPIFISIS PROXIMAL DEL PRIMER MTTF EN UN NIÑO. EVOLUCION A LARGO PLAZO

Autores:

1. GARCIA MATA, SGM
2. Brun -, MB -
3. Duart Clemente, JD -
4. Sánchez Guardamino, DS -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

Tan sólo ha sido descrito un caso de necrosis avascular de la epifisis proximal del primer MTT.

Objetivos:

Presentamos un nuevo caso, primero en la literatura ortopédica de diva lesión mostrando tanto su evolución a corto como a largo plazo

Material y Métodos:

Varón de 10 años y 4 meses de edad con dolor y cojera de 8 meses de evolución en zona dorso-medial del mediopie derecho. Presentaba inflamación local, dolor al la palpación local e inflamación leve, con cojera y marcha antiálgica en rotación interna. No existían signos flogósicos, eritema o fiebre En la Rx se observaba ensanchamiento epifisario de la epífisis proximal del primer MTT. Un mes más tarde se observaba fragmentación local con zonas hipodensas y otras de esclerosis. RNM mostraba fragmentación, esclerosis y colapso en la epífisis proximal del primer MTT

Resultados:

No se realizó otro tipo de tratamiento salvo eliminar la actividad física de la extremidad que supusiese carga e la misma. Los sintomas remitieron espontáneamente de forma progresiva en 6 semanas El paciente quedó completamente asintomático tras 4 meses. Cuatro años más tarde (edad 14 años y 5 meses) permanece asintomático realizando actividad deportiva (fútbol) normal.

Conclusiones:

Tán sólo se ha descrito un caso similar por lo que no se conoce su historia natural, siendo una cause excepcional de cojera en la infancia. Se precisa de un alto nivel de sospecha para pensar en dicha entidad y realizar su diagnóstico como una entidad de las necrosis avasculares de la infancia. Su

conocimiento aporta que deben evitarse realizar otros procedimientos diagnósticos superfluos en este caso: analíticas, RNM y/o gammagrafía ósea.

ENFERMEDAD DE DUPUYTREN EN NIÑA. EVOLUCION A LARGO PLAZOD.

Autores:

1. GARCIA MATA, SGM
2. Sanchez Guardamino, DS -
3. Brun -, MB -
4. Duart Clemente, JD -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

La enfermedad de Dupuytren es excepcional en la edad pediátrica, con tan sólo 15 casos publicados en edad pediátrica con confirmación histológica.

Objetivos:

El Objetivo del presente caso es mostrar un nuevo caso de enfermedad de Dupuytren en una paciente de 13 años con la rara presentación de nódulo palmar, recalcando la importancia de realizar un diagnóstico diferencial de los bultomas fibrosos en la mano infantil.

Material y Métodos:

Presentamos el caso de una chica de 13 años de edad afecta de una lesión nodular fibrosa en la palma de la mano. Tras estudio ecográfico se realizó extirpación quirúrgica con la piel (dermofasciectomía) encontrando masa en fase nodular.

Resultados:

Se realizó extirpación quirúrgica con la piel (dermofasciectomía) encontrando masa fibrótica y dura que infiltraba la dermis con dos tabiques fibrosos adyacentes a la vaina del tendón flexor en la polea A1, que fueron resecaos con la pieza. En histología se valoró estar en fase nodular describiendo una proliferación fibroblástica fusocelular en un estroma colagénico denso con una población celular constituida por fascículos paralelos de células fusiformes de estirpe fibroblástica densamente agrupadas. No existía encapsulación ni cambios celulares malignos. Se realizó exégesis quirúrgica y posteriormente manipulaciones mediante extensión pasiva y activa para obtener una cicatrización con extensión completa del pliegue MTC-F durante 3 semanas. Se obtuvo movilidad activa y pasiva completas. Quince años más tarde permanece asintomática, sin recidiva, con movilidad metacarpo-falángica completa.

Conclusiones:

Debemos concluir que la enfermedad de Dupuytren es una rara entidad en la edad infantil pero debe ser tomada en cuenta en dicho diagnóstico diferencial de toda lesión palmar dura. La incertidumbre diagnóstica de una lesión palmar dura en niños y la posibilidad de procesos malignos no diferenciables clínicamente hace que la exéresis de la lesión y su estudio histológico sean obligatorios.

HEMIVÉRTEBRAS TRATADAS CONSERVADORAMENTE. PARÁMETROS QUE INFLUYEN EN SU PROGRESIÓN

Autores:

1. Castro Torre , M
2. Pino Minguez , J -
3. Burgos Flores , J -
4. De la Fuente Gonzalez , C -
5. García Gonzalez , V -
6. Rodriguez Rodriguez , M -
7. Gonzalez Herranz, P -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

La escoliosis congénita tiene una incidencia global 0.5-1/1000. La deformidad más frecuente es la hemivértebra, cuyo comportamiento evolutivo ha sido objeto de numerosos estudios en la literatura.

Objetivos:

Valorar la progresión de la deformidad producida por hemivértbras tratadas conservadoramente en función de su localización (cervical, torácica, toracolumbar y lumbar), grado de segmentación (no, parcialmente o segmentadas) y otros 2 parámetros radiográficos (rotación y acuñamiento periapical) .

Material y Métodos:

Se estudia la deformidad producida por 52 hemivértebras en 34 pacientes (Tabla 1), con un seguimiento mínimo de 3 años. Se valoran al diagnóstico y al fin del seguimiento los siguientes parámetros: -Edad -Ángulo de Cobb periapical -Distancia a línea sacra media -Rotación (Nash/ Moe) - Longitud Concavidad/Convexidad

Resultados:

La localización fue cervical 3%, torácica 72%, toracolumbar 6% y lumbar 19%. Al diagnóstico curva periapical media fue 29,9° y la distancia a CSVL 17,3 mm . En el 5,6% de los casos la curva aumentó >10° Cobb ((12,9% si se considera > 5°) al final del seguimiento. En el 25% de los casos la distancia respecto a CSVL aumentó >10 mm (40% si se considera 5mm).

Conclusiones:

La rotación periapical (proximal y distal) y el cociente longitud concavidad/ convexidad son factores pronósticos asociados a la progresión de las hemivértebras. Es más sensible el desequilibrio coronal (CSVL>10) que el aumento del Grado de Cobb >10°, como patrón de progresión. Las hemivértebras que no asocian fusión en el plan sagital, las únicas, y las toracolumbares (seguidas por las lumbares y los torácicas) son las que más progresan.

[Archivo adjunto 1](#)

SARCOMA DE EWING DE PALA ILIACA EN UN NIÑO DE 7 AÑOS. UN RETO QUIRÚRGICO MEJORADO.

Autores:

1. Jordà Gómez, P
2. Salom Taverner, M -
3. Bas Hermida, T -
4. Perez García, A -
5. Baixauli García, F -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

El sarcoma de Ewing es un tumor maligno con una supervivencia menor del 35% a los 5 años si no es posible realizar una resección quirúrgica completa. El tratamiento completo incluye además quimioterapia neoadyuvante y radioterapia adyuvante en el caso de márgenes positivos tras la resección. Cuando aparece en la región pelviana, la exéresis necesaria para conseguir el aumento de supervivencia es una opción agresiva, por lo que en pacientes pediátricos y se debe plantear la reconstrucción del anillo pélvico tras la exéresis, para mantener la estabilidad tanto a nivel pelviano como raquídeo y la utilización de materiales que permitan completar el tratamiento con la radioterapia adyuvante.

Objetivos:

Presentamos el caso de un niño de 7 años con un sarcoma de Ewing en pala iliaca izquierda en estadio III, con extensión intraarticular sacroiliaca y afectación ganglionar locoregional sin metástasis, (T2b, N1, M0).

Material y Métodos:

Tras ser expuesto el caso en un comité multidisciplinar, se decide realizar una resección tumoral amplia de pala iliaca izquierda y reconstrucción con peroné vascularizado del anillo pélvico, junto con barra de carbono desde L4-L5 a zona supraacetabular, opción que nos ofrece salvar el miembro inferior, preservar la estabilidad pelviana y completar el tratamiento con la radioterapia adyuvante. Tras la intervención, el paciente continuó con sus ciclos de quimioterapia (VIDE según protocolo EuroEwing) y recibió la radioterapia adyuvante entre el 2º y 4º ciclo de consolidación.

Resultados:

Se realiza seguimiento periódico en consultas externas de Ortopedia Infantil. Se observa consolidación ósea a las 11 semanas y tolerancia a la deambulación con ayuda de muletas a partir de

la 8º semana. No complicaciones quirúrgicas inmediatas y sin recidiva local ni sistémica y buen estado clínico tras 6 meses de seguimiento.

Conclusiones:

El autoinjerto con peroné vascularizado es una opción terapéutica para la restitución de la estructura y funcionalidad del anillo pélvico tras una cirugía de exéresis radical de Sarcoma de Ewing de pala ilíaca que permite preservar el miembro y la función estática y dinámica de la pelvis y la columna. La utilización de barras que solidarizan la columna con la pelvis nos proporciona la estabilidad mecánica necesaria para permitir la consolidación del injerto de peroné vascularizado mientras el paciente puede realizar una carga precoz.

CÚBITO VARO POSTRAUMÁTICO. CORRECCIÓN TRIPLANAR CON FIJACIÓN EXTERNA MONOLATERAL.

Autores:

1. LÓPEZ MARTÍNEZ, JJ
2. SALCEDO CÁNOVAS, C -
3. GARCÍA PAÑOS, JP -
4. CABO DÍEZ, J -
5. TOLEDO GARCÍA, S -
6. RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, P -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

Debido a la gran frecuencia de fracturas supracondíleas y de cóndilo lateral humeral distal, podemos encontrar secuelas de las mismas siendo habitual el cúbito varus. Esta deformidad se compone de varo, rotación interna del fragmento distal e hiperextensión, precisando de corrección en los 3 planos. La osteología de cierre lateral en cuña con fijación externa es un método ideal para dicha corrección.

Objetivos:

Valorar el tratamiento mediante fijador externo monolateral en el tratamiento de la deformidad en cúbito varo postraumática y sus resultados.

Material y Métodos:

Estudio retrospectivo de 10 casos después de fracturas supracondíleas (6) y fracturas de epicóndilo externo (4) durante 2008-2016. La edad media de los pacientes fue de 8,5 años (rango de 6,6 a 10 años). Se realiza artrografía intraoperatoria y fijación de la osteotomía en cuña de cierre lateral mediante dos pines distales y 2 pines proximales de 3mm, con montaje de fijador externo monolateral. La cuña de resección varió desde 10mm a 15mm de base lateral.

Resultados:

El tiempo medio de fijador externo de los pacientes fue de 10 semanas, con funcionalidad preservada en flexo-extensión desde la primera semana. El período medio de seguimiento fue de 2.5 años (rango de 7 meses a 4 años). El ángulo de recorrido del codo se corrigió de -18.7° (-10° a -30°) a 6.1° (2° a 10°). 8 casos mostraron excelentes resultados y 2 casos buenos resultados. Como única complicación, un caso presentó intolerancia de fichas distales.

Conclusiones:

El tratamiento del cúbito varo postraumático mediante fijación externa monolateral permite la corrección de los 3 componentes de la deformidad de forma sencilla. El fijador externo monolateral controla las fuerzas de rotación y de angulación, permitiendo la movilización precoz del codo, esencial para el control del ángulo de carga.

OSTEOTOMIA DE REORIENTACIÓN DE LA CABEZA RADIAL TRAS CONSOLIDACIÓN VICIOSA.

Autores:

1. MENENDEZ CRESPO, MT
2. VIDART ANCHIA, M -
3. CALVO CALVO, S -
4. MARTI CIRUELOS, R -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

Se presenta el caso de un paciente de 14 años que presentó una consolidación viciosa (con angulación volar) y osificaciones heterotópicas tras una fractura de cuello radial tratada ortopédicamente mediante inmovilización con férula durante 2 semanas y posteriormente tratamiento rehabilitador. El paciente presentó una importante limitación funcional con bloqueo de la pronosupinación y deformidad en valgo progresiva con subluxación de la cabeza radial.

Objetivos:

El objetivo del poster es presentar el resultado del tratamiento quirúrgico de esta complicación, poco frecuente, mediante una osteotomía de reorientación de la cabeza radial para conseguir la mejoría funcional del paciente.

Material y Métodos:

El paciente fue intervenido a los 5 meses del traumatismo realizándose una osteotomía a nivel del cuello radial mediante un abordaje posterolateral de codo, que fue sintetizada mediante 2 agujas de K percutáneas introducidas de proximal a distal por un punto de piel diferente al abordaje y un TENS retrógrado introducido desde un pequeño abordaje a nivel de radio distal, proximal a la fisis. El la cirugía nos encontramos con una cúpula radial aumentada de tamaño que conseguimos reorientar para mejorar la congruencia articular. No se realizó ningún acto quirúrgico sobre las osificaciones.

Resultados:

El paciente fue inmovilizado con férula braquio-antebraquial durante tres semanas, tras las cuales y verificando con control de rayos la presencia de signos de consolidación suficientes, se retiraron las agujas percutáneas y se permitió iniciar movilizaciones suaves alternando con el uso del cabestrillo remitiéndose el paciente a rehabilitación a las 6 semanas de la cirugía. El clavo TENS se retiró a los 5 meses de la cirugía y el paciente ha continuado con sesiones de fisioterapia hasta el 6º mes posoperatorio. Ha mejorado mucho el aspecto clínico del codo al reducir el valgo , el paciente está

asintomático y presenta actualmente una flexoextensión de 0-135° (0-140° en el contralateral), una supinación activa de 60° (pasiva de 70°) y pronación de 30° con una buena funcionalidad.

Conclusiones:

La cirugía de reorientación de la cabeza radial mediante osteotomía de cuello radial es una buena opción en los casos de consolidación viciosa tras manejo conservador de una fractura del cuello radial en adolescentes, ya que son casos en los que no se puede esperar remodelación ósea y si se dejan sin tratar, la cabeza radial puede acabar luxada sin mas opción que su resección o sustitución mediante artroplastia.

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

[Archivo adjunto 3](#)

RECONSTRUCCIÓN 3D COMO HERRAMIENTA DE PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN PACIENTE CON DEFORMIDAD AXIAL SEVERA

Autores:

1. López Hervas, SLH
2. Martínez Grau, P -
3. Stitzman Wengrowicz, M -
4. Coll Bosch, MD -
5. Gimeno Calavia, N -
6. Pena Goñi, O -
7. Soria Villegas, L -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

Presentamos el caso de un paciente de 21 años afecto de una deformidad axial severa a nivel del fémur derecho como secuela de una epifisiodesis precoz secundaria a un epifisiolisis de fémur distal a los 11 años.

Objetivos:

Nuestro objetivo ha sido valorar la utilidad de la reconstrucción 3D del hueso afecto en la planificación quirúrgica para el tratamiento de una deformidad severa.

Material y Métodos:

Nuestro paciente presentaba en la actualidad un genu valgo de 45° a expensas del fémur derecho, asociado a una disimetría de extremidades inferiores de 4cm, afectación que le provocaba una limitación funcional importante. Por este motivo, se decidió realizar la corrección de su deformidad mediante un fijador externo circular tipo Taylor Spatial Frame (TSF). Para poder realizar una planificación preoperatoria óptima, se realizó la impresión 3D del fémur afecto y se llevó a cabo la preparación del montaje del TSF sobre la pieza de reconstrucción una semana antes de la cirugía.

Resultados:

La intervención realizada consistió en una osteotomía en cúpula de fémur distal y la colocación del TSF. No hubo ninguna incidencia durante la cirugía. En dos meses se ha conseguido la corrección de la deformidad axial y el alargamiento previsto para compensar la disimetría.

Conclusiones:

El montaje de un fijador externo tipo TSF suele ser un procedimiento complejo. La reconstrucción 3D del hueso afecto permite una mejor planificación del montaje del fijador externo previa a la cirugía y, en consecuencia, permite reducir el tiempo quirúrgico previsto y prever dificultades técnicas.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL CUIDADO ORTOPÉDICO DE NIÑOS CON AME: DECLARACIÓN DE CONSENSO DE UN GRUPO DE TRABAJO EUROPEO.

Autores:

1. FARRINGTON RUEDA, DM
2. VITALE , M -
3. SNYDER , B -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

La AME genera problemas ortopédicos ocasionalmente tributarios de tratamiento quirúrgico. No obstante, la evidencia científica que guíe su manejo es insuficiente, conllevando variabilidad terapéutica. Las nuevas terapias génicas están llevando a reconsiderar el enfoque óptimo de estos pacientes.

Objetivos:

El ENMC se propuso actualizar las recomendaciones sobre los cuidados de los niños con AME sometidos a terapia génica usando la evidencia disponible y la opinión de trece expertos, mediante el método Delphi.

Material y Métodos:

Tras revisar la literatura ortopédica, se distribuyeron 3 encuestas secuenciales. La primera identificó temas de importancia para una gestión óptima. La segunda solicitó respuestas sobre la gestión y evaluación de los temas identificados previamente. La tercera encuesta tuvo como objetivo aclarar las estrategias de toma de decisiones e indicaciones para las respuestas proporcionadas en la segunda encuesta.

Resultados:

Se identificaron las deformidades de columna, la inestabilidad de cadera y las contracturas articulares como temas de importancia. Para las deformidades raquídeas, se recomienda la instrumentación >50°, controlando mientras el dolor, función respiratoria, cifosis, oblicuidad pélvica, estado funcional, desequilibrio del tronco y deformidad costal. Se recomienda el uso de barras de crecimiento electromagnéticas, y la técnica de "skipped level". Para la deformidad de cadera, se recomienda la cirugía para corregir la inestabilidad ante dolor o repercusión funcional. Para las contracturas, se recomienda cirugía si hay repercusión funcional o dolor.

Conclusiones:

Se crearon guías de práctica sobre el manejo de la deformidad raquídea, inestabilidad de cadera y contracturas articulares para ayudar en la toma de decisiones clínicas en la era de la terapia génica.

EN PEDIATRÍA NO TODO SON FRACTURAS SUPRACONDILEAS. FRACTURA DE OLÉCRANON Y CABEZA DE RADIO.

Autores:

1. Rodríguez Fernández, JUAN
2. Rubio Lorenzo, MON -
3. Alonso Viana, LAU -
4. Fernandez Alvarez, MONI -
5. Galindo Juarez, GERM -
6. Cuadrado Abajo, FRAN -
7. Menendez Solana, GUIL -
8. Arbona Jimenez, CARM -
9. Garcia Alfaro, DOLO -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

Las fracturas de miembro superior en el paciente pediátrico son muy frecuentes debido a las características propias de esta población como la alta tasa de traumatismos y caídas. Dentro de las fracturas del miembro superior, las fracturas en torno a la articulación del codo suponen un porcentaje relevante, con mayor repercusión clínica que otras fracturas. Debido a las características del hueso infantil (plasticidad, fisis) las fracturas más frecuentes a este nivel son las supracondileas. No obstante de forma ocasional se presentan fracturas más propias del adulto como la fractura de olécranon combinada con fractura de radio proximal.

Objetivos:

Presentar y describir la experiencia clínica de un hospital de 3er nivel en un caso clínico de fractura de olécranon y cabeza radial en un paciente pediátrico.

Material y Métodos:

El caso trata de una niña de 10 años de edad, con purpura de Schölein-henoch a los 5 años como antecedente de interés. Sufró un traumatismo de baja energía directo sobre el codo izquierdo. Es diagnosticada mediante radiografía simple de fractura de olécranon y cabeza de radio ipsilateral. La paciente no presentaba otras lesiones asociadas. Fue tratada de forma conservadora mediante inmovilización con férula braquiopalmar aproximadamente durante 6 semanas. Tras la retirada de la

férula presentaba ligera limitación de la flexoextensión completa que precisó tratamiento rehabilitador. Tras el mismo la recuperación fue completa.

Resultados:

En la bibliografía encontrada se describe la fractura de cabeza de radio y de olecranon ipsilateral como fracturas bastante infrecuentes en esta población, aproximadamente un 0,02- 0,04% de todas las fracturas alrededor del codo y alrededor del 5-7% las de olecranon aislado. Las fracturas más comúnmente descritas son la supracondilea, la fractura de cóndilo lateral y la epicondilea.

Conclusiones:

La fractura descrita en este caso tiene una incidencia baja en la población pediátrica por lo que supone un caso de interés en nuestra especialidad. Dadas las características de esta población es posible tratar este tipo de fracturas de forma conservadora, mientras que en adultos se orientaría hacia tratamientos más agresivos.

FRACTURA BILATERAL DE CABEZA RADIAL

Autores:

1. Calvo Calvo, S
2. Menéndez Crespo, MT -
3. Vidart Anchia, M -
4. Marti Ciruelos, R -
5. Barberia Biurrun, A -
6. Moreno Palomares, F -
7. López López, S -
8. Viña Fernández, R -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

El tratamiento de la fractura de cabeza y cuello radial en niños debe ser escalonado (desde inmovilización hasta RAFI).

Objetivos:

Mostrar el resultado de paciente intervenido de sendas fracturas de cabeza radial de manera y en tiempos diferentes tras el traumatismo.

Material y Métodos:

Niño de 12 + 8 traído a urgencias tras precipitarse de 3 metros (caída de un árbol). Presenta deformidad y tumefacción de ambos codos. Radiografías: fractura de ambas cabezas radiales. En la urgencia se hace explora bajo sedoanalgesia (ketamina). El codo izquierdo es inestable en valgo y flexión, se intenta reducir. TC de control (figura 1): persiste la luxación. Al día siguiente se sintetiza en quirófano la cabeza radial izquierda con una AK percutánea, en cuanto la cabeza está en su sitio el codo se reduce (figura 2). A los 12 días consideramos que el desplazamiento de la cabeza radial derecha no es aceptable y se intenta reducir de manera cerrada en quirófano. No se consigue y se reduce con una AK intramedular (Metaizeau, figura 3).. Se retira la AK percutánea a los 30 días de la cirugía (codo izquierdo) y la AK intramedular a los 4 meses de la cirugía (codo derecho). No hizo rehabilitación.

Resultados:

Al año del traumatismo hace vida normal y todo tipo de deportes. Presenta una movilidad completa del codo izquierdo y en el derecho tiene déficit de 20° de flexión y 45° de prono-supinación.

Conclusiones:

El tratamiento debe ser lo más conservador posible. La pérdida de movilidad (sobre todo pronación) es la complicación más frecuente.

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

[Archivo adjunto 3](#)

DEFICIENCIA LONGITUDINAL CUBITAL: ¿ES LA LONGITUD DEL CÚBITO REALMENTE IMPORTANTE EN LA TOMA DE DECISIONES?

Autores:

1. MARTINEZ ALVAREZ, SMA
2. GONZALEZ ZAPATA, DGZ -
3. VARA PATUDO, IVP -
4. MARTINEZ GONZALEZ , CMG -
5. MIRANDA GOROZARRI , CMG -
6. EGEA GAMEZ, REG -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

La deficiencia longitudinal cubital (DLC) es una rara malformación congénita, frecuentemente unilateral, que afecta al miembro superior de forma variable (hombro, codo, muñeca y mano). Está asociada a alteraciones músculo-esqueléticas. Existen múltiples clasificaciones radiológicas basadas en la afectación del codo, cúbito y borde cubital de la mano, pero no asocian la afectación del pulgar y la primera comisura.

Objetivos:

Describir las características clínico-radiológicas de la DLC y valorar la disfunción del pulgar como factor clínico-pronóstico más relevante.

Material y Métodos:

Estudio retrospectivo observacional de los pacientes con diagnóstico DLC tratados entre 1995-2017. Criterios de exclusión: asociación a síndromes y seguimiento inferior a un año. Se analizaron las características demográficas, valoración radiológica, funcional y tratamiento realizado.

Resultados:

20 antebrazos (17 pacientes) cumplieron criterios de inclusión. 7 niñas. 17% bilateral (3 pacientes). Sólo 2 pacientes (11%) presentaban alteraciones músculo-esqueléticas a otro nivel (deficiencia peroneal). 9 casos (Se trataron quirúrgicamente 11 casos, 6 de ellos por afectación del pulgar y la primera comisura, realizándose pulgarización y/o apertura de la primera comisura).

Conclusiones:

La DLC se asocia a malformaciones del pulgar y la primera comisura de forma frecuente (45%) provocando alteración funcional. El tratamiento de DLC se centra en la funcionalidad de la mano, por lo que la afectación del pulgar es un factor pronóstico que debería ser considerado en futuras clasificaciones

FRACTURA-LUXACIÓN DE LISFRANC EN LA EDAD PEDIÁTRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

1. Cuadrado Abajo, F
2. Rubio Lorenzo, M -
3. De Prado Tovar, M -
4. Alonso Viana, L -
5. Fernández Álvarez, M -
6. García Alfaro, MD -
7. Arbona Jiménez, C -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

La fractura-luxación de Lisfranc es una lesión grave e infrecuente en la población infantil, aunque los principios de reducción anatómica y fijación son los mismos que aquellos aplicados a los adultos.

Objetivos:

Evaluar la evolución clínico-radiológica de una fractura-luxación de Lisfranc en una niña de 13 años.

Material y Métodos:

Presentamos el caso clínico de una niña de 13 años, sin antecedentes de interés, que sufre una caída de un metro de altura tras derrumbarse un muro en el que estaba subida, cayendo parte de los escombros sobre su pie izquierdo. A su llegada a Urgencias, la exploración del pie presentaba erosiones, tumefacción importante y edema plantar. Se realizaron radiografías y TC que demostraron fracturas de las bases del segundo y tercer metatarsianos así como de la tercera cuña y cuboides, acompañado de una luxación de la articulación de Lisfranc tipo 2B (clasificación de Myerson). El pie fue inmovilizado y la paciente ingresada para tratamiento antiinflamatorio endovenoso. Una vez que las partes blandas lo permitieron, se realizó una intervención quirúrgica que consistió en la fijación con tornillos del primer, segundo y tercer metatarsianos con sus respectivas cuñas, así como la osteosíntesis con tornillo interfragmentario de la fractura del segundo metatarsiano. Se indicó una férula durante 5 semanas, momento en el que se iniciaron los ejercicios de movilización. Se permitió la carga parcial a las 5 semanas y total a los 3 meses.

Resultados:

Tras 1 año, la paciente deambula sin dolor y ha reiniciado gradualmente su actividad deportiva. Las radiografías de control evidencian una correcta alineación de la articulación así como la consolidación de todas las fracturas.

Conclusiones:

Nuestros resultados clínicos y radiológicos a medio plazo son satisfactorios; no obstante, no descartamos que la paciente tenga que ser sometida a nuevas cirugías de secuelas en el futuro.

CONDROBLASTOMA EN EPÍFISIS FEMORAL PROXIMAL. EL USO DEL ABORDJE DE GANZ

Autores:

1. Cuadrado Abajo, F
2. Rubio Lorenzo, M -
3. Fernández Álvarez, M -
4. Alonso Viana, L -
5. De Prado Tovar, M -
6. García Alfaro, MD -
7. Arbona Jiménez, C -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

El condroblastoma es un tumor óseo infrecuente y, a menudo, benigno que supone aproximadamente el 1% de los tumores óseos y que afecta principalmente al esqueleto en crecimiento.

Objetivos:

Valorar la evolución clínico-radiológica de un niño que desarrolló un condroblastoma en la epífisis proximal del fémur tratado mediante la luxación controlada de cadera por abordaje de Ganz.

Material y Métodos:

Presentamos el caso clínico de un niño de 10 años remitido por dolor y cojera referidos en su cadera izquierda de 8 meses de evolución. La exploración física demostró dolor a la deambulación, rotaciones limitadas, disimetría clínica de 3 centímetros y asimetría en el volumen del muslo afecto de 4 centímetros, acompañado de atrofia muscular. En radiografías se observó una lesión hipodensa con alteración del espacio intraarticular. Se solicitó una RMN urgente que confirmó la presencia de una lesión redondeada de volumen de 15x15x16 milímetros, acompañado de edema óseo y sinovitis. Estos hallazgos eran sugestivos de condroblastoma epifisario. Se efectuó una intervención quirúrgica que consistió en realizar una luxación controlada de cadera mediante un abordaje de Ganz a través de una osteotomía trocánterea. La lesión fue reseca y se intercaló aloinjerto tallado en el defecto óseo. La osteomía fue fijada con 2 tornillos canulados.

Resultados:

El estudio anatómico-patológico confirmó el diagnóstico de condroblastoma. El paciente presentó una buena evolución postoperatoria, autorizando carga parcial a las 2 semanas y total a las 4. Después

de 1 año, la disimetría se ha corregido y el rango de movilidad articular es completo. El paciente no refiere dolor y ha reiniciado la actividad deportiva.

Conclusiones:

La coxalgia es una causa común de consulta para el cirujano ortopédico y en el diagnóstico diferencial se debe de sospechar una causa oncológica ante un patrón de dolor o hallazgos en la exploración atípicos. La luxación controlada de cadera mediante un abordaje de Ganz nos permite tratar patología intraarticular preservando la vascularización de la cabeza femoral.

RESULTADOS CLÍNICO-RADIOLÓGICOS DEL TRATAMIENTO DE LA OSTEOCONDROMATOSIS HEREDITARIA MÚLTIPLE EN MIEMBROS SUPERIORES

Autores:

1. GONZALEZ ZAPATA, D
2. VARA PATUDO, I -
3. MARTINEZ ALVAREZ, S -
4. MIRANDA GOROZARRI, C -
5. EGEA GAMEZ, R -
6. MARTINEZ GONZALEZ, C -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

La osteocondromatosis hereditaria múltiple (OHM) afecta frecuentemente al miembro superior (30-70%) produciendo acortamiento del cúbito y desviación del radio, condicionando no sólo problemas estéticos sino también funcionales (pérdida de pronosupinación). El tratamiento está indicado para mantener la alineación de la articulación radio-cubital distal (ARCD) existiendo controversia en cuanto al método a utilizar y edad óptima.

Objetivos:

Análisis de los resultados del tratamiento de la OHM mediante diferentes métodos (resección aislada y/o alargamiento).

Material y Métodos:

Estudio retrospectivo observacional de pacientes con OHM intervenidos mediante resección osteocondroma y/o alargamiento del cúbito (1994-2017). Se valora pre y postquirúrgicamente: motivo de consulta, dolor, restricción de actividades básicas (ABVD), cosmesis, fuerza, movilidad, complicaciones y análisis radiológico (varianza cubital (VC), ángulo articular del radio (RAA), desplazamiento cubital del carpo (DCC) y arqueamiento radial (AR)).

Resultados:

35 pacientes cumplieron criterios de inclusión: Resección simple (17 pacientes), resección y alargamiento (18 pacientes). El lado izquierdo intervenido en el 60%. Se observó un aumento del rango de movilidad: pronación-supinación pre-post (117.9° a 160.4°) y desviación radial pre-post (10.71° a 15.00°). Radiológicamente: VC pre-post (-1.6cm a -0.2cm), RAA pre-post (32.7° a 26.1°) y

mejoría DCC en ambos grupos. Complicaciones: infección superficial (7 pacientes) y recidiva deformidad (3 pacientes). El seguimiento medio fue de 7 años.

Conclusiones:

La resección del osteocondroma produce mejoría funcional y estética en ambos grupos. El tratamiento quirúrgico mediante alargamiento del cúbito no está exento de complicaciones: infección y recidiva de la deformidad.

GRAVE OSTEOMIELITIS CON INVOLUCRO TRAS FRACTURA ABIERTA SUPRAMETAFISARIA DE RADIO. RECONSTRUCCIÓN CON TÉCNICA DE INJERTO CONFORMADO Y MEMBRANA INDUCIDA ASISTIDA DE FIJACIÓN EXTERNA CIRCULAR.

Autores:

1. SALCEDO CÁNOVAS, C
2. GARCIA PAÑOS, JP -
3. LOPEZ MARTINEZ, JJ -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

Se presenta técnica de reconstrucción ósea compleja tipo membrana inducida de Masquelet en 2 tiempos en paciente varón de 12 años que sufre grave osteomielitis con involucro de 7 cm tras fractura suprametafisaria de radio y cúbito abierta grado 2 de Gustilo D al caerse de un árbol.

Objetivos:

Demostrar el beneficio que la resección amplia de tejidos infectados osteonecróticos junto con la reconstrucción con injerto autólogo de cresta ilíaca y malla perióstica con FEX circular puede tener en la curación de esta grave enfermedad.

Material y Métodos:

El paciente fue tratado inicialmente con un lavado profuso de la herida e infusión de antibióticos de amplio espectro más una reducción cerrada y síntesis con 2 AK vía dorsal. Al cabo de unos días y sin signos de activación de un proceso infeccioso fue dado de alta. Tras 15 días de evolución debutó un cuadro de fiebre, dolor y supuración por lo que fue ingresado para desbridamiento. Tras un mes de este proceso y al no tener un control adecuado ni clínico (supuración activa y grave contractura de dedos y muñeca), ni radiográfico (aparición de una grave osteomielitis de extremidad distal de radio con gran secuestro-involucro de 7 cm) es derivado a nuestra Unidad de Ortopedia Infantil.

Resultados:

Realizamos una resección "carcinológica" del involucro más implante de PMMA como espaciador y estabilización con FEX circular radio-cúbito-matacarpiano. A los dos meses se realizó técnica de membrana inducida con el implante de un injerto tricortical autólogo de cresta ilíaca de 7,5 cm con forma de extremidad distal metafisaria radial más manta perióstica mallada sacada de la tabla interna ilíaca. A los 5 meses se apreció consolidación de los focos proximal y distal y se procedió a la retirada

del FEX. Tras 2 años de seguimiento no hay reactivación infecciosa con balance articular de EDR-C F: 85°, E: 80°, Des-R: 22°, Des-C: 35°.

Conclusiones:

El tratamiento de las osteomielitis graves y pseudoartrosis séptica pasa por una erradicación completa del tejido infectado osteonecrótico que deja unos defectos segmentarios importantes. Su reconstrucción en MMSS puede ser realizada con injertos óseos vascularizados, transportes óseos o técnicas de injertos autólogos aprovechando la membrana inducida. En nuestro caso, con un injerto conformado macizo, sin triturar, pudimos reconstruir esta muñeca tan severamente afectada.

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

[Archivo adjunto 3](#)

POLIDACTILIA ASOCIADA A INCURVACIÓN ANTEROLATERAL DE TIBIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

1. Vaquero Barrón, MVB
2. Sierra García de Miguel, PSGM -
3. ALONSO HERNÁNDEZ, JAH -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

Se expone el caso de un niño de 7 años que, al nacimiento presentó, un acortamiento de miembro inferior derecho, por una incurvación anterior de la tibia, acompañado de polidactilia preaxial del pie ipsilateral

Objetivos:

Explicamos el diagnóstico diferencial con la pseudoartrosis congénita de tibia y el manejo realizado

Material y Métodos:

Varón de 1 año, sin antecedentes familiares ni gestacionales de interés, que fue intervenido de una polidactilia preaxial del primer dedo del pie derecho mediante una sutura en pedículo al nacer, y que acude a la consulta externa por malformación en miembro inferior derecho, consistente en incurvación de la pierna derecha. A la exploración física presenta, discrepancia de longitud entre ambos miembros inferiores de unos 2 centímetros, siendo más corto el miembro derecho; incurvación anterolateral de la pierna derecha y "dimple" a nivel de la cabeza del peroné derecho, 3 pequeñas manchas de "café con leche" en la región distal anterior de la tibia derecha y el pie derecho más ancho. En la radiografía realizada se observa incurvación anterior y lateral de tibia derecha con peroné de características normales.

Resultados:

Se diagnostica de "incurvación anterolateral congénita de tibia". Se realizó un estudio neurológico y cariotípico que resultaron negativos para neurofibromatosis. Se aconseja manejo conservador basado en la colocación de brace tipo PTB las 24 horas del día, sólo siendo posible su retirada parcial a partir de los 3 años de vida; en el uso de alzas, y en la realización seriada de telerradiografías y mediciones sistemáticas de ambos miembros para ir viendo la evolución de la patología, que resultó favorable para el paciente. A diferencia de la mayoría de incurvaciones anterolaterales, que evolucionan a pseudoartrosis congénita de tibia, las incurvaciones anterolaterales que se acompañan de polidactilia suelen evolucionar hacia la corrección espontánea, precisando tratamientos más sencillos como epifisiodesis o alargamientos óseos simples. En la literatura encontramos artículos de varios casos

parecidos, que demuestran que podría tratarse de una forma benigna a diferencia del resto de incurvaciones anterolaterales.

Conclusiones:

Las incurvaciones anterolaterales que se acompañan de polidactilia presentan características específicas, con mejor pronóstico y evolución.

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

[Archivo adjunto 3](#)

FRACTURAS EN EDAD PEDIATRICA TRATADAS MEDIANTE OSTEOSÍNTESIS TIPO ADULTO.SERIE DE 10 CASOS.

Autores:

1. Fernandez Alvarez, MFA
2. Rubio Lorenzo, MRL -
3. Alonso Viana, LAV -
4. Cuadrado Abajo, FCA -
5. Garcia Alfaro, MDGA -
6. Arbona Jimenez, CAJ -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

Obtener y mantener la alineación y estabilidad en fracturas en edad pediátrica puede ser problemático con abordajes no quirúrgicos, especialmente en niños mayores con fracturas complejas.

Objetivos:

Describir los resultados en nuestra serie de pacientes en edad pediátrica tratados con osteosíntesis tipo adulto.

Material y Métodos:

Se incluyeron los niños en edad pediátrica (hasta 16 años) tratados con material de osteosíntesis desde 2016. Las medidas de resultado incluyeron: edad media, lado afecto, mecanismo y localización de la fractura, tipo de abordaje y material, complicaciones, necesidad de retirada de material, rango de movimiento y grado de satisfacción.

Resultados:

10 pacientes, 4 mujeres y 6 hombres. La edad media fue 13,4 años. En el 70% el lado afecto fue izquierdo. El mecanismo de producción fue traumático. 6 casos en extremidad inferior (1 fémur proximal y 2 diáfisis, 1 meseta tibial, 1 tibia y peroné distal y 1 fractura-luxación de lisfranc) y 4 en extremidad superior (1 diáfisis de humero y 2 supra-intercondíleas y 1 diáfisis de cúbito). Se realizó RAFI con placas y tornillos interfragmentarios en las fracturas articulares, RAFI con placas a compresión en las extraarticulares, y enclavado endomedular femoral percutáneo. No se registró ninguna complicación intraoperatoria. En el postoperatorio inmediato, un paciente operado con doble placa supracondílea registró clínica motora y sensitiva de nervio cubital que recuperó progresivamente. A medio plazo, un paciente con enclavado femoral presentó una dismetría que se

corrigió con alza en extremidad contralateral. En 4 casos, se realizó retirada de material por consolidación, y en 2 casos de cerclaje necesario para el abordaje. En todos los casos se obtuvo un rango de movimiento completo sin rigidez. La tasa de satisfacción y retorno a actividades deportivas fue satisfactoria, sin limitación funcional.

Conclusiones:

En nuestra serie, elegimos el tratamiento con osteosíntesis según la edad y el tipo de fractura, intentando conseguir reducción anatómica y carga precoz. El desarrollo de una cirugía más agresiva y la variedad de materiales de osteosíntesis, han llevado a aplicar con más frecuencia tratamientos quirúrgicos en fracturas en edad pediátrica, en contraposición con lo que sucedía años atrás.

LUXACIÓN INVETERADA DE CABEZA DE RADIO: NUEVA OPCIÓN DE RECONSTRUCCIÓN ANATÓMICA DEL LIGAMENTO ANULAR. REVISIÓN DE LA LITERATURA PUBLICADA.

Autores:

1. Fernandez Alvarez, MFA
2. Rubio Lorenzo, MRL -
3. Galindo Juarez, GGJ -
4. Rodriguez Fernandez, JRF -
5. Garcia Alfaro, MDGA -
6. Arbona Jimenez, CAJ -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

En los niños las luxaciones radio-humerales puras son raras, ya que generalmente se acompañan de fractura de cúbito (Monteggia). Las lesiones crónicas son casos aún más infrecuentes.

Objetivos:

Describir el caso de un niño de 12 años y revisar la literatura publicada.

Material y Métodos:

Niño de 12 años, consulta por dolor en codo derecho de 4 semanas de evolución tras caída. Limitación en flexión, extensión y supinación. En las radiografías, se observa luxación anterior de la cabeza de radio sin fractura asociada. Se decide tratamiento quirúrgico, identificándose una cabeza radial magna y deformada. Ante imposibilidad de reducción, se realiza osteotomía de cubito y reconstrucción del ligamento anular con plastia de fascia tricipital y fijación transcondílea aguja de kirschner. Se inmoviliza durante 6 semanas. Tras retirada de aguja, refiere nuevo episodio de luxación que se confirma en las radiografías. Se decide reintervención, observándose luxación con plastia tricipital integra. Para lograr la estabilidad máxima se realiza nueva osteotomía de cubito y de acortamiento del radio y nueva plastia de aloinjerto de tibial anterior estabilizado mediante doble túnel en cúbito proximal, en la posición anatómica del ligamento anular. Se inmoviliza durante 6 semanas. Tras rehabilitación, se consigue una flexión de 100° y una extensión de -30°, con pronosupinación del 70%.

Resultados:

En estos casos, en edad infantil, la técnica habitual de Bell-Tawse puede ser satisfactoria si la luxación es anteromedial, sin embargo, si la luxación es anterior, anterolateral, lateral o posterolateral, puede ser subóptima. Las nuevas técnicas descritas se basan en la reconstrucción de ligamento anular con injerto autólogo o aloinjerto en posición anatómica, asociada o no, a osteotomías de corrección. Los resultados funcionales no son extraordinarios, sin embargo, la estabilidad conseguida, hacen que sea un tratamiento recomendable.

Conclusiones:

Actualmente, la luxación crónica de cabeza de radio postraumática en niños persistente e irreducible requiere la reducción y la reconstrucción del ligamento anular. En nuestro caso, utilizando la técnica descrita de estabilización en posición anatómica, hemos conseguido un resultado funcional aceptable.

IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO MULTIDISCIPLINAR EN RECIEN NACIDO CON FIBROMATOSIS COLLI: CUÁNDO PENSAR EN SU ASOCIACIÓN CON EL SÍNDROME DE WILDERVANCK.

Autores:

1. Fernández Álvarez, MFA
2. Rubio Lorenzo, MRL -
3. De Prado Tovar, MDPT -
4. Gallego Palmero, CGP -
5. Menendez Solana, GMS -
6. Garcia Alfaro, MDGA -
7. Arbona Jimenez, CAJ -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

La Fibromatosis Colli o Tortícolis muscular congénita (TMC) presenta una incidencia entre 0,4-2%. Es la tercera anomalía músculo-esquelética más frecuente. En un porcentaje de casos está asociada síndromes raros, por lo su despistaje precoz es fundamental para realizar un buen diagnóstico diferencial.

Objetivos:

Describir un caso y destacar la importancia del diagnóstico multidisciplinar.

Material y Métodos:

Niña de 8 meses con TMC sin respuesta a fisioterapia, es derivada a nuestra consulta de Ortopedia Infantil. En seguimiento por el Servicio de Oftalmología por Síndrome de Duane, y Servicio de Otorrino por hipoacusia de transmisión. La exploración física revela contractura del músculo esternocleidomastoideo izquierdo, lateralización del cuello, ascenso de hombro y escapula derechos. Giba izquierda y anomalía del pliegue interglúteo. Desarrollo psicomotor normal. Asimetría facial marcada con fositas preauriculares bilaterales y cabello de implantación baja. En un primer momento la impresión diagnóstica es de Síndrome de Klippel-Feil. Se solicita ecografía de cuello que informa de engrosamiento del músculo esternocleidomastoideo izquierdo, sin lesión nodular. Las radiografías de columna y TC cervical informan de escoliosis cervical y dorsal congénita, asociada a múltiples anomalías vertebrales: T10, T7 en mariposa, hemivértebra T1 y T5, defecto de fusión de los cuerpos vertebrales cervicales entre C2-C7 y fusión posterior de las tres primeras costillas izquierdas. Tras valoración clínica y radiológica multidisciplinar junto con el servicio de pediatría, oftalmología y

otorrino se llega al diagnóstico de síndrome cervico-oculo-acústico o Síndrome de Wildervanck. Se solicita estudio genético y se deriva a Hospital de Referencia para tratamiento.

Resultados:

El síndrome de Wildervanck se caracteriza por la triada: fusión de vértebras cervicales asociada a implantación baja del cabello, cuello corto y contractura del mismo (síndrome de Klippel-Feil), parálisis bilateral del motor ocular externo con retracción del globo ocular (síndrome de Duane) y sordera perceptiva congénita. Afecta a mujeres (10: 1) y se relaciona con una mutación ligada al X. Aunque presenta una incidencia de $<1 / 1.000.000$, ante un recién nacido con TMC, alteración ocular y auditiva debemos pensar es este síndrome.

Conclusiones:

Se destaca en este caso, la importancia de la correlación clínica y por imagen, junto a la coordinación multidisciplinaria de varios servicios, que ha sido determinante para el diagnóstico diferencial y precoz de este síndrome.

SINDROME COMPARTIMENTAL DE PIE EN NIÑO DE 3 AÑOS. A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Autores:

1. Fernandez Alvarez, MFA
2. Rubio Lorenzo, MRL -
3. Cuadrado Abajo, FCA -
4. Alonso Viana, LAV -
5. Fernández-Divar Sanchez, JAFD -
6. Garcia Alfaro, MDGA -
7. Arbona Jimenez, CAJ -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

La literatura publicada a cerca del síndrome compartimental en el pie es escasa. En niños, es aún más infrecuente, y son pocos los casos descritos.

Objetivos:

Describir un caso y revisar la literatura publicada hasta el momento actual.

Material y Métodos:

Niño de 3 años acude a nuestro servicio tras ser atropellado por un vehículo. Sufre golpe directo sobre extremidad inferior, y la rueda del vehículo sobrepasa su pie izquierdo. En las radiografías, se observa fractura cerrada de tibia distal. A la exploración inicial, el dorso del pie presentaba edema y dolor a la palpación con estado vasculonervioso conservado. Una hora después, se produjo un incremento de dolor no controlado con pauta de analgesia y la piel del dorso del pie presentaba un aspecto brillante y tenso. Además, la flexión pasiva de los dedos era dolorosa. Ante la sospecha clara de síndrome compartimental el paciente se traslada a quirófano, donde se miden las presiones intracompartimentales, siendo éstas mayores a 55mmHg. Se realizan fasciotomías urgentes del pie, y se coloca fijador externo. Tres días después, las fasciotomías se cierran, sin complicaciones. El fijador externo se mantiene durante 6 semanas con revisiones clínicas periódicas. Después de su retirada, se completa un programa de rehabilitación, y se obtiene un rango de movilidad completo. A los 5 meses, en radiografías de control se observa consolidación de la fractura de tibia, sin mal alineación ni complicaciones cutáneas asociadas.

Resultados:

El síndrome compartimental agudo en niños es una de las afecciones más graves que amenazan las extremidades. Debemos anticiparnos y llevar a cabo un manejo adecuado, especialmente ante su sospecha asociada a fractura de huesos largos. Un mal diagnóstico clínico, puede ocasionar una deformidad grave del pie, disfunción y dolor crónico.

Conclusiones:

Debido a la corta edad del paciente y su menor habilidad de expresión y comunicación; los hallazgos clínicos y objetivos (medición de presiones) fueron primordiales en nuestro diagnóstico y tratamiento.

PREVALENCIA DE DISPLASIA DE CADERA EN EL PIE EQUINOVARO CONGENITO

Autores:

1. Ramirez Barragan, A
2. Mena Roson, A -
3. Vara Patudo, I -
4. Abril , JC -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

La asociación entre pie equinovaro congénito y displasia del desarrollo de cadera (DDH) continúa en debate. El screening neonatal de DDH se realiza en casos de exploración patológica y/o factores de riesgo. Clásicamente se ha considerado como factor de riesgo las deformidades de los pies.

Objetivos:

Valorar el riesgo de DDH en pacientes con pie equino varo congénito

Material y Métodos:

Estudio prospectivo, longitudinal observacional, desde enero 2005 hasta mayo 2017. A todos los pacientes se les realizó exploración clínica y ecográfica de caderas (Graf I-IV). Se recogieron datos demográficos, factores de riesgo para DDH, clasificación de Pirani del pie equinovaro, patología sindrómica o neurológica. Los datos fueron analizados mediante el test de Kruksal-Wallis (prevalencia con intervalos de confianza del 95% y valores de p)

Resultados:

Se recogieron 122 pacientes, 182 pies (bilateralidad 41%). De los cuales 98 fueron niños y 24 niñas. La media de edad al inicio del tratamiento fue de 2,9 semanas (95% CI 2,3 a 3,1). Según la clasificación de Pirani 14% alcanzaron valores de 6, 52% presentaron valores de 7 y 34% valores de 8. Tres casos presentaron historia familiar de DDH, cuatro presentaron presentación de nalgas. Según exploración 3 pacientes presentaron signo de Barlow positivo y ninguno presentó signo de Ortolani. La ecografía realizada a las 244 caderas recogió 236 del tipo I de Graf, 7 tipo II y 1 tipo III, no hubo ningún caso de tipo IV de Graf. La prevalencia de DDH fue de 0,6%.

Conclusiones:

Según este estudio, el pie equinvaro idiopático no se puede considerar factor de riesgo de DDH. No estaría indicada la realización sistemática de ecografía de cadera en estos pacientes.

LA AFECTACIÓN MÚSCULO-ESQUELÉTICA EN EL PSEUDO-PSEUDOHIPOPARATIROIDISMO

Autores:

1. GADAÑÓN GARCÍA, AGG
2. LOPEZ MARTÍNEZ, A -
3. DÍAZ QUIRÓS, G -
4. IGLESIAS GARCÍA, R -
5. COLLAZO MARTIN, O -
6. LOPEZ FERNÁNDEZ, P -
7. PAZ APARICIO, J -
8. BRAÑA VIGIL, A -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

El hipoparatiroidismo es consecuencia de un déficit en la síntesis o secreción de la PTH y se asocia a niveles bajos de PTH, hipocalcemia e hiperfosfatemia. Casi todos los casos se corresponden al tipo IA –osteodistrofia hereditaria de Albright. La aparición de fenotipo característico de PHP tipo IA sin hipocalcemia ni hiperfosfatemia define el pseudopseudohipoparatiroidismo (PPHP), una entidad muy rara

Objetivos:

Describir el caso de un paciente con diagnóstico de pseudo pseudohipoparatiroidismo y su manifestación clínica en forma de calcinosis progresiva en tejidos blandos

Material y Métodos:

Paciente de 10 años diagnosticado de PPHP en forma de HETEROPLASIA ÓSEA, como forma de expresión menor de Osteodistrofia de Albright. Presenta calcificaciones difusas subcutáneas, hipocrecimiento, osteopenia y anomalías óseas inespecíficas en manos. A la exploración, las calcificaciones tendinosas son numerosas, en ambos tobillos, rodillas, carpo y hombro derecho, sin limitación del rango de movilidad articular. Confirmación diagnóstica de la calcinosis mediante ecografía y radiografía simple

Resultados:

Debido a que no existe limitación funcional, se decide observación y tratamiento de las fases inflamatorias mediante AINES y frío local, seguido de calor seco. Debido al aumento en el número y tamaño de las calcificaciones, en el futuro la opción terapéutica pasaría por la exéresis de aquellas que ocasionen más dolor, problemas cutáneos, limitación de la movilidad o de su actividad deportiva o diaria

Conclusiones:

La heteroplasia ósea progresiva es una enfermedad rara que se caracteriza por la osificación progresiva de tejidos blandos. El tratamiento de estas alteraciones pasa en un primer momento por ser de tipo conservador, pasando a una actitud más agresiva cuando el dolor o la afectación articular así lo exijan

SÍNDROME DEL DOLOR REGIONAL COMPLEJO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

1. GADAÑÓN GARCÍA, A
2. BRAÑA VIGIL, A -
3. IGLESIAS GARCÍA, R -
4. LÓPEZ MARTÍNEZ, A -
5. COLLAZO MARTÍN, O -
6. DÍAZ QUIRÓS, G -
7. LÓPEZ FERNÁNDEZ, P -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

El síndrome de dolor regional complejo (SDRC) es una entidad clínica muy bien definida en los adultos, pero hasta hace poco tiempo se dudaba de su presencia en niños y adolescentes, hoy este hecho se acepta plenamente. Presenta algunas diferencias con el SDRC del adulto, entre ellas que es más frecuente en niñas y que afecta fundamentalmente a las extremidades inferiores

Objetivos:

Describir el caso de una paciente mujer de 10 años de edad, que tras traumatismo banal, desarrolla un SDRC, diagnóstico que se realiza bajo los criterios actuales de BUDAPEST (2010) y una vez descartados otros diagnósticos diferenciales.

Material y Métodos:

Paciente valorada por contusión en pie derecho. Realizada exploración física y radiografía simple es diagnosticada como lesión ligamentosa. A las 3 semanas, debido a la persistencia de la clínica, se decide realización de RMN, donde se aprecia lesión en primera cuña sugestiva de fractura por estrés. Se inmoviliza con bota de yeso con carga durante 4 semanas y posteriormente se indica plantilla de descarga. Revisada la paciente ambulatoriamente, refiere empeoramiento con episodios de edema e inflamación de tobillo ipsilateral. A la exploración se aprecia edema en medio y antepie y tobillo, así como cambios de coloración cutánea en el dorso. En radiografía simple de control se aprecia Osteoporosis parcheada llamativa.

Resultados:

Una vez descartados otros diagnósticos y cumpliendo los criterios Budapest, es diagnosticada de SDRC. La paciente ha sido tratada mediante parches de anestésico local y por S de Rehabilitación,(masaje, TENS, baños de contraste, estiramientos isométricos) y actualmente se encuentra asintomática.

Conclusiones:

El SDRC se caracteriza por dolor intenso, desproporcionado a la lesión, acompañado de otros síntomas entre los que destaca la alodinia. El diagnóstico debe ser precoz . Si bien la mayoría de los niños van a responder al tratamiento convencional, existen casos donde se encuentran indicadas la utilización de las técnicas intervencionistas.

FRACTURA DE CABEZA DE RADIO TRAS LUXACIÓN POSTERIOR DE CODO EN NIÑOS: FRACTURA JEFFERY TIPO II. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

1. COROMINAS FRANCES, L
2. FERNANDEZ ANSORENA, A -
3. SANPERA TRIGUEROS , I -
4. MUÑOZ LOPEZ, C -
5. VILAFRANCA SOLANO, S -
6. GARCIA- CANCHO SANCHEZ, M -
7. RALUY COLLADO, D -
8. PIZA VALLESPER, G -
9. DRAGONI , M -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

Las fracturas de cabeza de radio en los niños representan solamente el 5% de las fracturas de codo ocasionadas generalmente por una caída con el brazo en extensión en valgo forzado del codo, menos frecuente es la que se produce tras una luxación posterior del codo. En 1950, Jeffery describió que esta lesión se debe a que cuando se produce la reducción espontánea, la fuerza resultante del codo flexionado desplaza la cabeza radial hacia atrás por el impacto de la cabeza de radio con la superficie articular del cóndilo humeral.

Objetivos:

Es presentar este caso, de esta lesión tan poco común.

Material y Métodos:

Se presenta el caso de un paciente de 12 años de edad que mientras jugaba en el colegio, sufrió una caída que le produjo una epifisiólisis de cabeza radial, según el mecanismo de lesión descrito por Jeffery. En la radiografía, presenta una fractura cabeza de radio con una inclinación de 80°-90° en relación con su posición anatómica en el cuello radial. Tras intento de reducción cerrada, se realizó bajo anestesia general reducción abierta y fijación interna según técnica Metizeau. Posteriormente, se objetiva radiológicamente retardo de consolidación, re- interviniéndose, se retira la aguja Kirschner. Mediante abordaje por vía de Kocher se realiza fijación interna con 2 tornillos de 1,5mm de diámetro.

Resultados:

A los 4 meses de la segunda intervención,, se observó inicio de consolidación .En el TAC realizado 1 año después de la última intervención se observa consolidación completa de la fractura de la cabeza del radio, con fusión fisaria.El paciente actualmente presenta un balance articular completo. Sin dolor, y ha reiniciado la actividad física: piragüismo.

Conclusiones:

La fractura de Jeffery tipo II, se caracteriza por una inclinación posterior de la cabeza del radio que cae hacia el capitelum. La reducción abierta, está indicada en las fracturas tipo Jeffery, con desplazamientos mayores de 60°, el hecho de tener desplazada la epífisis radial con interposición del capitellum es mandatorio para realizar cirugía abierta, incluso si la cabeza carece de aporte vascular. El principal obstáculo para la reducción cerrada es la interposición del capitelum entre la epífisis radial y la metáfisis. Creemos que en los casos de reducción abierta, es mejor sintetizar con tornillos 1.5 mm , ya que literatura aboga por que la recuperación del arco de movimiento es antes, no se produce cierre fisario prematuro, y se consigue mayor estabilidad de la fractura.

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

[Archivo adjunto 3](#)

ECTRODACTILIA. NUESTRA EXPERIENCIA A RAIZ DE UN CASO.

Autores:

1. Méndez Gil, A
2. Ginesta Serrano, M -
3. Albertí Fitó, G -
4. Jimeno Torres, JM -
5. Jimeno Torres, E -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

La ectrodactilia (síndrome de Karsch-Neugebauer) es una malformación hereditaria autosómica dominante de penetración incompleta y expresividad variable. Produce malformaciones en manos y/o pies con ausencias o malformaciones de los radios centrales y sindactilias en el resto de dedos asociándose a una hendidura central dando un aspecto de pinzas.

Objetivos:

El objetivo de la cirugía es obtener una pinza adecuada y un pie plantígrado funcional. Dependiendo el grado de afectación se opta por la resección del radio más afecto o por osteotomías correctoras. Presentamos nuestra experiencia a raíz de un caso.

Material y Métodos:

Paciente niña de 2 años. Deformidad en ambos pies con hendidura entre el primer y tercer radio y sindactilia entre el tercer y cuarto dedos. Se diagnostica de ectrodactilia con afectación únicamente en pies. Abuelo paterno presenta la misma deformidad. Radiológicamente ausencia de la falange media y distal del segundo radio bilateral y una desviación en varo de la falange proximal con hipoplasia del segundo metatarsiano. Se decide osteotomía correctora a nivel metatarsofalángica para alinear el segundo radio y fijación con aguja de kirschner y cierre de la hendidura existente en ambos pies.

Resultados:

Al mes se retiran las agujas. Tras seis meses de seguimiento correcta evolución clínica. Deberá hacerse seguimiento no descartando necesidad de futuras intervenciones.

Conclusiones:

La ectrodactilia, entidad hereditaria poco frecuente, no impide el desarrollo psicomotriz del niño realizándose intervenciones quirúrgicas para asegurar un correcto funcionamiento de sus extremidades. Cada caso debe valorarse individualmente y precisa de una correcta planificación y valoración vascular.

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

[Archivo adjunto 3](#)

FRACTURA DE CABEZA RADIAL INTERVENIDA DE FORMA DIFERIDA

Autores:

1. Calvo Calvo, S
2. Ciruelos Rafael, M -
3. Menendez Crespo, MT -
4. Vidart Anchia, M -
5. Moreno Palomares, F -
6. Barberia Biurrún, A -
7. López López, S -
8. Viña Fernández, R -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

El tratamiento de la fractura de cabeza y cuello radial en niños debe ser escalonado (desde inmovilización hasta RAFI). Las fracturas de cabeza y cuello radial en niños son poco frecuentes. Suponen un 1% de total de fracturas y el 5-10% de las que afectan al codo.

Objetivos:

Mostrar el resultado clínico y radiológico de una paciente intervenida de fractura de cabeza radial de manera diferida y cómo está actualmente.

Material y Métodos:

Acude a consultas una niña de 8 años con dolor de codo izquierdo de 1 mes de evolución tras caída de un columpio. No refiere mejoría a pesar del tratamiento rehabilitador que estaba haciendo. Se piden Rx donde se observa una fractura de cabeza radial grado III de Steele-Graham. Con tanto tiempo de evolución de la fractura no se planteó hacer maniobras cerradas de reducción. Se procedió a RAFI con abordaje de Kocher y reducción y síntesis con una AK (figura 1). Tras quitar la AK empieza tratamiento rehabilitador.

Resultados:

25 años después podemos contactar con la paciente. Rx actuales: sobrecrecimiento de la cabeza radial, no alteración del ángulo de transporte (figura 2). Exploración: déficit de prono-supinación, flexión completa con antepulsión del hombro (figura 3).

Conclusiones:

El tratamiento de la fractura de cabeza radial debe ser lo más conservador posible. Si la fractura tiene más de 90° de angulación o desplazamiento de más del 90% el tratamiento es quirúrgico de entrada. Cuando el diagnóstico de una fractura no está claro, se debe remitir al niño a un traumatólogo infantil.

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

[Archivo adjunto 3](#)

RAQUITISMO CARENCIAL Y RAQUITISMO HIPOFOSFATEMICO HEREDITARIO. EL PAPEL DEL COT EN SU DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO.

Autores:

1. Méndez Gil, A
2. Albertí Fitó, G -
3. Rovira Martí, P -
4. Ginesta Serrano, M -
5. Matas Pareja, M -
6. Jimeno Torres, JM -
7. Jimeno Torres, E -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

El raquitismo puede ser adquirido (el más característico por déficit vitamina D) o hereditario (hipofosfatémico ligado al cromosoma X, AR, o AD). Cursan con defecto de mineralización ósea con huesos blandos y deformables.

Objetivos:

Presentamos dos casos de raquitismo, uno carencial y otro hipofostémico hereditario, su diagnóstico y características radiológicas, así como seguimiento y papel del COT.

Material y Métodos:

El caso carencial se halló en una niña de 2 años derivada a consulta por tibias varas. En la analítica se observaba calcio de 7.0 mg/dl (8.8–10.8), fosfato 4.0 mg/dl (4-6.2), y PTH de 721 (15-65) sin fostaturia. El caso hipofosfatémico hereditario se trata de una paciente de 22 meses derivada para valoración genu varo. En la analítica calcio de 10.20 mg/dl (9-11), fosfato 3.2 mg /dl (3.5-5.7), PTH 59,1 pg/ml (15-68.3), fosfatasas alcalinas 1702 y fostaturia de 2.27 mg/ml (0.33-1.32).

Resultados:

El caso carencial se trató con calcio y vitamina D. Se realiza seguimiento con telemetrías, fisioterapia y plantillas para mejorar el apoyo de los pies en la marcha. Tras 5 años se ha logrado ejes en rodilla bastante aceptables restando la posibilidad de osteotomía correctora supramaleolar en tobillo

derecho en el futuro como única secuela osteoarticular residual. El segundo caso también se ha realizado telemetrías y fisioterapia. Actualmente 6 meses de seguimiento.

Conclusiones:

El tratamiento es esencialmente médico pero hace falta seguimiento desde COT para implementar medidas de fisioterapia y ortesis que mejoren la marcha y el desarrollo del niño. No es descartable que hagan falta cirugías correctoras de las secuelas.

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

[Archivo adjunto 3](#)

RECIDIVA DE GENU VALGO ASIMÉTRICO POR PUENTE FISARIO

Autores:

1. Hevia Crespo, EHC
2. Fernandez Ruiz, DFR -
3. Cabello Blanco, JCB -
4. González Morán, GGM -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

Múltiples causas pueden llevar a la formación de puentes fisarios en el cartílago de crecimiento. Éstos pueden provocar acortamiento o deformidad angular del miembro, y frecuentemente, ambas simultáneamente.

Objetivos:

Presentar un caso de un paciente intervenido en con distintas técnicas por una barra fisaria recidivante en el fémur distal derecho.

Material y Métodos:

Varón que acude por primera vez con un año y 9 meses por un valgo asimétrico de rodilla derecha, progresivo, a expensas de fémur distal. No presenta antecedente traumático ni infeccioso de interés. En las pruebas de imagen (Radiografía y RMN) se observa un puente fisario en el tercio externo de la fisis de fémur distal, de aproximadamente el 25% de la superficie de la misma. Se realizó una resección de la barra fisaria utilizando la técnica de Langenskiöld. Durante su seguimiento en consultas, se produce una progresión del valgo por recidiva de la barra fisaria. En este momento, y a la edad de 5 años, el paciente presentaba una disimetría de 3,1 cm y un valgo de rodilla derecha asimétrico de 24, por lo que se decide realizar de nuevo una resección del puente y se coloca un fijador externo circular para corregir la deformidad y el acortamiento mediante distracción fisaria.

Resultados:

El paciente llevó el fijador externo un total de 5 meses, en la que hubo tres etapas correctoras diferentes (Distracción fisaria, corrección angular, alargamiento). Se logró una corrección del valgo casi completa, y una disimetría final de 1 cm. Un año después de la retirada del fijador, el valgo de rodilla progresó debido a una nueva recidiva del puente fisario. Se decidió realizar una osteotomía varizante de apertura correctora y completar la epifisiodesis. Actualmente el niño tiene 7 años, utiliza un alza de 1,5 cm, y no presenta deformidad angular asimétrica, pero la predicción de la discrepancia al final del desarrollo es de 10 cm.

Conclusiones:

La recidiva de un puente fisario es una complicación relativamente frecuente, que aparece con mayor probabilidad en lesiones extensas o de etiología infecciosa o desconocida. La distracción fisaria es una técnica adecuada para corregir la deformidad y el acortamiento de un hueso largo. En la bibliografía existen series que muestran una fisis normofuncionante tras el procedimiento, incluso sin la resección de la barra fisaria. En nuestro caso, no sólo se mantuvo la actividad de la fisis, si no que lo hizo de forma patológica. La osteotomía y epifisiodesis definitivas han logrado eliminar el problema angular, a costa de una disimetría al final del crecimiento grande.

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

[Archivo adjunto 3](#)

FRACTURAS DE FÉMUR Y TRATAMIENTO CON YESO PELVIPÉDICO: REVISIÓN RETROSPECTIVA DE COMPLICACIONES

Autores:

1. PENA GOÑI, O
2. RAFOS PERRAMON, O -
3. MARTÍNEZ GRAU, P -
4. STITZMAN , M -
5. LÓPEZ HERVAS, S -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

Las fracturas de fémur suponen entre un 1 y 2 % de las fracturas en la infancia, siendo las de 1/3 medio las más frecuentes, seguidas del 1/3 proximal y por último, las de 1/3 distal. El tipo de tratamiento dependerá de la edad, peso y tipo de fractura entre otros factores.

Objetivos:

El objetivo del estudio, es cuantificar las complicaciones en nuestro centro asociadas al tratamiento conservador mediante tracción al cénit (Bryant) seguida de inmovilización con yeso pelvipédico.

Material y Métodos:

Se realizó un estudio retrospectivo de todos pacientes tratados mediante yeso pelvipédico en nuestro centro entre los años 2003 y 2013. Los criterios de búsqueda fueron por diagnóstico (fractura de fémur) y procedimiento (yeso pelvipédico). Se recogieron las complicaciones aparecidas tanto durante el tratamiento como en el seguimiento. Posteriormente se realizó un análisis estadístico de los mismos.

Resultados:

Un total de 28 pacientes fueron tratados con yeso pelvipédico durante los años 2003 y 2013. El rango de edad fue entre los 3 meses y los 3 años, de ellos 22 fueron varones y 6 mujeres. Según el tipo de fractura, 24 de los casos fueron fracturas de 1/3 medio. La complicación más frecuente (13 pacientes), fue el acortamiento de la extremidad afecta, pero en ninguno de los casos, este acortamiento fue mayor de 10 mm. En cuatro casos se observó alargamiento de la extremidad. La media de acortamiento fue de 2,71 mm. Se encontró deformidades en el plano axial en 10 de los 28 pacientes, todos ellos en varo, pero ningún paciente por encima de los 15°. No se encontraron deformidades rotacionales ni pseudoartrosis.

Conclusiones:

El tratamiento conservador de las fracturas de fémur mediante tracción al cénit seguido de inmovilización con yeso pelvipédico se presenta como una opción poco agresiva, cuya complicación más frecuente, la disimetría, en la mayoría de los casos no necesita de tratamiento específico ni presenta limitación para el paciente.

MANO ZAMBA RADIAL Y AGENESIA PULGAR ASOCIADO A SINDROME VACTRL A PROPOSITO DE UN CASO.

Autores:

1. Escandón Almazán, P
2. Domínguez López, AB -
3. De Gálvez Aranda, I -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

Las malformaciones congénitas de la mano son amplias, asociadas a otros síndromes o no, provocan una alteración funcional y estética importante. La hemimelia radial esta asociada a otros síndromes como VACTRL, anemia de fanconi, SD TARs, etc. Suele ser derecha y ocurre entre el día 28 y 52 de gestación. Un rápido diagnóstico y tratamiento puede mantener la muñeca en posición centrada con acortamiento mínimo y funcional. Así como la pulgarización en edades tempranas ayuda a modificar el esquema corporal e integrar el neopulgar haciendolo completamente funcional. El seguimiento del paciente posterior son cruciales para unos buenos resultados.

Objetivos:

Describir la usual asociación de malformación en MS asociado a síndres polimalformativos como VACTERL y su corrección quirúrgica para una funcionalidad y estética aceptable.

Material y Métodos:

Mujer de 3a, prematura 35s, cesárea urgente, sometida a: toractomía, colostomía, vaginostomía, vesicostomía, laparotomía, cierre de vejiga, liberación de vagina, anorectouetrovaginoplastia sagital posterior, plastia vaginal, en los primeros 18m de vida. En seguimiento en CCEE de traumatología por agenesia de pulgar derecho y mano zamba radial grado IV según la clasificación de Heikel. Tratada con férula postural para destensado de partes blandas los primeros meses de vida. El 1º tiempo a los 21m de vida, consistió en un recentraje del carpo mediante resección en V del semilunar, liberación de partes blandas y fijación mediante aguja de Kirschner al 3ª metacarpiano e inmovilización mediante férula antebraquial durante 2m. El 2º tiempo se realizó a los 2a+9 m, se realiza un abordaje medial para colgajo posterior, disección de partes blandas e identificación de paquetes vasculo-nerviosos, osteotomía de metacarpiano, desrotación y acortamiento del mismo fijado con puntos transóseos y aguja de Kirschner, plicatura del tendón extensor, apertura y plasta de polea A1 tendón flexor. Actualmente en seguimiento en consultas con 3m de evolución de la última cirugía.

Resultados:

Se observa que al año+9m de evolución del recentraje del carpo, no hay desviación radial. A los 3m de la pulgarización se observa consolidación y movilidad incipiente del neopulgar.

Conclusiones:

El abordaje de esta patología durante los primeros años de vida es fundamental para conseguir integrar en el esquema corporal del niño su extremidad modificada y conseguir hacerla funcional para el desarrollo normal de las actividades básicas de la vida diaria. La implicación paterna es fundamental para normalizar el proceso y obtener resultados satisfactorios.

CALLO DE FRACTURA ABERRANTE EN FRACTURA DE FÉMUR: A PROPÓSITO DE UN DIAGNÓSTICO DE OSTEOSARCOMA

Autores:

1. Domínguez López, AB
2. Escandón Almazán, P -
3. Gormaz Talavera, I -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

El osteosarcoma es un tumor maligno con una frecuencia del 27% de los tumores malignos y el 19,2% de todos los tumores óseos, con una incidencia anual de 4,4 casos por millón de habitantes en la población de edades comprendidas entre 0-24 años. La incidencia es máxima entre los 13 y los 16 años, siendo menos frecuente en paciente de 9 años y mujer, ya que afecta con mayor frecuencia a varones con un ratio de 1,6:1. Normalmente se presenta en la zona metafisaria de los huesos largos, principalmente en la rodilla, siendo esta la afectada en el 50% de los casos.

Objetivos:

Describir la complejidad del diagnóstico del osteosarcoma.

Material y Métodos:

Mujer de 9 años que acude por primera vez por fractura espiroidea de fémur tras traumatismo de alto impacto, tratada con tracción longitudinal y posterior yeso pelvi-pédico y comenzando deambulacion con carga a los 2 meses aproximadamente. Desde entonces vuelve en varias ocasiones a urgencias por dolor y leve aumento de diámetro de tercio distal de fémur acompañado de cierto aumento de temperatura local, en alguna ocasión se evidencia fiebre termometrada, siendo diagnosticada de viriasis. En revisiones sucesivas se comienza a ver callo de fractura considerado hipertrófico, hasta que a los 5 meses postfractura es ingresada en nuestro centro con callo de fractura aberrante y con sospecha de tumor óseo. Biopsia de tumoración compatible con osteosarcoma clásico.

Resultados:

En la mayoría de los casos la etiología del osteosarcoma es desconocida. En ocasiones puede asociarse a diversas situaciones, consideradas factores favorecedores como son la irradiación previa, la enfermedad de Paget, displasia fibrosa u otros aún no demostrados como los traumatismos previos, ciertos virus e infartos óseos. Su presentación como fractura patológica es poco habitual.

Conclusiones:

En los casos en los que nos encontramos fracturas que consideramos compatibles con el mecanismo lesional pero con una evolución clínica no habitual y un callo de fractura anómalo, debemos tener presente la posibilidad de lesiones agresivas latentes.

ASOCIACION DEL SINDROME LERI WEILL Y DEFORMIDAD DE MADELUNG, A PROPOSITO DE 2 CASOS

Autores:

1. GARCIA-CANCHO SANCHEZ , MGC
2. COROMINAS FRANCES, L -
3. FERNANDEZ LAVILLA, J -
4. FERNANDEZ ANSORENA, A -
5. PIZA VALLESPER, G -
6. RALUY COLLADO, D -
7. VILLAFRANCA SOLANO, S -
8. DRAGONI , M -
9. MUÑOZ LOPEZ, C -
10. SANPERA TRIGUEROS, I -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

La deformidad de Madelung es una rara anomalía congénita de la muñeca, que consiste en un cierre prematuro fisario parcial del borde cubital-volar del radio distal. Aparece con mayor frecuencia en la discondrosteosis de Léri-Weill(LWD).La deformidad se caracteriza por un aumento de la inclinación radial(en plano coronal) y volar (en plano sagital) del radio, junto con una varianza cubital positiva, con la cabeza cubital prominente y subluxada hacia dorsal.Se asocia a un hundimiento del semilunar, con luxación volar del carpo que se adapta adquiriendo forma de triángulo invertido.

Objetivos:

Presentamos dos casos clínicos de Deformidad de Madelung bilateral asociados a LWD, una forma de enanismo mesomélico, tratados quirúrgicamente en nuestro servicio con buenos resultados clínicos, con movilidad completa y sin dolor.

Material y Métodos:

En ambas se realiza osteotomía en cúpula radial, la primera asociando epifisiodesis distal de cúbito izquierdo y la segunda con osteotomía de acortamiento de cúbito y osteotomía en cuña abierta palmar. Ambas con balance articular a los 5 años del tratamiento

Resultados:

El LWD ocurre por una mutación en el gen SHOX asociado a cromosomas sexuales, con prevalencia desconocida, se caracteriza por presentar disminución de la estatura, acortamiento miembros (mesomelia) y Deformidad de Madelung en ocasiones bilateral y asimétrico. Es más frecuente en mujeres, suele asociar mayor deformidad y existe un ligamento volar radiolunar engrosado denominado Ligamento de Vickers, que es el causante de la restricción del crecimiento a nivel fisario del radio. Las denominadas deformidades tipo Madelung puede aparecer por traumatismos repetidos, en los que no suele existir Ligamento de Vickers. Clínicamente pueden ser asintomáticos, pero suele ser una deformidad progresiva que acabará produciendo dolor en la muñeca, pérdida de movilidad y deformidades estéticas. El tratamiento de la Deformidad de Madelung sigue siendo controvertido. En el caso de existir una varianza cubital positiva, la osteotomía de acortamiento cubital es una técnica segura que puede aliviar el dolor de muñeca por la prominencia cubital, esta técnica suele ir asociada a la necesidad de realizar una osteotomía correctora a nivel radial, existiendo varias técnicas posibles, la osteotomía en cúpula permite realizar una corrección en ambos planos.

Conclusiones:

La deformidad de Madelung, puede estar asociada a LWD, siendo una forma más deformante, con frecuencia será necesaria asociar osteotomías radial y cubital para mantener la congruencia articular, aliviar el dolor y recuperar la movilidad.

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

[Archivo adjunto 3](#)

HEMIMELIA DE PERONÉ. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO. ¿QUÉ HEMOS APRENDIDO?

Autores:

1. Rovira Martí, P
2. Méndez Gil, A -
3. Tapiolas Badiella, J -
4. Ginebreda Martí, I -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

Introducción: La hemimela de peroné es una enfermedad rara, aunque la más frecuente de los defectos congénitos de los huesos largos. Se han descrito múltiples clasificaciones y tratamientos.

Objetivos:

Objetivos: El objetivo de nuestro trabajo es realizar una revisión de nuestros resultados a largo plazo y compararlos con lo descrito en la literatura.

Material y Métodos:

Material y Método: Realizamos un estudio retrospectivo de 9 pacientes tratados en nuestro centro. Se han clasificado (Kalamchi, Paley, Birch, ...), calculado la disimetría prevista (multiplier), recogido las deformidades y alteraciones asociadas, registrado las cirugías, los tiempos de consolidación, el tipo de callo óseo en los alargamientos y las complicaciones. Se ha realizado una valoración radiológica y clínico al final del seguimiento.

Resultados:

Resultados Se trata de 6 hombres y 3 mujeres, 2 pacientes con afectación bilateral, 1 caso de agenesia parcial y el resto agenesia total de peroné. Presentaban además agenesia de radios, hipoplasia de peroné, desviaciones en la tibia entre otras, la disimetría prevista media era de 17 cm. Se realizaron 10 cirugías de promedio (tenotomías, osteotomías y 17 cm de alargamiento de promedio), el seguimiento medio fue de 20 años y la disimetría final media fue de 2'8cm. Los pacientes obtuvieron extremidades funcionales.

Conclusiones:

Conclusiones La agenesia de peroné es una entidad de difícil manejo que requiere múltiples intervenciones para su resolución. Realizando un tratamiento correcto y individualizado se puede obtener una extremidad funcional.

TRATAMIENTO DE OSTEOMIELITIS CRÓNICA DE RADIO POR SARM MEDIANTE TÉCNICA DE MASQUELET EN UN NIÑO DE 8 AÑOS

Autores:

1. Andrade Albarracin, R
2. Narbona Cárceles, J -
3. Solans Lopez, C -
4. Montes Gonzales, J -
5. Villa García, A -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

La técnica de membrana inducida o Masquelet, es un procedimiento de reconstrucción usada para el tratamiento defectos óseos producidos tras casos de resección por procesos infecciosos, traumatismos con pérdida ósea y en casos pseudo artrosis. El procedimiento se realiza en dos tiempos, el primer tiempo se introduce en la zona de defecto óseo un espaciador de PMMA, el cual produce una membrana alrededor del hueso, la cual tiene un amplio contenido de células madre y actúa como un instrumento osteoinductor. En un segundo tiempo, tras 6-8 semanas es retirado este espaciador y se sustituye por un injerto autólogo, permitiendo así la reparación ósea. Describimos un caso de un niño de 8 años procedente de otro centro al que se le realizó la resección de foco de osteomielitis crónica de radio producida tras osteosíntesis con enclavado elástico por una fractura de cubito y radio

Objetivos:

Describir los resultados obtenidos con la técnica de Masquelet en un niño con osteomielitis crónica de radio tras cirugía de enclavado elástico por una fractura de cubito y radio

Material y Métodos:

Presentamos el caso de un niño diagnosticado en otro centro de refractura en radio en dos ocasiones tras ser tratado mediante enclavado intramedular elástico. En la radiografía del niño a la llegada a nuestro centro (imagen1) observamos una imagen compatible con secuestro e involucro que nos llevó a pensar en una posible osteomielitis. Ampliados los estudios con analítica de sangre y RMN se confirma el diagnóstico de osteomielitis y se procedió a un primer tiempo de cirugía con resección del foco de osteomielitis (Imagen 2) y colocación de un espaciador de PMMA. El cultivo intraoperatorio fue positivo para staphylococcus aureus metilciclín resistente. Tras completar antibioterapia con vancomicina y observar una buena evolución de las partes blandas se procedió tras ocho semanas a la retirada de del espaciador, aporte de autoinjerto de cresta iliaca y fijación con placa y tornillos

Resultados:

En la actualidad el paciente ha evolucionado satisfactoriamente con recuperación de la funcionalidad. Se ha procedido a la extracción de material de osteosíntesis comprobándose en la radiografía control la presencia de hueso sano en la zona de lesión previa (Imagen 3)

Conclusiones:

La técnica de Masquelet representa una opción válida y con buenos resultados para el tratamiento de osteomielitis crónica en niños. Si bien el enclavado intramedular elástico representa una técnica segura con baja tasa de complicaciones, siempre tendremos que tener en mente que la infección es una complicación latente

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

ALARGAMIENTO ÓSEO SOBRE PLACA RANURADA EN NIÑOS

Autores:

1. González Herranz, P
2. Rodriguez Rodriguez, LL -
3. Castro Torre, M -
4. Penelas Abeleira, N -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

La elongación ósea es un tratamiento que se caracteriza por sus complicaciones, mala tolerancia a la fijación externa ... Se han desarrollado sistemas de elongación mixtos o internos e intramedulares pero que no deben ser aplicados en niños por la agresión que supone al cartílago de crecimiento. Los autores presentan los resultados de un sistema mixto de fijación externa monolateral y placa tipo AO con ranura para la elongación y transporte óseo en pacientes con fisis abiertas.

Objetivos:

Análisis de los resultados y complicaciones de un nuevo sistema de elongación ósea mixta en pacientes pediátricos

Material y Métodos:

Estudio prospectivo de elongación ósea empleando un sistema de fijación externa monolateral , osteotomía subperióstica y placa submuscular tipo AO ranurada . Tras un periodo de latencia y conseguir la elongación prevista a ritmo de 1 mm/ día, se realiza el bloqueo de la placa y retirada del fijador externo, iniciándose un periodo de recuperación funcional de la extremidad y carga progresiva a medida que va madurando el regenerado óseo. La retirada de todo el material de osteosíntesis se realiza no antes del año y tras comprobación radiológica de una adecuada corticalización de la zona elongada

Resultados:

Se han incluido 16 casos en 14 pacientes pediátricos con edad media de 8.1 años (r:4-13). Niños 8 y Niñas 6. La etiología de las discrepancias fueron :Fémur corto Congénito 2 casos, Hipoplasia de peroné 6, Enfermedad de Ollier 3 casos, postraumático 3 casos, deformidad PM de la tibia 1 caso y tumoral 1 caso. Se realizaron 11 alargamientos de tibia de 5.5 cm de media (r:3-7.5) , 4 en femur de 6 cm de media (r:4-8) y un alargamiento de 2 cm en cubito. El tiempo de fijación externa fue de 12 días / cm. Ningún caso requirió aporte de injerto, excepto los dos transportes óseos en la zona de llegada. Entre las complicaciones observadas en los alargamiento de fémur: 2 casos de desviaciones angulares en femur durante el periodo de distracción, 1 procurvatum residual que requirió osteotomía

y osteosíntesis, fx de fémur . En los alargamiento tibiales un fallo del sistema de bloqueo de placa por error técnico , 1 paresia transitoria del CPE , 1 equinismo que requirió tenotomía

Conclusiones:

1. La elongación ósea sobre placa acorta sustancialmente el tiempo de fijación externa . 2. No hemos observado problemas en la formación del regenerado óseo 3. El índice de complicaciones son similares a elongaciones convencionales y son escasas las derivadas del uso de la placa 4. Este método permite la recuperación funcional de una forma mas rápida

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

ADDING ON DISTAL ESCOLIOSIS TIPO 1A DE LENKE: ES ÚTIL LA FIJACIÓN A VÉRTEBRA D?

Autores:

1. CASTRO TORRE, MCT
2. Burgos Flores, J -
3. Garcia Garcia , V -
4. De la fuente Gonzalez , C -
5. Rodriguez Rodriguez, M -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

Se ha propuesto realizar fusión a la vértebra D(DV la más caudal cuyo centroide se separa más de 10 mm de la CSVL), para evitar el adding-on distal(AO).(imagen 1 y 2))

Objetivos:

Valorar en una serie de pacientes que han sufrido AO cuál ha sido la vértebra instrumentada distal(LIV) y relacionarla con la vértebra estable(VS) y la DV. Se analiza la influencia de la madurez ósea (Risser > o <2), respecto a la aparición de AO

Material y Métodos:

Se analizan los niveles de fusión en 29 pacientes EIA tipo Lenke 1A que presentaron AO, pertenecen a una base de datos multicéntrica de 273 EIA Lenke 1A. Se estudiaron en las radiografías postoperatorias LIV, la vértebra estable (SV) y la vértebra D. Se analiza el nivel de fusión que evitaría la aparición de AO en todos los casos, tanto en el grupo Risser>2 como <2.

Resultados:

13 pacientes inmaduros y 16 maduros presentaron AO(11% del total) (tabla 1) El 69% de los pacientes (20/29) fueron instrumentados uno o dos niveles proximales a la SV. En relación a la vértebra D, un 31% de las instrumentaciones terminaron a ese nivel, siendo un 25% de los casos cefálicas y un 44% caudales a ella. En el grupo inmaduros la fijación a nivel DV habría evitado el 7% de los casos, el nivel SV evitaría el 62%. La utilización de DV+3 añadiría niveles innecesarios en el 85% de los casos y SV+1 en el 62% de los casos. En el grupo maduros la fijación a nivel DV evitaría el 37% de los casos, el nivel SV evitaría 75% de los casos. La fijación nivel DV+4 fijaría niveles innecesarios en el 93% de los casos y la fijación a SV+1 fijaría niveles innecesarios en un 75% de los casos

Conclusiones:

1- La fijación a nivel de la vértebra D no consigue evitar el AO, en menor medida en inmaduros. 2- El nivel que evita la aparición de Adding-on con menor número de fusiones innecesarias es SV+1 para ambos grupos. 3- La fijación distal no es equivalente en ambos grupos, siendo necesaria una fijación más distal cuanto más inmaduro es el paciente.

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

[Archivo adjunto 3](#)

MACROSINDACTILIA DEL MIEMBRO INFERIOR. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS TRATADOS MEDIANTE "TSURGE PROCEDURE"

Autores:

1. Mínguez Rey, MF
2. Pino Almero, L -
3. Miniño Méndez, M -
4. Silvestre Muñoz, A -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

La macrodactilia es una malformación congénita no hereditaria que consiste en el aumento del tamaño de uno o más dedos del pie o de la mano, de baja prevalencia y cuya etiología todavía no está bien definida. Generalmente se afectan varios dedos contiguos que hasta en un 10% de los casos asocian sindactilia. Estas macrosindactilias en el pie provocan, en muchas ocasiones, una incapacidad para utilizar calzado normal, además de dolor y alteración de la marcha

Objetivos:

El objetivo principal del tratamiento de esta patología es alcanzar un pie indoloro, funcional, que no precise calzado especial y que sea estéticamente aceptable.

Material y Métodos:

Se presentan dos casos clínicos de macrosindactilia del segundo y tercer dedos. En ambos, la malformación se presentó de forma aislada y presentó un crecimiento progresivo. De forma consensuada con los padres se decidió seguir un tratamiento quirúrgico conservador. En ambos casos se realizó un tratamiento combinado mediante la reducción progresiva de las partes blandas (dos intervenciones en un caso y una en el otro) y reducción del tejido óseo siguiendo el procedimiento de Tsurge

Resultados:

En cuanto al resultado funcional, en ambos pacientes se obtuvo un pie indoloro, funcional y que no precisaba un calzado especial. Con lo que respecta al resultado estético, este mejoró con respecto al inicial, pero sin ser totalmente satisfactorio

Conclusiones:

El tratamiento combinado mediante reducción progresiva de las partes blandas y reducción del tejido óseo mediante el procedimiento de Tsurge puede ser útil para obtener un pie indoloro y que no precise de un calzado especial.

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

[Archivo adjunto 3](#)

FRACTURA OBSTÉTRICA EN ESQUINAS

Autores:

1. Muñoz Vázquez, AMV
2. RonRon Marqués, ARM -
3. Bueno Sánchez, ABS -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

Las fracturas, llamadas en esquinas por la imagen que sugiere el pequeño arrancamiento metafisario, son producidas por un movimiento muy violento de bamboleo en lactantes o niños muy pequeños. Dado su mecanismo de producción, aunque no son patognomónicas, son muy características del maltrato infantil y la mayoría de ellas se describen en el húmero distal

Objetivos:

Describir una lesión poco frecuente en la que además se añade la localización femoral y tibial y que se produce durante un parto por cesárea

Material y Métodos:

Recién nacida por cesárea programada por presentación podálica pero de extracción muy dificultosa. A las pocas horas de vida, presenta tumefacción, dolor a la palpación y parálisis flácida del miembro inferior izquierdo. La radiografía y ecografía diagnostican "fractura en esquinas del fémur distal y tibia proximal". Fue inmovilizada 10 días con férula anterior adaptada.

Resultados:

En las Rx de control la enorme reacción perióstica inicial se normaliza en tres meses con una metafisis fisis y epifisis anatómicas y simétricas. Clínicamente pasa del endurecimiento y tumefacción local a una normalización anatómica y de la movilidad pasiva y activa de la rodilla en el mismo tiempo

Conclusiones:

Las fracturas metafisarias en esquinas se asocian al maltrato infantil y se localizan sobretodo en el húmero distal. Son difíciles de diagnosticar, máxime fuera de este contexto y localización. Pero este caso demuestra que el mismo mecanismo de producción se puede reproducir en otros escenarios. Hay que pensar en ellas y saber reconocerlas

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

[Archivo adjunto 3](#)

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA OSTEOMIELITIS COMPLICADA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

1. Rodriguez Rodriguez, JUAN
2. Llorente Pelayo, SAND -
3. Alonso Viana, LAU -
4. Arbona Jimenez, CARM -
5. Garcia Alfaro, DOLO -
6. Rubio Lorenzo, MONI -
7. Caldeiro Diaz, MARI -
8. De la Rubia Fernandez, LUIS -
9. Gallego Palmero, CLAU -
10. Fernandez Alvarez, MONI -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

Las osteomielitis son relativamente frecuentes en la infancia. El principal germen implicado es *S. Aureus* y afectan generalmente a diáfisis de los huesos largos. El diagnóstico se apoya en estudios analíticos, microbiológicos y de imagen y el tratamiento de elección es la antibioterapia prolongada reservando el desbridamiento quirúrgico para casos seleccionados.

Objetivos:

Se presenta el caso de un paciente con pandiafisitis con absceso óseo que precisó desbridamiento quirúrgico y cirugía reparadora.

Material y Métodos:

Descripción de un caso clínico tratado en nuestro centro.

Resultados:

Varón de 14 años con dolor a nivel de tibia distal izquierda tras traumatismo hace 20 días. Afebril. Edema y dolor a la palpación ósea, sin eritema, ni calor. La radiografía muestra dos imágenes radiolucientes en diáfisis tibial con reacción perióstica. RMN confirma imágenes compatibles con osteomielitis y absceso intraóseo. Analítica normal. Hemocultivo negativo. Se inicia cloxacilina endovenosa 3 semanas continuando vía oral. Mejoría del dolor persistiendo tumefacción por lo que se

repite RMN a las 6 semanas con aumento de tamaño de la lesión. Se realiza limpieza quirúrgica con ventana cortical y se inicia clindamicina endovenosa. Se aísla *Staphylococcus aureus* meticilin sensible. Evolución tórpida con drenaje de material hemopurulento. Se programa reintervención 6 días después con lavado quirúrgico y aplicación de vancomicina al foco. Buena respuesta posterior precisando tras la resolución relleno del defecto osea.

Conclusiones:

La mayor parte de las osteomielitis evolucionan adecuadamente con tratamiento médico. No obstante, cuando la evolución no es favorable o existen colecciones o sequestrófitos sin respuesta a tratamiento antibiótico es necesario el drenaje quirúrgico.

GONALGIA EN EL ADOLESCENTE

Autores:

1. MÉNDEZ BARRAGÁN, MC
2. CONSTANTINO CABRERA, JA -
3. GUIJARRO VILLALBA, M -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

Varón de 14 años sin antecedentes personales ni familiares de interés que consulta por gonalgia izquierda tras realizar un giro brusco jugando al fútbol. El pediatra explora su rodilla y solicita radiografía de la misma, que es anodina. Pauta manejo conservador mediante reposo y antiinflamatorios. Tras dos meses sin mejoría, lo valora un Traumatólogo pediátrico privado que solicita RMN de rodilla, informada como rotura parcial del LCA. Se pauta órtesis y tratamiento rehabilitador. El rehabilitador nota un chasquido en la cadera ipsilateral, contacta con traumatólogo pediátrico, que al explorarlo observa actitud del miembro afecto en rotación externa, dolor a la palpación y movilización. En la radiografía de la cadera se observa una epifisiolisis grave, inestable, aguda sobre crónica.

Objetivos:

El objetivo es corregir la deformidad y estabilizar el desprendimiento de la placa de crecimiento para evitar sus complicaciones.

Material y Métodos:

Estimamos las opciones terapéuticas y explicamos el objetivo de la cirugía y posibilidades de complicaciones. Mediante un abordaje anterolateral se abre la cápsula, realizamos osteotomía de Dumn y fijación mediante tornillos y agujas.

Resultados:

Control radiológico y evolución satisfactoria. Somos conscientes del riesgo de necrosis avascular, por lo que seguimos al paciente.

Conclusiones:

Se ha presentado un caso de epifisiolisis de fémur proximal en un paciente con gonalgia de meses de evolución. Destacamos la importancia de realizar una valoración de la cadera en pacientes ente seis años y la madurez esquelética que consultan por dolor de rodilla.

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

[Archivo adjunto 3](#)

OCHO AÑOS DE ARTROSCOPIA DE RODILLA INFANTIL

Autores:

1. Carrera Luque, JD
2. De Gálvez Aranda, I -
3. Gormaz Talavera, I -
4. Díaz Gálvez, E -
5. Granero Molina, EJ -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

La artroscopia es una técnica de interés creciente en el tratamiento de la patología de la rodilla infantil, especialmente de la cada vez más prevalente lesión meniscal.

Objetivos:

Revisión de nuestra experiencia en el periodo 2010-2017.

Material y Métodos:

Revisión retrospectiva de nuestra serie de casos sometidos a artroscopia de rodilla de 2010 a 2017.

Resultados:

En este periodo se han realizado 43 artroscopias a 24 mujeres, 19 varones, 22 rodillas derechas y 21 izquierdas. El tiempo medio de evolución pretratamiento son 16.14 meses (3, 36 meses) y el tiempo medio de lista de espera 4.35 meses (1, 10 meses). Se han encontrado: 13 roturas meniscales no discoideas (12 meniscectomías parciales y 1 sutura meniscal), 15 meniscos discoideos (2 íntegros, 13 roturas (saucerización)), 6 hipertrofias sinoviales reactivas, 1 sinovitis vellonodular pigmentaria (estudio AP y sinovectomía), 2 roturas parciales de LCA sin inestabilidad, 3 plicas sinoviales (resección) y 7 osteocondritis disecantes (5 con cartílago íntegro y 2 afectado). Hubo concordancia entre hallazgos artroscópicos y pruebas de imagen en 25 casos y no en 18.

Conclusiones:

La creciente incidencia de la patología meniscal convierte a la artroscopia de rodilla en rutinaria en la edad pediátrica. El menisco discoide es una entidad peculiar e importante en esta edad. Para aumentar el número de meniscos suturables además del dominio técnico (dentro-fuera, fuera-dentro, dentro-dentro) es necesario disminuir el tiempo de evolución pretratamiento.

PSEUDOARTROSIS DE UNA FRACTURA DIAFISARIA DE FÉMUR EN ADOLESCENTE DE 14 AÑOS.A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

1. Serrano Chinchilla, P
2. Martínez Díaz, S -
3. Andriola , V -
4. Amestoy Ramos, J -
5. Arnau Barres, I -
6. Alier Fabrego, A -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

Las fracturas diafisarias de fémur comprenden alrededor de 1.5%de las fracturas pediátricas.Pese a los avances en técnicas de osteosíntesis y el uso de nuevos implantes en fracturas del niño y adolescente,la pseudoartrosis sigue siendo una de las complicaciones.Aunque poco frecuente,cuando aparece es fundamental detectar la posible causa para plantear el tratamiento adecuado.

Objetivos:

Presentar un caso clínico sobre cirugía de rescate con aporte de sustitutivo óseo en contexto de pseudoartrosis de fractura diafisaria de fémur.

Material y Métodos:

Paciente 14 años natural de Marruecos;45kg y155cm altura.Es traída a Urgencias tras caída esquiando.Las radiografías muestran fractura diafisaria transversa de fémur derecho,por lo que se realiza osteosíntesis con TENS.A las 6 semanas consulta en urgencias por protrusión y decúbito del material,que se reintroduce bajo sedación.En la 9ªsemana postoperatoria presenta un foco de fractura móvil,poco doloroso,y acortamiento clínico de 1.5cm,sin evidencia radiológica de callo de fractura. Ante esta situación se decide realizar reducción abierta y síntesis con placa,obteniendo correcta alineación clínica y radiológica. Al 7ºmes postoperatorio acude por episodio compatible con artritis séptica de la rodilla ipsilateral,realizándose desbridamiento artroscópico.Los cultivos resultan positivos para S.epidermidis sensible a quinolonas.Las imágenes radiológicas y TAC sugieren pseudartrosis atrófica de fémur de probable origen séptico,pese no hallarse ningún signo clínico local sugestivo de infección subyacente. El cuadro de artritis cura con 8 semanas de antibioterapia dirigida y el TAC de control muestra incipientes signos de consolidación en el tercio anterior,insuficientes para garantizar la estabilidad del foco.Se reinterviene,tratando la pseudartrosis como un defecto

cavitario. Se realiza desbridamiento y curetaje del foco y aporte de injerto de esponjosa más sustitutivo óseo osteoestimulante e inhibidor del crecimiento bacteriano. Los cultivos intraoperatorios fueron negativos (a tener en cuenta que había recibido antibioterapia previamente).

Resultados:

A las 3 semanas se autoriza carga parcial, y en las sucesivas semanas se observan signos radiológicos de consolidación e incorporación del injerto. A los 8 meses presenta consolidación completa, permitiendo vida activa y práctica deportiva diaria sin síntomas.

Conclusiones:

Ante un caso de pseudoartrosis hay que valorar las dos causas más frecuentes: falta de estabilidad del foco y fracaso biológico, asociado o no a una infección. Realizar desbridamiento del foco y aportar una síntesis sólida puede ser determinante para conseguir la consolidación.

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

[Archivo adjunto 3](#)

UNA MANO FUNCIONAL BAJO UN MUÑÓN POR BRIDAS AMNIOTICAS. CIRUGÍA SECUENCIAL DIGITAL.

Autores:

1. De Gálvez Aranda, IDGA
2. Diaz Gálvez, E -
3. Gormaz Talavera, I -
4. Carrera Luque, JD -
5. Granero , EJ -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

El síndrome de bridas amnióticas afecta tanto al miembro superior como al inferior, presentándose habitualmente en ambas extremidades. Es una disrupción extrínseca en el desarrollo de la extremidad. Pueden ocasionar lesiones leves como bandas de constricción o surcos, o muy graves como la de nuestro caso, produciendo una fusión completa, incluyendo el pulgar, por acrosindactilia con abigarramiento de estructuras, lo cual configura una mano con aspecto de muñón.

Objetivos:

Demostrar como la planificación preoperatoria individualizada y a largo plazo (varios años), el conocimiento de la técnica quirúrgica para la separación de los dedos, (diseño de los colgajos y plastias e injertos), la realización de cirugía secuenciada (6 intervenciones diferentes) , y la fisioterapia postoperatoria, obtienen buenos resultados

Material y Métodos:

Niña 6 meses de vida que presenta : Mano izquierda acrosindactilia terminal 3º, 4º y 5º dedos. Mano derecha sindactilia de todos los dedos de la mano incluyendo el pulgar. Aspecto de puño cerrado. Solo se observa parte de la primera comisura y orificios puntiformes donde deberían estar las comisuras 2ª, 3ª y 4ª. Primera cirugía individualización del pulgar como prioridad en mano derecha. Se utiliza injerto autólogo de piel completa inguinal para cubrir el defecto cutáneo del pulgar. 2ª intervención individualización del índice mano derecha y separación de los tres dedos de la mano izquierda. 3ª intervención individualización del tercer dedo mano derecha con complicación de necrosis tisular del injerto autólogo. 4ª intervención cura local en quirófano con desprendimiento superficial y supervivencia con tejido de granulación en zona receptora. 5ª cirugía individualización del 5º dedo.

Resultados:

Se obtiene dos manos funcionantes. Derecha con dedos cortos, con capacidad completa de pinza de oposición con fuerza para el agarre y mano izquierda con pinza normal y un mínimo acortamiento de los dedos 3° a 5°. Estéticamente es una mano muy aceptada. La paciente y la familia se encuentran satisfechos. Se asegura la independencia del individuo en lo que respecta al uso de sus manos.

Conclusiones:

La cirugía de la mano congénita precisa el conocimiento de técnicas específicas, una correcta planificación de los momentos quirúrgicos y una capacidad para individualizar el tratamiento. En el síndrome de las bridas amnióticas la dificultad puede ser mayor cuando la fusión de los dedos es completa por la poca elasticidad de la piel y la necesidad de apurar la profundidad de las comisuras para dar apariencia de mayor longitud a los dedos afectados

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

[Archivo adjunto 3](#)

RUPTURA DEL LCA Y RECONSTRUCCIÓN INTRAEPIFISARIA EN LOS MÁS JÓVENES

Autores:

1. Knörr Giménez, J
2. De Bergua Domingo, JM -
3. Moreno Romo, D -
4. Domenech Fernandez, P -
5. Ullot Font, R -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

La mayor actividad física en niños, ha llevado a un incremento de rupturas del LCA. En caso de inestabilidad, una reconstrucción temprana está indicada para evitar lesiones secundarias intraarticulares. Para minimizar el riesgo de daño fisario, hemos desarrollado una técnica con tunelización y fijación intraepifisaria.

Objetivos:

El objetivo es presentar dicha técnica y los resultados sobre 74 pacientes con un mínimo de 2 años de crecimiento remanente.

Material y Métodos:

Estudio prospectivo consecutivo de 74 pacientes con ruptura del LCA, operados por el mismo cirujano, mediante una técnica artroscópica de reconstrucción intraepifisaria femoral y tibial con DIDT y fijación con tornillos de interferencia. El estudio clínico y complementario, preoperatorio y al final del seguimiento, comprende tests de estabilidad, la escala de actividad de Tegner, funcional de Lysholm, RNM, laximetría (Lerat) y telemetría de MMII.

Resultados:

La edad media fue de 11.4a (7-13) con FU de 4.1 (2-7). Hubo un 26% de lesiones meniscales (68% de ME). Todas menos una fueron reparadas. Los resultados fueron buenos-excelentes en el 89% de los casos. El score de Lysholm pasó de 58.6 a 94.5 y el de actividad de Tegner alcanzó al de antes del traumatismo (5.3 vs 5.4). La telemetría mostró un sobrecrecimiento medio de la extremidad operada de 9.5mm (-2 +28), sin desviaciones axiales. Del 12% de complicaciones, la mayoría se relacionaron con la fijación. Hubo un fracaso de plastia y una artritis séptica.

Conclusiones:

Esta técnica es eficaz, da buenos resultados funcionales y minimiza riesgos fisarios. El sobrecrecimiento es frecuente, sobre todo en los más jóvenes.

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

[Archivo adjunto 3](#)

RECURVATUM COMO COMPLICACIÓN INFRADIAGNOSTICADA DEL TRATAMIENTO DE LA DISMETRIA CON PLACAS FISARIAS. ESTUDIO CLÍNICO Y RADIOLÓGICO

Autores:

1. García Fontecha, C
2. Canalías Bages, A -
3. Pulido García, MC -
4. Solé Florensa, P -
5. Jurado Ruiz, M -
10. Fontecha , CESA -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

La deformidad en recurvatum ha sido poco reconocida en la literatura científica como complicación del tratamiento de las dismetrías con placas fisarias.

Objetivos:

Estudio del recurvatum como complicación infradiagnosticada del crecimiento guiado en dismetrías.

Material y Métodos:

Estudio de todos los pacientes operados en nuestro centro tratados por dismetría con placas fisarias. Medición clínica del recurvatum comparando ambas rodillas. Medición del recurvatum fisario femoral y tibial en la radiografía lateral. Medición del área fisaria detrás y delante de las placas mediante resonancia magnética volumétrica.

Resultados:

Veintiún pacientes (media de 13 años) incluidos (placas de 2 y 4 agujeros). Se objetivó una reducción significativa de la dismetría (media 15 mm, velocidad media 0,6 mm/mes). Siete pacientes (22%) desarrollaron deformidad clínica en recurvatum (media 20°) en los primeros 6 meses de evolución, independientemente del tipo de placas. Recurvatum radiológico fisario patológico femoral de 9°, tibial de 12°. Por resonancia, el área fisaria posterior fue siempre mayor que la anterior con ratio en fémur 1.6 y en tibia 2.01. En tibia, la cabeza del peroné y la inserción tendinosa de gracilis y semitendinoso, y la forma axial de la tibia, más ancha por detrás, provocan la asimetría de área. La resonancia volumétrica permite identificar la posición para las placas que distribuye homogéneamente el área fisaria delante y detrás.

Conclusiones:

La deformidad en recurvatum es una complicación frecuente del tratamiento de la disimetría con placas fisarias. Las placas deben colocarse muy posterior, pero esto es difícil en la tibia debido a la anatomía local.

EPIDEMIOLOGÍA Y PREVENCIÓN DE MANO CATASTRÓFICA EN NIÑOS POR EL USO DE PETARDOS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

1. Lluna Llorens, AD
2. Lluna Llunes, AD -
3. López Martínez, JJ -
4. Salcedo Cánovas, C -
5. García Paños, JP -
6. García García, EM -
7. Medrano Morte, I -
8. Sánchez Sabater, B -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

El uso de fuegos artificiales y dispositivos de pirotecnia forma parte de las celebraciones. Sin embargo el uso indebido puede determinar lesiones graves de la mano, mutilaciones y secuelas permanentes. Los niños constituyen el 65% de lesionados por pirotecnia, siendo más frecuente en varones (75%) con una edad media de 10,6 años. El mayor número de lesiones son quemaduras y se producen en la cabeza, miembros superiores y miembros inferiores. La lesión más grave que puede producirse es la “mano en petardo”.

Objetivos:

Presentar el caso clínico de un varón de 12 años valorado en urgencias por mano catastrófica izquierda por el estallido de petardo y revisar la literatura en cuanto a la prevención y uso adecuado.

Material y Métodos:

Exploración física: Luxación trapecio-metacarpiana. Degloving severo 3º dedo y amputación F2-F3 4º dedo. Además presenta herida en región tenar, herida entre 2º y 3º dedo y en 4º radio a nivel dorsal y palmar, junto a exposición del paquete vascular entre 3º y 4º dedo. Tratamiento: Bajo anestesia general, cierre de eminencia tenar y fijación mediante aguja de kirschner del 1º dedo-MTC-trapecio para estabilización temporal. En consenso y colaboración con Cirugía Plástica, se decide amputación de F3 y mitad F2 3º dedo, así como remodelación F1 4º dedo junto a cobertura cutánea.

Resultados:

Evolución satisfactoria a los 6 meses con recuperación funcional y capacidad para cerrar el puño y realizar la pinza con fuerza 5/5 y sensibilidad conservada. Prevención primaria: Los petardos han de comprarse en establecimientos autorizados. La venta está prohibida a menores de 12 años y los niños siempre han de estar supervisados por sus padres para su uso. No se ha de manipular el contenido del material pirotécnico y en caso de estar deteriorado desecharlo. Por último decir, que no se han de guardar en los bolsillos ni introducir en objetos pudiendo generar metralla con su explosión. Prevención secundaria: En caso de quemadura lavar con abundante agua fría la superficie afectada y presionar sobre el sangrado en caso de ser abundante. No aplicar cremas, pomadas ni otros elementos. En caso de ser grave, se ha de acudir al centro sanitario más cercano o solicitar ayuda a los servicios de emergencias.

Conclusiones:

La mejor prevención es no usar pirotecnia y sobre todo no permitir el uso de la pirotecnia en los niños. En caso de su utilización es importante una buena educación y transmitir el riesgo del uso indebido de estos productos.

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

[Archivo adjunto 3](#)

MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS FRACTURAS DE FÉMUR EN NIÑOS. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO VS CONSERVADOR: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

1. Lluna Llorens, AD
2. López Martínez, JJ -
3. Salcedo Cánovas, C -
4. García Paños, JP -
5. García García, EM -
6. Medrano Morte, I -
7. Sánchez Sabater, B -
10. Dakota , AD -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

Las fracturas diafisarias femorales suponen el 1,6-2% de todas las fracturas en los niños. Son más frecuentes en niños que en niñas con una proporción 2,6:1. El tratamiento en la mayoría de las ocasiones depende de la edad del paciente en el momento de la fractura (optando por un tratamiento conservador en pacientes de 0 meses hasta 5 años y tratamiento quirúrgico a partir de los 5 años) y de las lesiones asociadas.

Objetivos:

Presentar el caso clínico de un varón de 6 años con fractura transversa de tercio medio de fémur izquierdo tras caída del sofá mientras saltaba y valorar el mejor tratamiento en dicho tipo de fracturas.

Material y Métodos:

Exploración física: Varón de 27 kg con dolor, tumefacción y deformidad en muslo izquierdo con impotencia funcional Tratamiento: se realiza tratamiento de urgencias con enclavado endomedular flexible (2TENS) + fijador externo pre-fix con 1 ficha proximal y 1 ficha distal fijadas a barra de carbono.

Resultados:

Se realizó retirada del fijador externo a las 6 semanas y el paciente presentaba callo de fractura. A los 3 meses la evolución clínica y la recuperación funcional era favorable.

Conclusiones:

El yeso pelvipédico se considera el tratamiento de elección en menores de 5 años, sin embargo se considera contraindicación relativa un acortamiento > 2,5 cm y contraindicación absoluta en politraumatizados y alteraciones cutáneas. Hay que tener en consideración el largo periodo de inmovilización (2-3 meses) por lo que en ocasiones se propone el tratamiento con clavos endomedulares flexibles, siendo éstos de elección entre 5-11 años, en < 50 kg y en fracturas estables de 1/3 medio de fémur. Los fijadores externos no son muy frecuentes en éste tipo de fracturas, y se utilizan sobre todo en politraumatizados y junto a clavos endomedulares flexibles en fracturas inestables. En niños > 12 años podemos optar por un tratamiento quirúrgico con clavos endomedular rígido o mediante placa submuscular. No existe un tratamiento óptimo, sino que éste depende de diversos factores. Para la decisión terapéutica se valora fundamentalmente la edad y el patrón de fractura y las preferencias del cirujano en función de su experiencia clínica.

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

[Archivo adjunto 3](#)

AFLOJAMIENTO DE LOS TORNILLOS DE BIOCOMPOSITE. COMPLICACIÓN GRAVE EN LA RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO FEMOROPATELAR EN ADOLESCENTES.

Autores:

1. Pulido García, MC
2. García Fontecha, C -
3. Canalías Bages, A -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

La reconstrucción del ligamento femoropatelar medial (RLFPM) es una tratamiento habitual en la luxación recidivante de rótula.

Objetivos:

Describir el aflojamiento de los tornillos de biocomposite de fijación de la plastia ligamentosa en la RLFPM.

Material y Métodos:

Revisión clínica y radiológica de los pacientes operados de luxación recidivante de rótula operados en nuestro centro mediante RLFPM. Selección de los pacientes con implantes de biocomposite y estudio del grado de integración de los mismos.

Resultados:

Entre 2014 y 2017, 25 rodillas en 22 pacientes han sido operadas mediante RLFPM en nuestro centro. En 10 casos se ha utilizado una técnica de fijación estática de plastia de gracilis en rótula y fémur utilizando tornillos de biocomposite. Dos pacientes (20%) han desarrollado una osteolisis progresiva alrededor de los tornillos, con predominio en la fijación patelar. Un paciente ha sufrido una fractura patológica de rótula a través de uno de los tornillos y ha requerido cirugía de reducción y osteosíntesis con sistema hauban. Los dos pacientes han requerido retirada de los tornillos, legrado de la zona y relleno con injerto óseo esponjoso. Un paciente ha requerido una nueva reparación del ligamento femoropatelar, en este caso utilizando tendón cuadrícipital y anclaje a fémur con un anchor. En los dos casos los cultivos y la PCR panbacteriana fueron negativos y la anatomía patológica mostró reacción gigantocelular a cuerpo extraño.

Conclusiones:

La utilización de tornillos de biocomposite para la fijación de la plastia en la RLFPM puede provocar intolerancia, aflojamiento y necesidad de nuevas cirugías.

REDUCCIÓN DE LA DOSIS DE RADIACIÓN EN LA RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DEL NIÑO

Autores:

1. García Fontecha, C
2. Piqueras , J -
3. Viveros Castano, M -
4. Carreño , J -
5. Rios Vives, MA -
6. Catalá Muñoz, A -
10. Fontecha , CESA -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

La escoliosis en edad pediátrica requiere controles radiográficos repetidos por lo que se recomiendan medidas para reducir la exposición a la radiación.

Objetivos:

Analizar si la radiografía de columna completa con dosis reducida tiene un impacto en las mediciones de ángulo de Cobb y grado de Risser.

Material y Métodos:

Diseño prospectivo experimental. Ochenta pacientes (6- 17 años), remitidos consecutivamente para estudio radiográfico por escoliosis, fueron asignados aleatoriamente en 2 grupos. Grupo A recibió dosis según parámetros preestablecidos por el fabricante y Grupo B con un preajuste optimizado de dosis (aumento kVp, sensibilidad 800, densidad imagen -2). Todos fueron radiografiados con el mismo detector digital. Cinco observadores realizaron 3 lecturas repetidas independientes ciegas del ángulo de Cobb y del grado de Risser. Se analizó el grado de acuerdo intra e interobservador utilizando el coeficiente universal Berry-Mielke R.

Resultados:

La escoliosis promedio fue 27°, SD 16°. El Producto de Dosis por Área (dGy*cm²) registrado fue Grupo A 3.5 (SD 2.2) y Grupo B 1.7 (SD 1.1), significativamente más bajos en el grupo optimizado. El ángulo de Cobb y el grado de Risser fueron medibles en todos los pacientes, con una mejor concordancia general para el ángulo (R 0.83) que para Risser (R 0.77). El acuerdo intraobservador (R 0,86) e interobservador (R 0,83) fueron buenos o excelentes en ambas técnicas.

Conclusiones:

Las mediciones del ángulo de Cobb y del grado de Risser se pueden medir de manera replicable, utilizando un preajuste optimizado simple que reduce la exposición a los rayos X en un 50%.

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA FRACTURA DE TILLAUX: SERIE DE CASOS

Autores:

1. Bautista Enrique, D
2. Gormaz Talavera, I -
3. Granero Molina, EJ -
4. Carrera Luque, JD -
5. Díaz Gálvez, E -
6. De Galvez Aranda, I -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

La fractura de Tillaux es la segunda fractura más frecuente a nivel de la fisis de crecimiento del paciente pediátrico. Se trata de una epifisiolisis tipo III a nivel del borde antero-externo de la tibia distal, que ocurre en la segunda década cuando el niño está próximo a la madurez esquelética. Se produce por un mecanismo de supinación, rotación interna y avulsión de la epifisis anterolateral de la tibia. En fracturas desplazadas, está indicado la reducción cerrada mediante rotación interna del pie, traslación anterior del tobillo y dorsiflexión, inmovilizándose con bota de yeso. Es recomendable realizar TAC para valorar el desplazamiento postreduccional de los fragmentos, pues un escalón articular mayor de 2 mm es indicativo de cirugía.

Objetivos:

Relatar la experiencia de nuestro centro en el tratamiento de la fractura de Tillaux.

Material y Métodos:

Casos de 5 pacientes entre 12-13 años que sufren traumatismo indirecto en tobillo por mecanismo de supinación y rotación interna forzada. En el Servicio de Urgencias se diagnostican de epifisiolisis tipo III de tibia distal. 3 de estos casos mostraron signos radiológicos de desplazamiento, por lo que se solicitó TAC para valorarlo. En dos de estos casos se apreciaba desplazamiento de fragmentos mayor de 2 mm, por lo que se decidió tratamiento quirúrgico mediante reducción abierta y osteosíntesis con un tornillo canulado de rosca parcial.

Resultados:

Las pacientes tratadas de manera conservadora con bota de yeso suropédica fueron revisadas semanalmente en consulta durante las 3 primeras semanas, retirándose la inmovilización a las 6

semanas, comenzando con ejercicios de movilización libre de tobillo. Una de las pacientes comenzó con carga parcial asistida desde ese momento, si bien las otras 2, comenzaron a hacerlo a las 8 semanas de la fractura. A las 10 semanas, las 3 pacientes realizaban carga completa de manera normal, siendo dadas de alta de Consultas Externas a las 16 semanas de la fractura. Las 2 pacientes intervenidas portaron inmovilización con férula suropédica durante 3 semanas, autorizándose la carga parcial asistida a las 8 semanas, consiguiendo la carga completa sin complicaciones a las 12-14 semanas. En ningún caso se apreció rigidez de tobillo secundaria a inmovilización.

Conclusiones:

En nuestra experiencia, tanto la cirugía como el tratamiento conservador en las fracturas de Tillaux en edad pediátrica, correctamente indicados en cada caso, consigue resultados satisfactorios a nivel funcional, si bien se suele autorizar la carga antes en los pacientes tratados de manera conservadora.

FRACTURAS DE LA TRANSICIÓN METAFISODIAFISARIA; ¿CUAL ES EL MEJOR TRATAMIENTO?

Autores:

1. Penelas Abelleira, N
2. Diaz Castiñeira, C -
3. González Herranz, P -
4. Rodríguez Rodríguez, MLL -
5. Castro Torre, M -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

Las fracturas que se localizan en la transición metafisodiafisaria del radio distal merecen una consideración especial. El tratamiento conservador cada vez se emplea menos por el mayor índice de complicaciones. Sin embargo la cirugía puede suponer un reto para el traumatólogo por la dificultad de síntesis de estas fracturas; ya sea con agujas de Kirschner o clavos elásticos

Objetivos:

Analizar de forma retrospectiva el tratamiento de todas las fracturas metafisodiafisarias de radio distal que precisaron ingreso hospitalario en nuestro hospital entre el año 2006 y el 2015

Material y Métodos:

Estudio retrospectivo que abarca 49 pacientes desde el año 2006 hasta el año 2015 con una media de seguimiento en consultas de 24 meses.

Resultados:

Predilección por el sexo masculino con una edad media del episodio traumático a los 9 años. Mejores resultados con el tratamiento quirúrgico inicial versus el conservador aunque no existe un protocolo quirúrgico claro.

Conclusiones:

Las fracturas de la transición metafisodiafisaria de radio distal presentan pocas complicaciones durante su tratamiento, apareciendo más frecuentemente estas en relación con el tratamiento conservador. No existe un consenso en cuanto a la actuación quirúrgica siendo la osteosíntesis con

agujas de Kirschner la preferida en nuestro centro. Trabajos recientes defienden el uso de clavos elásticos mediante técnica modificada.

CRECIMIENTO GUIADO PARA EL TRATAMIENTO DEL CÚBITO VARO: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Autores:

1. Rodríguez Rodríguez, M LL
2. Castro Torre, M A -
3. Penelas Abelleira, N -
4. González Herranz, P -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

El crecimiento guiado con placas en 8 es una técnica ampliamente utilizada en la actualidad para el tratamiento de las deformidades angulares infantiles. Entre sus indicaciones se encuentra el tratamiento de las deformidades en el codo, como el cúbito varo, complicación tardía más frecuente tras las fracturas supracondíleas. Sin embargo, se han presentado pocos trabajos sobre los resultados de esta técnica en el tratamiento de esta deformidad.

Objetivos:

Nuestro objetivo es la valoración del tratamiento del cúbito varo mediante hemiepifisiodesis con placas en 8.

Material y Métodos:

En nuestro servicio 11 pacientes fueron tratados mediante hemiepifisiodesis con placa en 8 por cúbito varo secuelas de fracturas de codo entre 2008 y 2018. Incluimos en nuestro estudio 9 pacientes con más de 1 año de seguimiento. Se evaluaron el rango de movilidad pre y post operatorio y los parámetros radiológicos antes y después de la cirugía

Resultados:

La edad media en el momento de la fractura fue de 5.7 años . La edad media en el momento del tratamiento fue de 7.5 años. La media de seguimiento fue de 4 años. La mejoría media del ángulo de transporte fue de 5°, sin cambios en la función del codo. Los pacientes con inicio de tratamiento antes de los 8 años (media 6.1) presentaron una mayor corrección (media 4.1°) con un tiempo de tratamiento menor (media 2.6 años), frente a los mayores de 8 años (media 10), que experimentaron una mejoría media de 3° tras una media de 4.25 años de tratamiento

Conclusiones:

El tratamiento del cúbito varo mediante hemiepifisiodesis con placas en 8 es un procedimiento sencillo y con pocas complicaciones que proporciona mejoría de la deformidad del codo , sin embargo precisa de largo tiempo de tratamiento, especialmente en niños mayores, por el escaso crecimiento del húmero distal. La corrección puede no ser completa al final del crecimiento

DESCRIPCIÓN Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LA ASOCIACIÓN DEL SIGNO DE SEUDO-GALEZZI POR CONTRACTURA ASIMÉTRICA DE FLEXORES EN CADERA ESPÁSTICA Y LA OBLICUIDAD PÉLVICA

Autores:

1. Martínez Caballero, I
2. Muñoz Niharra, B -
3. Lerma Lara, S -
4. Pérez Somarriba, A -
5. Ramírez Barragán, A -
6. Iza San Juan, K -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

La frecuente asimetría en la afectación en la parálisis cerebral infantil requiere una adaptación en las estrategias de tratamiento. La transcendencia de la oblicuidad pélvica con ascenso del lado con mayor sintomatología se explica por los problemas de cobertura cefálica ipsilaterales y la generación de pseudo-discrepancia de longitud durante la deambulación.

Objetivos:

En primer lugar, dar a conocer la existencia del signo de pseudo-galezzi, y su asociación con la oblicuidad pélvica. En segundo lugar, poder exponer las diferentes estrategias de tratamiento.

Material y Métodos:

Estudio retrospectivo realizado en 30 pacientes (14 V/ 16H) con edades entre los 3 y los 17 años (media de 9). Por nivel de deambulación funcional, el grupo GMFCS IV con 11 casos, fue seguido por el GMFCS II con 6, nivel I con 5, nivel III con 4 y el V con 3. Se excluyen pacientes con escoliosis como causa de oblicuidad. Se registra pre- y post-tratamiento con toxina en iliaco o tenotomía de psoas en el lado ascendido, el seudogalezzi y la asimetría en la abducción. Se recoge la oblicuidad pélvica, midiendo la inclinación entre crestas. Seguimiento 9 meses (1 mes- 12 meses)

Resultados:

Se produce la corrección de signo de seudo-galeazzi en 27 de los 30 pacientes. Existe una mejora clínica de la movilidad en abducción sin tenotomía de aductor. Todo ello presentando diferencias significativas en la oblicuidad pélvica $5,8^\circ$ (rango $15^\circ - 0^\circ$) $p < 0,05$.

Conclusiones:

1º El signo de seudo-galeazzi es negativizado de manera eficaz mediante el debilitamiento del iliopsoas en lado ascendido. 2º El tratamiento propuesto corrige la inclinación de la pelvis.

LESIÓN LÍTICA DOLOROSA EN FALANGE PROXIMAL DEL PULGAR

Autores:

1. Mínguez Rey, MF
2. Pino Almero, L -
3. Miniño Méndez, M -
4. Silvestre Muñoz, A -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

El osteoma osteoide es una entidad clínica poco frecuente a nivel de los dedos de las manos y puede confundirse con osteomielitis, encondroma, osteocondroma y otras patologías óseas. Las características cardinales del osteoma osteoide incluyen hinchazón localizada y dolor nocturno pero no siempre están presentes de forma tan característica. El tratamiento definitivo, en las falanges de la mano, requiere la extirpación quirúrgica de la lesión mediante curetaje o extirpación en bloque.

Objetivos:

El siguiente trabajo tiene como objetivo presentar el diagnóstico y el tratamiento de un caso de osteoma osteoide en la falange proximal del primer dedo de la mano en una paciente de 16 años

Material y Métodos:

Se presenta el caso clínico de una paciente de 16 años con dolor, sin claras características inflamatorias, y ligera tumefacción a nivel de la base del pulgar de la mano derecha. A la exploración, únicamente se observa dolor a la palpación de la zona cubital del pulgar derecho. Las radiografías muestran una lesión lítica en la cortical cubital de la falange próxima del pulgar. La RM informa de edema intramedular y la TC pone de manifiesto una lesión lítica cortical con trayecto oblicuo. En la gammagrafía se observa una captación patológica del radiotrazador que orienta hacia osteomielitis o osteoma osteoide. Ante la persistencia de la clínica algica se decide realizar tratamiento quirúrgico mediante resección en bloque.

Resultados:

El estudio anatomopatológico confirma el diagnóstico de osteoma osteoide y la paciente presenta una mejoría inmediata de la sintomatología.

Conclusiones:

Debe tenerse en cuenta la posibilidad diagnóstica de un osteoma osteoide ante un dolor crónico, localizado, en adultos menores de 40 años. El diagnóstico a menudo es difícil y requiere la realización de diferentes pruebas diagnósticas. El tratamiento mediante resección y excisión quirúrgica permite un resultado satisfactorio de la lesión.

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

[Archivo adjunto 3](#)

EXPERIENCIA EN FRACTURA DE ESPINAS TIBIALES EN EDAD PEDIÁTRICA: SERIE DE CASOS

Autores:

1. Granero Molina, EJ
2. Carrera Luque, JD -
3. Bautista Enrique, D -
4. Gormaz Talavera, I -
5. De Gálvez Aranda, I -
6. Díaz Gálvez, E -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

Las fracturas de las espinas tibiales son una entidad rara, que se produce en mecanismos de hiperextensión y rotación interna de rodilla. Se presentan con dolor, derrame articular e inestabilidad anteroposterior de rodilla. Ocurren mayoritariamente en edad pediátrica, sobre todo entre los 8-14 años. El diagnóstico se basa en radiología simple y TAC, que es útil para la evaluación del desplazamiento y la indicación quirúrgica. La RMN estará indicada para descartar lesiones asociadas. El tratamiento consiste en reducción cerrada e inmovilización con yeso o reducción abierta y/o artroscópica unidas a síntesis con tornillos o suturas. Elegiremos uno y otro según el desplazamiento.

Objetivos:

Relatar la experiencia en nuestro centro en este tipo de lesiones.

Material y Métodos:

Revisión de cuatro casos de pacientes que acuden a Urgencias por dolor en rodilla secundario a mecanismo de hiperextensión, tres de ellos fueron diagnosticados de fractura de espina tibial anterior, de los cuales dos en el momento agudo y uno a los dos años de la lesión; y uno de ellos fue diagnosticado de fractura de la inserción tibial del LCP. Se solicitó TAC, obteniendo dos casos de fracturas tipo II, un caso tipo III, y el cuarto caso se trataba de una fractura de la inserción tibial del LCP con <2mm de desplazamiento. En dos casos (tipo II) se aplicó reducción cerrada inicial precisándose en uno de ellos reducción abierta y osteosíntesis. En el tipo III se realizó una reducción abierta y osteosíntesis. Se solicitó RMN en dos casos, obteniendo en uno de ellos lesión de menisco interno asociada.

Resultados:

En los pacientes tratados de manera conservadora de la lesión persiste un leve déficit de flexión a los 5 meses. En los pacientes tratados de manera quirúrgica, uno de ellos presenta una extensión completa y un déficit de flexión de 20° a los 5 meses y el otro a los 6 meses presentaba únicamente un déficit de 5° de extensión que al año está completamente corregido.

Conclusiones:

Las fracturas de espinas tibiales son relativamente raras, ocurriendo en un población entre los 8 y los 14 años. El diagnóstico se realiza con Rx y TAC para valorar el desplazamiento. Nuestra experiencia no difiere de la evidencia observada, obteniendo resultados buenos y comparables entre pacientes con fracturas no desplazadas tratadas de manera conservadora y aquellos con fracturas desplazadas tratadas mediante reducción abierta y fijación interna. En todos los casos observamos una leve limitación de la movilidad a los 6 meses de la lesión, sin embargo, todos llevan una vida normal sin limitaciones.

LUXACIONES DE CODO EN LA EDAD PEDIÁTRICA ¿TIENEN LAS FRACTURAS ASOCIADAS IMPLICACIÓN PRONÓSTICA?

Autores:

1. Gómez Alessandri, J
2. Antequera Cano, J -
3. Catalá De las Marinas, J -
4. Salom Taverner, M -
5. Puchol Castillo, E -
10. ALESSANDRI , JEAN -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

La luxación de codo representa el 3% de las lesiones de codo en población infantil. Hasta un 78% pueden presentarse como fracturas-luxación. Su tratamiento consiste en la reducción e inmovilización precoces.

Objetivos:

El objetivo de este trabajo, es la revisión de las luxaciones de codo en pacientes pediátricos atendidos en nuestro hospital, y comprobar si la fractura-luxación se relaciona con diferencias en los resultados funcionales obtenidos.

Material y Métodos:

Presentamos una revisión retrospectiva de casos de luxación de codo en pacientes menores de 14 años, atendidos en nuestro centro entre 2011 y 2017. Han sido recabados datos demográficos y anatómicos, fracturas asociadas, pruebas de imagen solicitadas, manejo terapéutico, resultado funcional y complicaciones.

Resultados:

Hemos recogido 30 casos. La mediana de edad fue de 9 años con predominancia masculina 1;1,5. Las luxaciones puras constituyeron el 56,7% y las fracturas-luxación el 43,3%. El 30% del total presentó fractura de epitroclea, siendo ésta la más frecuente. Se solicitó tomografía axial computarizada (TAC) en el 30% de los casos. El 88,9% de los estudios por TAC mostraron fractura. El tiempo medio de inmovilización en luxaciones puras fue de 2,5 semanas frente a 4,42 en las fracturas-luxación. Tras un seguimiento medio de 8,25 meses, 3 pacientes presentaron un déficit de extensión de codo mayor de 20°. De estos, todos habían sido inmovilizados 4 semanas o más y 2 presentaban fractura asociada.

Conclusiones:

En nuestra serie, el debut como fractura-luxación no presenta una relación estadísticamente significativa con la disminución del rango articular.

INFLUENCIA DEL MÉTODO TERAPÉUTICO SOBRE EL RESULTADO FUNCIONAL DE LAS FRACTURAS DE RADIO DISTAL EN POBLACIÓN INFANTIL

Autores:

1. Gómez Alessandri, J
2. Catalá De las Marinas, J -
3. Antequera Cano, J -
4. Salom Taverner, M -
5. Mascarell Gregori, A -
10. ALESSANDRI , JEAN -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

Las fracturas de antebrazo y radio distal son las más frecuentes en la población pediátrica. Se requiere habitualmente de reducción cerrada e inmovilización con yeso para su tratamiento. La osteosíntesis inicial con aguja de Kischner (AK) puede plantearse para aquellas fracturas con un riesgo elevado de pérdida de reducción, aunque no existe un patrón oro consensuado para su tratamiento.

Objetivos:

El objetivo de este trabajo, es la revisión del manejo de las fracturas metafisarias de radio distal en pacientes pediátricos atendidos en nuestro hospital y analizar los resultados obtenidos.

Material y Métodos:

Hemos realizado una revisión retrospectiva de casos de fracturas metafisarias de radio distal en pacientes menores de 14 años, hospitalizados entre 2011 y 2016 en nuestro centro, comparando el tratamiento mediante reducción e inmovilización (grupo-A) frente a la reducción, osteosíntesis percutánea e inmovilización (grupo-B). Hemos recogido datos epidemiológicos, fracturas asociadas, desplazamiento inicial de la fractura, calidad de la reducción, desplazamiento secundario, intervenciones secundarias, resultado funcional y complicaciones.

Resultados:

Hemos recogido 80 casos. Registramos 68 pacientes en el grupo-A y 13 en el grupo-B. La edad media de cada grupo fue de 8,1 y 8,6 años respectivamente. El 28% de las fracturas se desplazaron secundariamente en el grupo-A frente al 0% en el grupo-B. Del total de desplazamientos secundarios, el 57,9% presentaba fractura de cúbito asociada. El 4,9% del total fueron intervenidas por desplazamiento secundario. Obtuvimos un buen resultado funcional en todos los casos.

Conclusiones:

No hemos encontrado diferencias funcionales entre ambos grupos pese a un mayor número de desplazamientos secundarios en el grupo-A.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA POLIDACTILIA PRE-AXIAL DE LA MANO: RESULTADOS CLÍNICO-FUNCIONALES

Autores:

1. Vara Patudo, I
2. Martínez Álvarez, S -
3. González Zapata, D -
4. Muñoz Niharra, B -
5. Ramírez Barragán, A -
6. Abril Martín, JC -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

La polidactilia es la malformación congénita más frecuente que afecta al pulgar. La presentación clínica es muy variable y los resultados no siempre satisfactorios incluso en manos experimentadas.

Objetivos:

Análisis de los resultados funcionales, estéticos, deformidades residuales y complicaciones asociados al tratamiento quirúrgico de la polidactilia pre-axial.

Material y Métodos:

Estudio retrospectivo observacional de pacientes con polidactilia preaxial intervenidos quirúrgicamente entre 2007 y 2017 con un seguimiento mínimo de 12 meses. Se registraron datos demográficos, edad, clasificación (Wassel-Flatt), técnica quirúrgica, resultados funcionales (sistema Tada), resultados estéticos y presencia de complicaciones.

Resultados:

50 pacientes fueron revisados, 35 cumplieron criterios de inclusión. 60% varones, siendo la mano derecha la más afectada con 21 casos. El tipo IV fue el más frecuente (66%), seguido del tipo II (17%). La edad media en el momento de la cirugía fue de 16 meses (5-45), 66% intervenidos entre 12-16 meses. En todos los casos se preservó el dedo cubital. No existieron complicaciones inmediatas. El seguimiento medio fue de 42 meses (6-120 meses). Los resultados funcionales (sistema Tada) fueron buenos (65%) y regulares (35%). Todos presentaron resultados estéticos satisfactorios. La deformidad residual más frecuente fue la clinodactilia con 9 casos (60% clinodactilia leve < 10°). La complicación más frecuente fue la rigidez interfalángica con 8 casos (25% falange proximal en delta).

Conclusiones:

El tratamiento quirúrgico de la polidactilia pre-axial de la mano no está exenta de complicaciones (rigidez interfalángica) y deformidades residuales (clinodactilia). Es importante una correcta resección-reconstrucción osteo-tendinosa para evitar deformidades y mejorar la función.

EFFECTOS A LARGO TERMINO DE LA TRASLACION CORONAL EN EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS SUPRACONDILEAS

Autores:

1. Sanpera Trigueros, IST
2. Salom Taverner, M -
3. Muñoz Lopez, C -
4. Ferras Tarrago, J -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

La traslación coronal tras la reducción cerrada de las fracturas supracondíleas del codo es una complicación común. Teóricamente es una deformidad bien tolerada, pero no existe literatura que soporte la evidencia.

Objetivos:

Evaluar los efectos de la traslación sobre el resultado funcional de las fracturas supracondíleas e identificar si un umbral máximo aceptable existe

Material y Métodos:

Sobre 280 supracondíleas tipo III tratadas con reducción cerrada y enclavado, se identificaron 43 casos (15,3%) que presentaban una traslación coronal. La edad media era 5,9 años, y una incidencia por sexos similar, 9 de los pacientes presentaban lesión neurovascular asociada. El desplazamiento inicial de la fractura era posterolateral en 26 pacientes y posteromedial en 15. Desde el punto de vista radiológico se valoró: La dirección de la traslación y dirección y la existencia de traslación en el control final Se reevaluaron 33/43 pacientes y se valoró función, ángulo de carga y síntomas. Se utilizaron los criterios de Flynn y la clasificación de Jupiter para valoración funcional.

Resultados:

El desplazamiento medio fue de un 16% (7-34%), siendo más frecuente la traslación lateral (35/43), siendo medial solo en 8 ocasiones. Según la clasificación de Jupiter 91% presentaron resultados excelentes y según Flynn 77,1% acabaron con resultados excelentes y el resto buenos. El grado de traslación se correspondía con el ángulo de carga final, Ningún paciente con traslación <15% acabo con un resultado pobre ($p=0.005$) Las fracturas con lesión nerviosa asociada presentaron una traslación mayor ($p>0.001$).

Conclusiones:

La traslación coronal es una deformidad bien tolerada Desplazamientos <15% se asocian a resultados excelentes

APLICACIÓN DE EXO-ESQUELETOS PEDIÁTRICOS EN PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL: PRESENTACIÓN DE ESTUDIOS PILOTO DE LA TERAPIA CON LA PLATAFORMA DE NEURO-REHABILITACIÓN CP-WALKER.

Autores:

1. Martínez Caballero, IMC
2. Lerma Lara, S -
3. Rocón De Lima, E -
4. Bayón Calderón, C -
5. Perez Somarriba, A -
6. Martín Lorenzo, T -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

Además de la espasticidad, el problema del control motor y la debilidad muscular en pacientes con parálisis cerebral infantil permanecen como retos terapéuticos. Hasta la consecución de resultados funcionales los largos periodos de recuperación tras la cirugía multinivel necesitan ser acortados.

Objetivos:

1º Dar a conocer las características de la plataforma para entrenamiento de la deambulación CP Walker. 2º Presentar los resultados cinemáticos, de fuerza por grupos musculares y logros funcionales de los pacientes tratados tras la terapia con el exoesqueleto mencionado.

Material y Métodos:

Dos trabajos prospectivos fueron llevados a cabo en dos series de pacientes GMFCS II y III. El primero de ellos analizó la máxima extensión de cadera o la rotación de tronco, en una serie de 3 pacientes tras tres sesiones de entrenamiento semanales durante 3 semanas. El segundo, de 4 pacientes, recibió una programación para grupos musculares antigravitatorios y propulsores, con dos sesiones cada semana tres seguidas. Se midieron diferencias en cuanto a fuerza y ganancia en la escala GMFM. Los resultados post-tratamiento se recogieron a la semana.

Resultados:

1º Obtención de mejoras significativas en extensión de cadera en apoyo. 2º Obtención de mejoras en pico de máxima fuerza en músculos propulsores y antigravitatorios. 3º Mejoras en la escala GMFM.

Conclusiones:

1º Los estudios piloto presentados muestran resultados favorables en los ítems escogidos. 2º Los resultados ayudan a la validación clínica de la plataforma robótica en parálisis cerebral infantil.

RESULTADOS A MADUREZ ESQUELÉTICA DE UN NUEVO TRATAMIENTO DE PIE CAVO VARO.

Autores:

1. Sanpera Trigueros, I
2. Frontera Juan, G -
3. Muñoz Lopez, C -
4. Corominas Frances, L -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

Los resultados de la cirugía del pie cavo son de acuerdo con literatura mediocres y tienden a deteriorarse con el tiempo.

Objetivos:

Evaluar los resultados a madurez esquelética de una nueva técnica de tratamiento aplicada durante el crecimiento en niños con pie cavovaro

Material y Métodos:

7 niños (4H/3M) fueron intervenidos con esta nueva técnica. Seis presentaban afectación bilateral, en total habían 13 pies. La edad media en el momento de la cirugía fue de 11 años (10-13), siendo menor en las niñas. Etiología 3 pacientes (5 pies) eran de etiología desconocida, el resto neurológicos. Se evaluó la corrección clínica del varo, la presencia de callosidades y el resultado funcional utilizando una escala validada (OXFAQ-c). Se evaluaron las cirugías adicionales

Resultados:

El varo del retropié mejoró desde un promedio de 6° de varo preoperatorio a un promedio de 6° de valgo La corrección del ángulo de Meary promedio fue de 4° Funcionalmente todos los pacientes presentaron una mejora en la escala de valoración funcional, especialmente en el tema de calzado Ningún paciente presentó deterioro de su condición. Los pacientes con mejores resultados fueron aquellos operados más tempranamente 1 paciente presentó una infección y migración de placa. Ningún paciente ha requerido cirugías adicionales hasta la fecha

Conclusiones:

La edad ósea en el momento de la cirugía determina la corrección obtenida. Los resultados y complicaciones hasta el momento son aceptables, pero un estudio más largo y con más casos será necesario.

TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR DEL SINDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO EN EL NIÑO

Autores:

1. MARTI CIRUELOS, R
2. MENENDEZ CRESPO, M -
3. VIDART ANCHIA, M -
4. CALVO CALVO, S -
5. ESPIN JAIME, JC -
6. RUBIO PASCUAL, P -
7. VIÑA FERNANDEZ, R -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

El Síndrome de Dolor Regional Complejo (SDRC) es un cuadro de dolor crónico grave que se caracteriza por la aparición en una región del cuerpo, de un dolor de intensidad y duración desproporcionada a la lesión inicial. Aunque su incidencia en la población pediátrica es desconocida, se estima entre 1.16 y 5.5/100.000 niños/año. Generalmente el dolor afecta a una extremidad, presenta una distribución regional, no dermatómica, y no se limita a la zona inicialmente lesionada. Se asocia de forma variable con alteraciones inflamatorias (edema), y autonómicas (cambios de temperatura, trofismo de la piel, sudoración), en la región dolorosa.

Objetivos:

Desarrollo y puesta en marcha de un modelo multidisciplinar en el Hospital, para el tratamiento ambulatorio del SDRC en niños, siguiendo un modelo biopsicosocial.

Material y Métodos:

En 2014, nuestra unidad diseñó un abordaje multidisciplinar para los niños que eran diagnosticados de SDRC. Los Servicios y Unidades implicados son: • Unidad de Dolor Pediátrica • Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil • Unidad de Rehabilitación Infantil • Servicio médico o quirúrgico de procedencia. Se plantea un tratamiento multidisciplinar a tres niveles: Farmacológico Psicológico Rehabilitador

Resultados:

Siguiendo este modelo, hemos tratado 4 pacientes diagnosticados en nuestra unidad de SDRC tipo I, cuyos cuadros clínicos se resumen a continuación.(Ver imagen adjunta 1)

Conclusiones:

• El SDRC en niños es una patología grave que conlleva altos niveles de discapacidad funcional. • El dolor y la discapacidad producen una importante repercusión negativa en la vida emocional, familiar social y económica de los niños y sus familias. • Un diagnóstico precoz y la evaluación del cuadro siguiendo un modelo biopsicosocial ayudan a un mejor pronóstico. • El tratamiento debe ser integral y coordinado a tres niveles: farmacológico, psicológico y rehabilitador • Un equipo multidisciplinar y coordinado, formado por la Unidad de Dolor Pediátrica, Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil y Rehabilitación Infantil, ha permitido la recuperación funcional completa de las niñas diagnosticadas de SDRC en nuestro hospital. • Creemos necesaria la puesta en marcha de equipos similares, que junto con una adecuada formación e información a todos los profesionales sanitarios sobre el SDRC y otros cuadros de dolor crónico infravalorados en la población pediátrica, ayudarán a mejorar la atención a estos niños en nuestro país

[Archivo adjunto 1](#)

OSTEOTOMIA VALGUIZANTE EN COXA VARA. INNOVACIÓN TÉCNICA

Autores:

1. Blasco Mollá, MA
2. Salom Taverner, M -
3. Aracil Silvestre, J -
4. Copete Gonzalez, I -
5. Ferrás Tarragó, J -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

La indicación de la osteotomía valguzante en las deformidades en varo de la cadera infantil está bien establecida, desde que Pauwels describiera sus principios.

Objetivos:

Se valoran los resultados de un nuevo diseño de osteotomía valguzante en coxas varas de diferente etiología.

Material y Métodos:

Estudio retrospectivo de resultados de osteotomía valguzante subtrocanterea, con posibilidades de corrección en todos los planos y estabilidad intrínseca. En todos los casos se realizó osteosíntesis con clavo placa. La osteotomía se diseña desde un vértice proximal, en V invertida, sin resección de cuña. Se ha aplicado en 7 casos de coxa vara, 4 de ellas asociada a fractura. La etiología fue 2 displasias fibrosas polioestóticas, 1 Síndrome de Bruck, 3 coxas varas congénitas, y 1 secuela de artritis séptica. Seguimiento medio de 2 años, (5-1). Se valora pre y postoperatoriamente la marcha, disimetría y ángulo cervicodiafisario, así como la consolidación de la osteotomía y de la fractura. Se comparó la retroversión femoral en casos de coxa vara congénita mediante TAC.

Resultados:

Marcha: desaparición de Trendelenburg en 5 casos. Corrección de la disimetría en 1cm de media, (2-0.5), del ángulo cervicodiafisario en 27° de media, (35-13) y de la retroversión femoral en los 3 casos de coxa vara congénita. Recidiva del varo en una displasia fibrosa. Consolidación alcanzada en todos los casos.

Conclusiones:

La osteotomía valguizante en V invertida permite correcciones en todos los planos, sin resección de cuña, es una osteotomía estable, reproducible y que se adapta a distintas etiologías de coxa valga

PROPUESTA DE PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA CADERA EN PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL TIPO ESPÁSTICA

Autores:

1. ÁLVARO ALONSO, A
2. SÁNCHEZ SABATER, B -
3. VILLA GARCIA, AJ -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

La incidencia de displasia de cadera en pacientes con Parálisis Cerebral Infantil (PCI) tipo espástica es elevada. Se debe a un desequilibrio muscular con aumento del tono de flexores y aductores, y en ella influyen diversos factores.

Objetivos:

Desarrollar un protocolo de actuación sobre la cadera en niños con PCI espástica para vigilar y tratar las caderas en riesgo, minimizando así los actos quirúrgicos más complejos.

Material y Métodos:

Análisis bibliográfico retrospectivo desde 1998 en PubMed (366 artículos), Cochrane Plus (13) y CRD (8). Análisis cuantitativo y de repercusión de los factores de riesgos sobre los 15 artículos más relevantes.

Resultados:

Los factores más destacados por los autores son el índice el Reimers (IR) (citado en el 80%), GMFCS (66.6%), edad (60%) y la exploración física (53%). Tras revisar los criterios de los distintos autores, hemos trasladado esos datos a un árbol de decisiones para intentar facilitar el manejo de estos pacientes. Con un $IR < 25\%$ recomiendan revisiones periódicas, y por encima de esta cifra ya se considera cadera en riesgo y podría estar indicada una cirugía. La elongación de partes blandas, cirugía reconstructiva (osteotomía femoral varizante, osteotomía pélvica y/o reducción abierta) o cirugía paliativa (artroplastia de resección, artroplastia de sustitución, osteotomía femoral valguizante o artrodesis) son las opciones quirúrgicas utilizadas.

Conclusiones:

Nuestra propuesta pretende facilitar la toma de decisiones a la hora de afrontar la vigilancia y el tratamiento de la cadera en PCI tipo espástica, sobre todo a aquellos profesionales con menos experiencia en este campo.

EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS DE SARCOMAS ÓSEOS EN HÚMERO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Autores:

1. ESCÁMEZ FERNÁNDEZ, F
2. NÚÑEZ DE ARMAS, J -
3. BARRIENTOS RUIZ, I -
4. ORTIZ CRUZ, E -
5. PELETEIRO PENSADO, M -
6. CABELLO BLANCO, J -
7. GONZÁLEZ MORÁN, G -
8. DE LAS HERAS SOTOS, J -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

La cirugía conservadora de miembro se ha convertido en la práctica habitual para el tratamiento de sarcomas óseos. No existen estudios que determinen el uso relativo de los diferentes métodos de reconstrucción tras la resección tumoral en el miembro superior. La escasa bibliografía detalla resultados en métodos concretos y con bajo tamaño muestral.

Objetivos:

El objetivo es describir epidemiología y manejo terapéutico de sarcomas óseos en húmero.

Material y Métodos:

A partir de la historia clínica, se revisaron los 21 pacientes menores de 18 años tratados por sarcoma óseo entre 1995 y 2016. Todos tuvieron un tratamiento individualizado y las decisiones sobre su manejo fueron consensuadas en comité multidisciplinar. Se recogieron datos acerca de edad, género, tipo, localización, resección, reconstrucción y complicaciones. Las complicaciones asociadas fueron descritas según la International Society of Limb Salvage Classification y la funcionalidad a través de la escala MSTs. El tiempo de seguimiento medio fueron 38 meses (rango 5-218 meses). Los datos se evaluaron con SPSS.

Resultados:

21 pacientes (14 varones y 7 mujeres) fueron incluidos con una edad media de 11 años (R: 8-17 años). 11 padecían osteosarcoma y 10 sarcoma de Ewing. La localización más frecuente fue en

húmero proximal (55%), seguido de diáfisis (40%). Se realizó resección amplia en todos ellos, de tipo intercalar (40%), intraarticular (35%) y extraarticular (15%). En ellos, se realizó reconstrucción con endoprótesis (8), aloinjerto (8), autoinjerto vascularizado (5) y compuesto de aloinjerto y prótesis (APC) (1). APC y Autoinjertos vascularizados no precisaron reintervención. 7 de los aloinjertos requirieron reintervención por complicación tipo 3B, de los cuales 1 fue retirado y convertido a peroné vascularizado. 1 de los pacientes portadores de endoprótesis requirieron cirugía para recambio por luxación. 4 pacientes presentaban metástasis pulmonares al diagnóstico y 3 pacientes sufrieron metástasis a distancia durante seguimiento. 2 tuvieron una recidiva local.

Conclusiones:

Los resultados de la población estudiada coinciden con la bibliografía. Estas opciones terapéuticas están disponibles para la reconstrucción de resecciones tumorales. La falta de carga hace que la tasa de consolidación de los aloinjertos sea baja teniendo un alto índice de reintervención. Los autoinjertos vascularizados tuvieron muy buenos resultados en la población estudiada. El pequeño tamaño muestral y la falta de aleatorización por la heterogeneidad de estos casos suponen limitaciones en nuestro estudio.

INFECCIONES OSTEO-ARTICULARES POR KINGELLA KINGAE. UTILIDAD DE SU DETECCIÓN EN EL FROTIS FARÍNGEO.

Autores:

1. SALOM TAVERNER, M
2. GRAU ARAGONÉS, P -
3. BLASCO MOLLA, MA -
4. CATALA DE LAS MARINAS, J -
5. OLTRA BENAVENT, M -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

Según la literatura, Kingella Kingae (KK) es el patógeno más frecuente de infecciones osteo-articulares (IOA) en niños menores de 4 años. Estas infecciones tienen una respuesta inflamatoria pobre, por lo que la clínica y las alteraciones analíticas son poco floridas dificultando el diagnóstico. Además la KK es difícil de cultivar en medios sólidos habituales.

Objetivos:

El objetivo de nuestro trabajo es comparar las IOA producidas por KK de las causadas por el resto de patógenos habituales y describir las formas de diagnóstico.

Material y Métodos:

Se realiza una revisión retrospectiva de 26 casos de IOA tratadas en nuestra unidad desde 1/2017 a 3/2018. Analizamos datos demográficos, clínicos, analíticos y microbiológicos.

Resultados:

Los casos por KK presentaron menor edad ($1,6\pm 0,7$ años contra $4,1\pm 4,1$ años, $p=0,039$), mayor linfocitosis ($6653\pm 1702/\text{ml}$ contra $3748\pm 2369/\text{ml}$, $p=0,01$) y monocitosis ($1638\pm 612/\text{ml}$ contra $1035\pm 428/\text{ml}$, $p=0,034$) que los causados por otros microorganismos. La rentabilidad de hemocultivos y cultivos de líquido sinovial fue significativamente menor en los casos por KK respecto a otros (0% contra 75% $p=0,001$ y 37,5% contra 100% $p=0,035$). El uso de la detección por PCR en el frotis faríngeo presentó un valor predictivo positivo del 90% y un valor predictivo negativo del 100%, con una precisión diagnóstica del 93,75%.

Conclusiones:

Las IOA por KK son un reto diagnóstico por su baja respuesta inflamatoria. La sistematización de la detección de PCR en frotis faríngeo ha permitido la mejora de la eficacia diagnóstica en nuestra unidad.

FALSOS POSITIVOS DE LA SONICACION

Autores:

1. BUENO SANCHEZ, A M
2. RON MARQUES, A -
3. MUÑOZ VAZQUEZ, A -
4. TORRES PEREZ, D -
10. BUENO SANCHEZ , ANA -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

La infección del material de osteosíntesis es la complicación más seria y catastrófica sobre todo después de un procedimiento de remplazo articular. Existe evidencia de que la sonicación de los componentes con cultivo del fluido de sonicación puede mejorar la sensibilidad diagnóstica porque desprende el biofilm bacteriano adherido al implante. El tratamiento y erradicación de esta infección es compleja. Por eso muchos grupos de investigación buscan opciones terapéuticas más efectivas para erradicarla. Sin embargo estos métodos diagnósticos no han explicado la importancia clínica de cultivos de sonicación positivos en el contexto de revisiones asépticas. Realizamos este estudio con motivo de la detección un falso positivo por contaminación.

Objetivos:

Realizamos una revisión de las extracciones de material de osteosíntesis (EMO) sin criterios clínicos de infección con el objeto de determinar los cultivos positivos tras la sonicación del implante

Material y Métodos:

Se revisan un total de 53 cultivos por sonicación de las últimas 200 EMOs en la que se excluyeron implantes articulares y de columna, los que presentaron algún signo infeccioso o tuvieron el material expuesto

Resultados:

Del total sonificado fueron positivos 4 (7.6%): en dos casos creció el *S. epidermidis* y en dos el *propionibacterium acné*.

Conclusiones:

Rothenberg en 2017 publicó un 16% de positivos en las sonicaciones de implantes articulares tras revisiones asépticas. En los implante menos complejos nosotros obtuvimos un 7.6% Los estudios

futuros necesitarán refinar la positividad de estos cultivos para determinar la infección clínica y las indicaciones para el tratamiento.

TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DE ANTEBRAZO MEDIANTE AGUJAS INTRAMEDULARES: ¿ENTERRAMOS LAS AGUJAS O LAS DEJAMOS EXPUESTAS?

Autores:

1. SALOM TAVERNER, M
2. JORDÁ GÓMEZ, P -
3. ANTEQUERA CANO, JM -
4. FERRÁS TARRAGÓ, J -
5. BLASCO MOLLA, MA -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

El tratamiento de las fracturas diafisarias de antebrazo mediante agujas intramedulares flexibles es un método aceptado y ampliamente utilizado. Algunos autores defienden dejar las agujas expuestas por fuera de la piel y su retirada precoz, mientras que otros defienden enterrarlas subcutáneamente y mantenerlas durante más tiempo.

Objetivos:

El objetivo de nuestro trabajo es comprobar si alguna de estas dos actitudes es superior a la otra.

Material y Métodos:

Se realiza un estudio retrospectivo comparativo de 77 casos tratados en nuestra unidad en el periodo 2010-2016, haciendo 2 grupos: Grupo A (agujas expuestas) y Grupo B (agujas enterradas). Se revisan datos demográficos, tiempo de consolidación, inmovilización y retirada de los implantes, así como complicaciones e índice de re-fracturas. Se realiza además una revisión de la literatura comparando los mismos datos.

Resultados:

El grupo A consta de 50 pacientes (67%) y el grupo B de 25 (33%). Los 2 grupos fueron comparables en cuanto a edad, sexo y tipo de fractura. No se encontraron diferencias significativas en el tiempo de consolidación ($p=0.19$), ni en el periodo de inmovilización ($p=0.22$). El tiempo de retirada de los implantes fue de 6,8 semanas en el grupo A y de 17,6 en el grupo B. En el grupo A se produjeron 4 re-fracturas en comparación con el grupo B en el que sólo se produjo 1, aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa ($p=0.49$).

Conclusiones:

Nuestros resultados y la revisión de la literatura efectuada no nos permite concluir que una de los variantes técnicas sea superior a la otra.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE UNA MASA PÉLVICA DE CARACTERÍSTICAS MALIGNAS EN LA INFANCIA

Autores:

1. SALOM TAVERNER, M
2. CATALÁ DE LAS MARINAS, J -
3. JORDÁ GÓMEZ, P -
4. ANTEQUERA CANO, JM -
5. BLASCO MOLLA, MA -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

Los sarcomas en la pelvis son un reto diagnóstico y terapéutico. El diagnóstico suele ser tardío cuando ocupa grandes volúmenes, lo cual empeora su pronóstico. Del 5 al 15% de los tumores óseos primarios se localizan en la pelvis, siendo el más frecuente en niños el sarcoma de Ewing.

Objetivos:

El objetivo es realizar el diagnóstico diferencial de las tumoraciones malignas pélvicas en relación a un caso clínico poco frecuente.

Material y Métodos:

Niño de 2 años con coxalgia de 6 semanas de evolución y aumento de líquido articular en la cadera detectado por ecografía, siendo diagnosticado de sinovitis transitoria de cadera. El paciente asocia fiebre desde 10 días antes. Ante la persistencia de la sintomatología se solicitan radiografías observándose una posible lesión lítica. En la RM se observa una tumoración sugestiva de malignidad en región ilíaca izquierda. Se realizan estudios de imagen y analíticos complementarios, y se obtiene una biopsia de la lesión.

Resultados:

Los estudios de imagen muestran una lesión única en hueso ilíaco sugestiva de tumor óseo primario, señalando el sarcoma de Ewing como primera opción. La analítica sanguínea es normal. Se realiza biopsia de la lesión siendo ésta negativa para sarcoma de Ewing y osteosarcoma. Tras aspirado de médula ósea, se diagnostica de Leucemia Mieloide Aguda (LMA).

Conclusiones:

El sarcoma granulocítico o mieloide debe ser considerado dentro del diagnóstico diferencial de una tumoración pélvica de características malignas. Es esencial para el diagnóstico la biopsia de la lesión. El diagnóstico de la LMA a través del sarcoma granulocítico a nivel de la pelvis es muy raro.

USO DE LAS REDES SOCIALES EN TRAUMATOLOGÍA INFANTIL

Autores:

1. Downey Carmona, FJ
2. Martínez Salas, JM -
3. Del Pozo Balado, MM -
4. Lirola Criado, JF -
5. Farrington Rueda, D -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

El uso de las redes sociales ha aumentado exponencialmente en los últimos años. Las redes sociales tienen el potencial de servir como un medio para la educación, la comunicación y el marketing en todas las especialidades médicas.

Objetivos:

Nuestro objetivo es cuantificar la utilización profesional de las redes sociales por parte de cirujanos ortopédicos pediátricos.

Material y Métodos:

Se ha utilizado el listado de miembros de la Sociedad Española de Ortopedia Pediátrica (SEOP), se ha analizado la presencia de cada miembro activo en las redes sociales a través de una búsqueda en Internet. Se ha realizado una búsqueda individual en Internet y en los sitios web de redes sociales para valorar su presencia en las mismas.

Resultados:

De los 167 socios de la SEOP, el 47,9% tiene una página web profesional, un 92,8% aparecen en plataformas de búsqueda de médicos, 7,2% tiene una página profesional de Facebook, 9,6% una página profesional de Twitter, 38,3% un perfil de LinkedIn.

Conclusiones:

La explosión del uso de las redes sociales por parte de la población general hacen que sea innegable que está afectando a la manera en que los pacientes y sus familiares obtienen información sobre su enfermedad. Las plataformas de Internet y redes sociales brindan a todos los médicos los medios

para educar a los pacientes, colaborar con colegas y promover su práctica y áreas de interés. Los resultados de nuestro trabajo indican que los miembros de la SEOP podrían mejorar el uso de las redes sociales.

EL RIESGO DE LAS CADERAS EN EL PACIENTE CON OBESIDAD MORBIDA.

Autores:

1. TORRES PEREZ, DTP
2. Martín Nieto, EMN -
3. Ron Marqués, ARM -
4. Bueno Sánchez, AMBS -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

El sobrepeso y la adolescencia son una mala combinación para las caderas. El hipogonadismo o el síndrome adiposo-genital, sufren con mayor frecuencia la epifisiolisis idiopática de la cadera. Por otro lado la sobrecarga mecánica por ejercicio excesivo o por un aumento de la carga lineal, son causa de fractura de stress de distinta localización.

Objetivos:

Se describir la desfavorecida situación de las caderas de un paciente de 12 años y medio, varón, retraso psíquico de origen desconocido y obesidad mórbida familiar en tratamiento (peso 115kg) y las lesiones que desarrolló en las caderas.

Material y Métodos:

Se diagnostica en la urgencia, donde acude por dolor inguinal y en ambos muslos de un mes de evolución, de fracturas de stress bilateral. En radiografías existe una línea lítica inmediata distal al trocánter menor y una reacción esclerosa amplia e irregular entorno y distal a la misma en ambos fémures. Se prescribe analgesia, reposo y descarga.

Resultados:

En el control al mes se visualiza una epifisiolisis idiopática de la cadera derecha estadio I. Fue intervenido quirúrgicamente con fijación in situ de la cadera derecha y profilácticamente, la izquierda. Evolucionó sin complicaciones.

Conclusiones:

La caderas son una zona anatómica especialmente vulnerable en la adolescencia, más con el sobrepeso. Con este caso reflexionamos sobre la influencia de muchos factores hormonales y otros,

no sólo el sobrepeso pues obligado a la descarga, nuestro paciente desarrolló un deslizamiento de la epífisis femoral

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

TIPOLOGIA Y PREVALENCIA DE LESIONES OSEAS NO ACCIDENTALES EN EL NIÑO MALTRADO Y SU FORMA DE PRESENTACIÓ INICIAL

Autores:

1. Compte Verdaguer, ACV
2. De Sena De Cabo, L -
3. Simó Nebot, M -
4. Gutiérrez De La Iglesia, D -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

El maltrato infantil es por su misma naturaleza una realidad oculta. Puede manifestarse de múltiples formas. Una proporción importante corresponde al maltrato físico, y en una gran parte de los casos presentarán algún tipo de fractura, lo que convierte al ortopeda-traumatólogo en un actor fundamental en su detección.

Objetivos:

El objetivo del estudio fue evaluar la prevalencia, tipología y localización de las fracturas detectadas en estudios esqueléticos realizados ante la sospecha de maltrato infantil el ámbito hospitalario. Confirmar si los indicadores de sospecha y seriada ósea son efectivas en la capacidad de realizar el diagnóstico de maltrato.

Material y Métodos:

Estudio observacional retrospectivo de serie casos clínicos. Se identificaron y revisaron los casos, y todos los estudios diagnósticos realizados ante la sospecha de maltrato infantil, atendidos en urgencias de un hospital terciario pediátrico de la región de Barcelona y su área metropolitana. Se analizaron, los informes, pruebas diagnósticas y la localización de las fracturas.

Resultados:

Se recopilaron setenta y dos casos de sospecha de lesión no accidental, confirmándose el maltrato en un 73% de los casos, 46 niños presentaban algún tipo de fractura y algunos tenían fracturas múltiples. Los sitios más comunes para las fracturas fueron los huesos largos (fémur y húmero), las costillas y cráneo. 10 niños tenían otros signos de abuso físico.

Conclusiones:

Los resultados coinciden con los trabajos publicados. La serie esquelética, inicial y la repetida pasados 14 días, se mostró como una herramienta efectiva para la detección y confirmación de los casos de maltrato infantil

REALINEACIÓN TANS CUTANEA DE LA RÓTULA

Autores:

1. BUENO SANCHEZ, AB
2. RON MARQUES, A -
3. TORRES PEREZ, D -
4. MUÑOZ VAZQUEZ, A -
10. BUENO SANCHEZ , ANA -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

El dolor femoro-patelar y la inestabilidad de la rótula es una patología muy frecuente entre las adolescentes de nuestro entorno. Agotados los tratamientos conservadores plantear una solución quirúrgica a veces es difícil cuando la causa no es traumática o no existe una alteración anatómica que la justifique excepto la laxitud ligamentosa.

Objetivos:

Revisamos la eficacia de la realineación patelar transcutanea como técnica quirúrgica poco agresiva en estos pacientes.

Material y Métodos:

De todas las cirugías realizadas sobre la patología femoropatelar sólo se incluyen en el estudio los casos de dolor femoro-patelar asociado a una rótula displásica o una inclinación externa muy acentuada o condromalacia en la carilla articular patelar diagnosticada en RM o las inestabilidades (luxación o subluxación) de origen no traumático (englobadas en un contexto de laxitud articular).

Resultados:

Recogimos 15 casos que cumplieran estos requisitos y a los que se les realizó la técnica de realineación transcutanea en los últimos dos años y medio. Fueron 14 mujeres y un hombre. Todos los pacientes tienen estudio con CT, RM o ambos. La evolución postquirúrgica es entre 28 meses y 1 mes. Los resultados, pendientes de la evolución de los dos últimos pacientes es la mejoría del dolor y la ausencia de recidiva excepto en un caso.

Conclusiones:

A la par de la cirugía artroscópica (liberación del alerón externo y plicatura del interno), la técnica transcutanea puede ser una indicación seleccionando adecuadamente a los pacientes y sólo en los casos y condiciones referidos

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA DISPLASIA DEL DESARROLLO DE LA CADERA EN EL RECIÉN NACIDO Y EL LACTANTE

Autores:

1. González Fernández, Z
2. Montes Medina, L -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

El potencial degenerativo de la displasia del desarrollo de la cadera (DDC) hace que sea primordial su detección y tratamiento precoz para estabilizar la articulación y disminuir intervenciones agresivas/reconstructivas. La exploración clínica y las pruebas complementarias son cruciales. Por esta razón, en el Hospital Universitario de Donostia en 2014 se realizó e implementó un protocolo de diagnóstico precoz y tratamiento en el que colaboran los servicios de pediatría, radiología y ortopedia infantil

Objetivos:

Presentar una revisión objetiva de los resultados obtenidos tras la revisión de los casos atendidos según nuestro protocolo

Material y Métodos:

Se revisan todos los pacientes atendidos en la Consulta de Ortopedia Infantil del Hospital Universitario de Donostia de 2014 a 2018 según nuestro protocolo y datos de alta en ese tiempo. Se describe la implementación y sus resultados. Se tratan todas las caderas con signos de inestabilidad o con hallazgos radiológicos de la misma hasta la normalidad radiológica mediante arnés de Pavlik y/o ortesis en abducción

Resultados:

Se revisan 152 pacientes. Los hallazgos más frecuentes fueron: déficit de abducción (32.9%), Barlow+ (26.3%), Galeazzi+ (13.2%) y Ortolani+ (6.6%). Los pediatras informaron de algún tipo de asimetría en el 33.6%. Los FR más frecuentes fueron: niña (78.9%), primogénito (63.7%) y AF paternos (36%), después 2º hijo (32.2%) y nalgas (23.2%). En relación con DDC fueron Ortolani+ (80% displasia), déficit de abducción (59.5%) y Barlow+ (46.15%). La edad media de inicio son 3.51 meses (p25 0m, p50 3m y p74 4m). 37.9% de los diagnosticados presentaron ecografía patológica que se normalizó en el 34.5% de los mismos. 37.9% mantuvieron DDC, con 57.4% de IA > 25º en la 1ª rx, 86% niñas, 22,7% nalgas. La 1ª radiografía se pidió entre 4-5 meses en los casos de

DDC y entre 6-9 en aquellos con FR o hallazgos mínimos en seguimiento. La evolución de los IA izquierdos ha sido de 59.9% <25° y 40,1 >25° y derechos 53.9% <25 y 46.1%>25 en la 1ª rx mientras que al alta IA izquierdo 23.4 <20 y 56,6 >20-25 y derecho 43.5%<20 y 56.5% 20-25. La edad media al alta fue 20.93m(3-61), moda 14m. El 40,8% de los pacientes con DDC arnés de Pavlik necesitaron ortesis por fallo, problemas de manejo o displasia residual. Hubo sólo 2 casos(1.3%) de reducción cerrada y 8(5,2%) con error en cumplir el protocolo

Conclusiones:

Los protocolos multidisciplinarios de detección precoz para DDC son efectivos en la prevención de secuelas y tratamientos agresivos. Es necesaria una anamnesis estructurada en busca de FR y un uso correcto de los tratamientos ortopédicos disponibles.

UTILIDAD DEL ANÁLISIS TRIDIMENSIONAL DEL MOVIMIENTO EN LA PARÁLISIS CEREBRAL TIPO HEMIPARESIA QUE AFECTA A MIEMBROS SUPERIORES

Autores:

1. PEREZ SOMARRIBA, APS
2. Monzón Tobalina, IMT -
3. Martínez Caballero, IMC -
4. Ramírez Barragán, ARB -
5. Vara Patudo, IVP -
6. Martínez Alvarez, SMA -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

Los niños con parálisis cerebral tipo hemiparesia (PCH) presentan limitaciones para manipular objetos, lo cuál supone una dificultad para actividades básicas de su vida diaria. Una correcta evaluación y planificación preoperatoria puede mejorar los resultados quirúrgicos. El análisis tridimensional del movimiento (A3DM) permite obtener datos cuantitativos y objetivos mediante parámetros espacio-temporales.

Objetivos:

Describir el movimiento de la extremidad superior durante la tarea “mano a boca” en los pacientes con PCH.

Material y Métodos:

Estudio retrospectivo observacional de los pacientes con PCH en los que se ha realizado un estudio 3DM con un protocolo estandarizado “Rab hand to mouth” y grupo control (sanos). Criterios de inclusión: Edad 4-16 años, capaces de entender y realizar una tarea. Criterios de exclusión: No recibir toxina botulínica en los últimos 6 meses y no intervenciones quirúrgicas previas.

Resultados:

20 pacientes cumplieron criterios de inclusión. 13 varones. La edad media de 11.5 años. Tras realizar el movimiento “mano a boca” se observaron los parámetros cinemáticos: aumento del rango dinámico de movimiento (RDM) en tronco, cabeza y hombro. 9 pacientes no alcanzaban supinación, 12 presentaban flexión volar de muñeca y sólo 5 realizaban desviación cubital con el movimiento.

Conclusiones:

Los pacientes con PCH presentan estrategias compensatorias a nivel proximal (cabeza, tronco y hombro) respecto a población sana, debido a la ausencia de supinación. El uso del A3DM permite conocer con profundidad las estrategias motoras que utilizan los niños con PCH y por tanto es una herramienta fundamental en la toma de decisiones

ELONGACIÓN DE EEII CON CLAVOS INTRAMEDULARES MAGNÉTICOS AUTOEXPANDIBLES. ESTUDIO PRELIMINAR.

Autores:

1. De Pablos Fernández, J
2. González Herranz, P -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

Los Clavos Intramedulares Magnéticos Autoexpandibles (CIMA), han revolucionado la Elongaciones Óseas al obviar los Fijadores Externos.

Objetivos:

Revisar nuestra experiencia inicial con los CIMA, tratando de responder preguntas previas planteadas y exponer las dificultades encontradas.

Material y Métodos:

Hemos revisado 8 pacientes (2t, 7f) menores de 18 años (7-18). La etiología fue congénita(4), traumática(2), displásica(1), séptica(1). Tres casos presentaban deformidad (<10°) concomitante.

Resultados:

En dos no se ha iniciado la elongación y se han excluido. Las elongaciones (7 segmentos), oscilaron entre 4-8 cm. No ha habido no-uniones. El índice de curación ha sido 0,8 meses/cm. No ha habido fallos del dispositivo ni del control de la distracción. Las deformidades se corrigieron bien al insertar el clavo. Complicaciones: bursitis trocantérica (1), retracciones por tensión de fascia lata bilateral (1), movilización de tornillo (1). Ninguna impidió completar el tratamiento, pero necesitaron cirugía. Un caso presentó pseudoaneurisma por daño intraoperatorio de la arteria poplítea y se canceló la distracción.

Conclusiones:

Las ventajas de la elongación con CIMA se han confirmado en esta revisión a las que añadiremos la de una escasa dificultad quirúrgica. Las complicaciones no se han debido al sistema en sí sino a la propia distracción en un caso y a problemas generales del enclavado/encerrojado. En esta serie preliminar, los CIMA se han mostrado como dispositivos fiables y ventajosos para la elongación ósea. Las deformidades moderadas no han sido obstáculo para la elongación. Las posibles complicaciones debidas al enclavado-encerrojado y, sobre todo, a la distracción deben, sin embargo, alertar al cirujano.

[Archivo adjunto 1](#)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ANTE LESIÓN ÓSEA SOLITARIA COMO HALLAZGO INCIDENTAL EN HUESO CAPITATE DE MANO EN EL NIÑO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

1. Lopez Muñoz, C
2. Gaspar Aparicio, N -
3. Ruiz Picazo, D -
4. Gracia Rodriguez, I -
5. Losa Palacios, S -
6. Jimenez Ortega, P -
7. Doñate Perez, F -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

La necrosis avascular del hueso grande es una rara entidad, dada la posición de relativa protección que presenta este hueso en la hilera distal del carpo. Siempre debemos considerarla ante un dolor de muñeca, incluso en ausencia de traumatismo grave, si clínica y exploraciones complementarias suscitan a ello.

Objetivos:

Establecer el diagnóstico diferencial ante el hallazgo incidental de lesión con aumento de densidad ósea radiográficamente en el paciente esqueléticamente inmaduro y enfoque terapéutico, así como revisión de la literatura relacionada, a propósito de un caso.

Material y Métodos:

Mujer de 11 años, sin antecedentes patológicos, que acude a consulta refiriendo dolor atraumático en muñeca izquierda de un mes de evolución. Fue vista en urgencias, siendo diagnosticada de tendinitis. En la exploración presenta dolor en primera corredera con leve inflamación asociada, sin limitación de movilidad articular y estado vasculonervioso normal. En la radiografía simple se aprecia aumento de radiodensidad de hueso grande. Ante estos hallazgos, sospechamos que la paciente pueda presentar una necrosis avascular (NAV) de hueso capitate, con posible afectación de otros huesos del carpo.

Resultados:

Se realiza resonancia magnética de carpo, evidenciándose una lesión espiculada, hipointensa en todas las secuencias en hueso grande que, correlacionada con radiografía simple, es compatible con islote óseo. No signos de NAV.

Conclusiones:

La enostosis o islote óseo es una neoformación ósea benigna que aparece habitualmente en el paciente adulto, teniendo predilección por huesos del esqueleto axial y metáfisis de huesos largos. Ante nuestro hallazgo incidental, dadas edad de la paciente y localización de la lesión, el diagnóstico fue de exclusión, descartando la entidad más probable, la necrosis avascular. Cabe destacar que prácticamente no existen casos publicados en los que se describan enostosis en el hueso capitate, y sobre todo a una edad tan temprana.

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

[Archivo adjunto 3](#)

ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR DE APARENTE LUXACIÓN ESTERNOCLAVICULAR POSTERIOR EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

1. Lopez Muñoz, C
2. Gaspar Aparicio, N -
3. Doñate Perez, F -
4. Jimenez Ortega, P -
5. Ruiz Picazo, D -
6. Achaerandio De Nova, A -
10. Cristian , C -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

La luxación esternoclavicular es una entidad muy infrecuente entre los traumatismos articulares. En pacientes jóvenes, siempre debe hacerse diagnóstico diferencial con una epifisiolisis.

Objetivos:

Analizamos la actitud a seguir ante una aparente luxación esternoclavicular posterior en el paciente pediátrico y revisamos la literatura, a propósito de un caso.

Material y Métodos:

Paciente varón de 12 años que consulta por omalgia derecha tras traumatismo directo. Asocia dolor torácico pleurítico y disfagia. A la exploración apreciamos equimosis en cara lateral de hombro, dolor y tumefacción en tercio medio de clavícula. Tras realizar radiografías y escáner, se aprecia luxación esternoclavicular posterior derecha.

Resultados:

Se comprueba la irreductibilidad tras intentos de reducción cerrada bajo anestesia general y se decide reducción abierta y estabilización quirúrgica, previa valoración por Servicios de Cirugía Torácica y Cirugía Vascular ante proximidad de tronco braquiocefálico con extremo medial de clavícula luxado. Realizamos reducción abierta y fijación con cerclaje mediante cinta de dacrón de la articulación. Comprobamos durante la intervención que existe lesión a nivel de fisis clavicular, confirmándose el diagnóstico de epifisiolisis, y no luxación aislada, como se creía previamente. Actualmente, el paciente está en seguimiento, con evolución satisfactoria.

Conclusiones:

Ante los pocos casos de luxación esternoclavicular inestable publicados, la decisión del mejor tratamiento no resulta sencilla. Más aun considerando que el paciente se encuentra en etapa de crecimiento y se trata de una verdadera epifisiolisis (riesgo de dañar la fisis durante la cirugía). Es muy importante la cooperación entre servicios para conseguir los mejores resultados posibles en estas lesiones ante el riesgo potencial de complicaciones vasculares tras o durante la reducción.

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

[Archivo adjunto 3](#)

ENFOQUE TERAPÉUTICO DE FRACTURAS DEL ANILLO PÉLVICO SUBSIDIARIAS DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN PACIENTE EMBARAZADA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

1. López Muñoz, C
2. Gallach Sanchis, D -
3. Ruiz Picazo, D -
4. Gaspar Aparicio, N -
5. Jimenez Ortega, P -
6. Doñate Perez, F -
7. Martinez Arnaiz, J -
10. Cristian , C -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

Los traumatismos durante el embarazo pueden ser devastadores tanto para la madre como el feto, siendo los accidentes de tráfico una de las principales causas de lesiones maternas durante la gestación. Cuando las fracturas de la pelvis están involucradas, las decisiones de tratamiento se complican por consideraciones relacionadas con las necesidades maternas inmediatas, el resultado materno a largo plazo y el impacto en el feto.

Objetivos:

Manejo de la paciente gestante con fractura de pelvis en el segundo trimestre de embarazo, estudio del impacto sobre el neonato y revisión de la literatura a propósito del caso.

Material y Métodos:

Embarazada de 24 semanas que sufrió atropello, diagnosticada de Fractura de Pelvis tipo C de Tile y Fractura de Sacro izquierdo tipo II de Dennis. Se realizó tratamiento de urgencia mediante tornillos iliosacros izquierdos y fijador externo pélvico.

Resultados:

Tuvo una hija sana, con necesidad de cesárea. Actualmente la paciente presenta marcha autónoma, sin alteraciones de la continencia de esfínteres. Se constata buena evolución radiográfica de callos de fractura sacro y púbico. Como secuelas presenta dolor sacroiliaco con bipedestaciones y sedestaciones prolongadas, así como parestesias leves en cara externa de muslo. En valoración por

Servicio de Ginecología y Obstetricia se observa estrechez de canal del parto, condición debida a una alteración de rotación de hemipelvis.

Conclusiones:

Cuando la reducción cerrada en las fracturas pélvicas no logra una estabilidad aceptable, la reducción abierta y la fijación interna pueden ser seguras, eficaces y bien toleradas. Sin embargo, un procedimiento quirúrgico en gestantes tiene más riesgos potenciales tanto para la madre como para el feto. Por ello, el momento y tipo de cirugía deben elegirse de forma individualizada. En nuestro caso, podríamos haber considerado una intervención basada en el abordaje anterior y la osteosíntesis con placa y tornillos. Sin embargo, preferimos la fijación externa con el objetivo de reducir daños a madre e hija.

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

[Archivo adjunto 3](#)

LUXACIÓN CONGÉNITA DE RODILLA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

1. Ferrero Ferrero, JFR
2. Barbería Birurrún, ABB -
3. Viña Fernández, RVF -
4. Martí Ciruelos, RMC -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

La Luxación Congénita de Rodilla (LCR) es una entidad muy poco frecuente (1 cada 100.000 casos). Mayor incidencia en el sexo femenino. Se ha relacionado con diversas etiologías; desde trastornos genéticos hasta malposición fetal intrauterina. Según la clasificación de Ferris, tres categorías: Tipo I o recurvatum grave de la rodilla, Tipo II o subluxación y Tipo III o luxación completa de la rodilla. Es un diagnóstico clínico, con confirmación radiológica.

Objetivos:

El objetivo de este trabajo es presentar el caso de una LCR, en una recién nacida, ocurrida en nuestro Centro, en Noviembre 2015.

Material y Métodos:

Recién nacida a término, eutócico, presentación cefálica, peso al nacimiento 3.120g. En la exploración física: hiperextensión rodilla izquierda, con imposibilidad para flexión mayor de 80°. Resto de la exploración física normal. Se estabilizó con un yeso inguino-pédico, con flexión máxima (a 80°).

Resultados:

Se realizó radiografía que, junto con exploración física, confirmó diagnóstico de LCR izquierda. Se descartaron otras patologías, como la luxación congénita de cadera, síndrome Turner, síndrome Down y demás patologías que pueden asociarse a ella. Se recambió el yeso a las 2, 4 y 6 semanas, ganando progresivamente una mayor flexión. Posteriormente retiramos el yeso e inició rehabilitación. Actualmente presenta 16 meses de vida, movilidad completa de la rodilla e iniciando la marcha.

Conclusiones:

La LCR es una patología muy poco frecuente, siendo su diagnóstico sencillo en las primeras horas de vida con una correcta exploración física. El tratamiento debe iniciarse tan pronto como sea

diagnosticada, mediante yesos en flexión máxima, durante 6 semanas y posteriormente rehabilitación. Si no es diagnosticada, o se trata tardíamente, pueden quedar secuelas, como rigidez, dolor o inestabilidad, siendo necesaria la intervención quirúrgica.

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

QUISTES ÓSEOS EN FEMUR PROXIMAL: TRATAMIENTO MEDIANTE CURETAJE, FIJACIÓN INTERNA Y RELLENO CON SUSTITUTO ÓSEO SINTÉTICO BONALIVE.

Autores:

1. Fernández Álvarez, MFA
2. Arbona Jimenez, CAJ -
3. García Alfaro, MDGA -
4. Rubio Lorenzo, MRL -
5. Alonso Viana, LAV -
6. Cuadrado Abajo, FCA -
7. Rodríguez Fernández, JRF -
8. Galindo Juárez, GGJ -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

Los quistes óseos son lesiones benignas que se localizan frecuentemente en metáfisis de huesos largos, siendo la región trocantérea femoral una de las más comunes. Debido al riesgo de fractura patológica se recomienda el tratamiento quirúrgico. BonAlive se trata un sustituto óseo sintético con capacidad osteoconductora que produce un estímulo de la regeneración ósea y asocia capacidad de inhibir el crecimiento bacteriano.

Objetivos:

Describir las características y los resultados del tratamiento en pacientes diagnosticados de quiste óseo a nivel de fémur proximal.

Material y Métodos:

8 casos diagnosticados y tratados en nuestro centro entre 2012-2017. Las variables descritas fueron edad, sexo, motivo de consulta, localización de la lesión, lado afecto, biopsia pre-intervención, tiempo medio entre diagnóstico y tratamiento, tratamiento realizado, diagnóstico anatomopatológico, complicaciones asociadas, tiempo medio de seguimiento y evolución clínica-funcional.

Resultados:

8 pacientes con edad media de 7,5 años. El sexo masculino fue predominante con una relación 6:2. En 4 casos el motivo de consulta fue dolor de rodilla; 3 debido a fractura patológica, y 1 caso se trató de una recidiva que debutó con fractura patológica tras tratamiento previo con otro sustituto óseo. La localización de las lesiones fue fémur proximal con predominio izquierdo en el 75% de los casos. En un caso se realizó biopsia previa para descartar malignidad dadas las características clínicas de dolor nocturno asociadas. El tiempo medio entre diagnóstico y tratamiento fue de 2,8 meses para los casos diagnosticados por dolor recurrente, y de 8 días para los que presentaron fractura patológica. En todos los casos se realizó osteosíntesis y relleno del defecto óseo tras curetaje independientemente del diagnóstico anatomopatológico. Se utilizó en 5 casos placa Pedilock 130° y en 3 placa LCP 130°. En todos los casos el sustituto óseo fue BonAlive, utilizando una media de 29,38 cc. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico en 4 casos de quiste óseo aneurismático, 3 quistes óseos simples y 1 fibroma osificante. En 2 casos se realizó retirada de material. El tiempo de seguimiento medio fue de 2 años y 3 meses. Se realizaron controles periódicos radiográficos y clínicos constatando una buena evolución sin limitación funcional, con rango de movilidad completo.

Conclusiones:

El tratamiento de estas lesiones mediante curetaje, fijación interna y relleno con sustituto óseo BonAlive, permite una deambulación precoz sin riesgo de fractura y la curación de la lesión sin complicaciones asociadas.

QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO. ALTERNATIVA TERAPEÚTICA

Autores:

1. FERRERO RECASÉNS, JFR
2. Barberia Biurrun, ABB -
3. Viña Fernández, RVF -
4. Marti Ciruelos, RMC -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

El Quiste Óseo Aneurimático (QOA) es un raro tumor óseo benigno, que en ocasiones resulta de complejo tratamiento quirúrgico por riesgo de sangrado operatorio y secuelas derivadas de resecciones amplias.

Objetivos:

Os presentamos el caso de un varón, 8 años, diagnosticado de QOA, tratado mediante embolización percutánea seguida de esclerosis con doxicilina guiada por ecografía, como una alternativa terapéutica eficaz en el manejo del QOA complejo.

Material y Métodos:

Varón de 8 años acude por cojera y dolor en cadera izquierda, de 3 meses de evolución. La radiografía evidenció lesión lítica a nivel del cuello femoral, de 5cm de diámetro, bordes imprecisos, que insuflaba y desplazaba la cortical medial, mostrando datos de agresividad intermedia. Realizamos RMN, observando lesión lítica, geográfica, 5x2x2cm, constituido por varias lesiones quísticas nivel líquido-líquido, con captación difusa de contraste. Finalmente, la biopsia guiada por ecografía evidenció Tumor fibrohistocitario con células gigantes tipo osteoclasto y depósito de osteoide, congruente con QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO.

Resultados:

Iniciamos tratamiento mediante embolización percutánea seguida de esclerosis guiada por ecografía, con doxicilina en espuma (5cc). La radiografía de control al mes, ya presentaba una reacción perióstica en la región medial del cuello femoral. Actualmente, tras los 3 ciclos realizados, se observa un correcto relleno del defecto, con una mejoría significativa del dolor, realizando carga completa y vida normal.

Conclusiones:

La embolización seguida de Esclerosis con Doxilina puede ser una adecuada alternativa terapéutica en casos seleccionados de QOA complejos, con riesgo aumentado de morbilidad en caso de resolverse mediante una intervención quirúrgica.

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

[Archivo adjunto 3](#)

FRACTURAS SUPRACONDILEAS DE HÚMERO EN LA INFANCIA. ¿ES NECESARIA LA CIRUGÍA DE URGENCIAS?

Autores:

1. FERRERO RECASENS, JFR
2. Barberia Biurrun, ABB -
3. Viña Fernández, RVF -
4. Marti Ciruelos, RMC -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

Las fracturas supracondíleas del húmero (FSCH) son las fracturas de codo más comunes en niños, lo que representa el 3% de todas las fracturas pediátricas.

Objetivos:

El objetivo de este trabajo es determinar si la cirugía de urgencia está relacionada con una mayor tasa de complicaciones.

Material y Métodos:

Presentamos un estudio retrospectivo de FSCH en 63 niños, de mayo de 2012 a OCT-2016, tratadas en nuestro Centro Hospitalario. El 57% de nuestros pacientes eran varones, con una edad media de 5,4 años (DE 2,54), siendo afectado el codo izquierdo en 44 casos (69,8%). El 45,1% corresponde al Tipo II de la Clasificación Gartland, el 48,4% al tipo III y el 6,4% al Tipo IV (3) El fragmento distal estaba en extensión en 88,7% y en flexión en 11,3%, con un ángulo de Baumann medio de 9,4 ° (DE 5,78).

Resultados:

El 100% se sometió a cirugía. El 73% (43) fueron operados de urgencias. En el 95,24% se realizó de forma cerrada. En 85,7% se realizó fijación mediante 2 agujas de Kirschner (AK) mediante un abordaje externo y en 14,3% se realizó fijación mediante 3 AK. Reoperamos a 4 pacientes (6,3%) debido a una reducción insatisfactoria, a los 1,5 días postoperatorios de media (DS 0,5). Los pacientes tenían un rango medio de movimiento (ROM) a las 4 semanas de 103° (DS 3,2), y al alta hospitalaria de 131° ROM media (DS 5,3) Hasta el 11,1% (7) presentaron algún tipo de complicación relacionada con la cirugía (4 casos de lesión del nervio interóseo anterior, 2 infecciones superficiales, 1 lesión del nervio radial). Las cirugías realizadas de urgencia no estaban relacionados con más complicaciones, ni siquiera después de la medianoche (p 0.381)

Conclusiones:

Actualmente, la clasificación más utilizada es la Clasificación de Gartland, debido a que tiene implicaciones en el tratamiento. En las fracturas quirúrgicas, cualquier configuración de AK ha mostrado una buena eficacia. En general, los resultados funcionales son buenos. En nuestra muestra, los procedimientos de urgencia son seguros y no están relacionados con malos resultados.

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

[Archivo adjunto 3](#)

ESTUDIO COMPARATIVO EN EL DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO VERSUS RADIOGRÁFICO DE FRACTURAS EN RODETE DE RADIO DISTAL EN EDAD PEDIÁTRICA EN URGENCIAS

Autores:

1. Oraa Lopez, L
2. Souza Virgolino, B -
3. Ferrándiz Picó, O -
4. Subirà Álvarez, T -
5. Pérez López, LM -
6. Mora Guix, JM -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

La fractura en rodete de radio distal en niños es la lesión ósea traumática más frecuente de la extremidad superior en las urgencias. El gold estándar en este diagnóstico se basa en la clínica y las imágenes con radiografía. La ecografía puede ser una prueba de diagnóstico, sin irradiación, para este tipo de fractura.

Objetivos:

¿Puede ser la ecografía una alternativa diagnóstica a la radiografía para el rodete de radio, evitando así la irradiación en edades pediátricas?

Material y Métodos:

De todos los pacientes que acudieron a urgencias con clínica de lesión en rodete de radio distal, durante el periodo septiembre a octubre de 2016, se realizó sistemáticamente ecografía (dorsal, lateral y volar) más radiografía (frente y perfil). En total, se recogieron los datos de 20 niños/as.

Resultados:

De los 20 casos todos presentaban fractura en rodete, observándose la presencia de lesión ósea ecográfica, por lo menos, en uno de los niveles estudiados. Y, se confirmó, con radiografía, la presencia de imagen compatible con fractura en rodete de la metáfisis distal de radio.

Conclusiones:

En nuestro estudio la ecografía se demuestra como una prueba diagnóstica segura y fiable en el diagnóstico de la fractura en rodete de radio distal, sin irradiación a los niños.

DISTRACCIÓN FISARIA MEDIANTE FIJACIÓN EXTERNA COMO TRATAMIENTO EN LAS EPIFISIODESIS Y LESIONES FISARIAS. UNA ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO CLÁSICO.

Autores:

1. SALCEDO CANOVAS, CSC
2. GARCIA PAÑOS, JP -
3. LOPEZ MARTINEZ, JJ -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

La distracción fisaria (DF) es una técnica empleada en COT, que consiste en separar con un fijador externo (FE), la epífisis de la metáfisis de los huesos largos para efectuar elongaciones o correcciones angulares basada en la utilización de la fisis como "locus minoris resistentiae" del hueso.

Objetivos:

Realizamos un análisis retrospectivo de los casos de epifisiodesis patológicas tratadas con DF mediante FE diagnosticados y tratados en nuestro centro en el periodo desde 2006 a 2016.

Material y Métodos:

Presentamos 10 casos de epifisiodesis patológicas. Etiología: postraumática: 3, infecciosa 1, congénita 4, iatrogénica 1, tumoral 1. Localización: fémur distal 1, tibia proximal 5, tibia distal 1, húmero proximal 1, radio distal 2. Identificamos el porcentaje de puente fisario. Procedimiento quirúrgico: implante de un FE según el lado de la fisis afectada cuidando extremadamente la entrada de los pines epifisarios y teniendo en cuenta el potencial de crecimiento restante de la fisis. Distracción: 1 mm por día. Se utilizó un FE monolateral en 5 pacientes (1 fémur distal, 2 tibias proximales y 2 radios distales) y 5 FE circulares (1 húmero proximal, 3 tibias proximales y 1 tibia distal).

Resultados:

La media de edad fue de 9,5 a (6-12). 5 niños y 5 niñas. El seguimiento medio fue de 52,5 meses. La distracción fisaria se logró en todos los pacientes, incluso en presencia de un puente >50% (se precisaron 4 resecciones del puente) en un promedio de 7,7 días (2-15 días). El alargamiento promedio fue de 4.5 cm, la corrección angular media fue de 18.5 grados. Para la condrodiastasis la duración media de la corrección fue de 4,6 meses (1-9), el tiempo medio de curación fue de 8,3 meses (4-13) y el índice de curación promedio fue de 24 días/cm. Para hemicondrodiastasis, la duración media de la corrección fue de 1,5 meses (1-3), y el tiempo medio de curación fue de 2,5 meses (2-5). Hubo 4 complicaciones leves -intolerancia de fichas- y ninguna grave. En el seguimiento

de los pacientes hubo un frenado completo de la fisis en un 70 % (7 pacientes) y un crecimiento activo en los otros 3 restantes.

Conclusiones:

La DF mediante FE ha demostrado ser una arma terapéutica muy adecuada en la resolución de deformidades angulares muy severas de diferente etiología así como conseguir elongaciones con un índice de curación muy disminuido. La problemática mayor es la viabilidad de la fisis restante tras la distracción, teniendo repercusión factores múltiples como la edad del inicio de la distracción, la patología de base, el porcentaje de puente y la velocidad de distracción.

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

[Archivo adjunto 3](#)

MÉTODO PARA EL CONTROL INTRAOPERATORIO DE LONGITUD Y POSICIONAMIENTO DE TORNILLOS CANULADOS RADIOTRSPARENTES

Autores:

1. Montes González, J
2. NARBONA CÁRCELES, FJ -
3. VILLA GARCIA, AJ -
4. SOLANS LÓPEZ, MC -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

El uso de tornillos reabsorbibles es cada vez más frecuente en el ámbito de la ortopedia infantil. Pese a las innumerables ventajas de estos dispositivos, un inconveniente es la imposibilidad de realizar un control radiográfico de los mismos, obviándose posibles causas de complicación debido a malposicionamiento o longitud inadecuada

Objetivos:

Mostrar nuestro método para la visualización bajo control radiográfico intraoperatorio de la dirección y longitud de tornillos canulados radiotransparentes.

Material y Métodos:

Empleamos tornillos transparentes ActivaScrew canulados. Tras la introducción del tornillo, se retira la aguja guía y mediante un abocath se inyecta contraste lodado (Iopamidol) sin diluir, a través del orificio del tornillo. El contraste permite visualizar bajo fluoroscopia el trayecto del tornillo como una línea radiodensa recta, que se ensancha y da una imagen difusa, lo que nos marca el extremo distal del tornillo, permitiendo comprobar si la longitud y posición del mismo son correctas.

Resultados:

Hemos encontrado que esta técnica resulta, fácil y rápida de realizar durante el acto quirúrgico, además es muy fiable, al permitir mediante la inyección de contraste en orificio canulado la comprobación radiográfica en varias proyecciones. La técnica sólo es útil para el control intraoperatorio y de forma inmediata, por rápido aclaramiento fisiológico del contraste iodado. La técnica no es útil para el control radiográfico postoperatorio

Conclusiones:

Pese a que la técnica sólo es factible en implantes canulados y restringida al tiempo intraoperatorio, ha mostrado ser un método eficaz y fácilmente asequible que permite evitar complicaciones por fallos en longitud o posicionamiento de los tornillos.

ANEURISMA MICÓTICO EN ARTERIA PERONEA COMO COMPLICACIÓN DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA.

Autores:

1. Muñoz Núñez, L
2. Riquelme García, OG -
3. Villa García, AJ -
4. Narbona Cárceles, FJ -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad infrecuente en niños, especialmente si no hay defecto estructural del corazón, pero a menudo se asocia a una alta morbilidad y mortalidad en la mayoría de los casos por las complicaciones tromboembólicas.

Objetivos:

Presentar el caso de un paciente con EI complicada con aneurisma micótico.

Material y Métodos:

Paciente de origen sirio, con tetraparesia espástica de predominio izquierdo que se encuentra en España desde hace 1 año. No refiere contactos de riesgo previo, con calendario vacunal actualizado. Intervenido meses previos al ingreso de cataratas de ambos ojos y de varias endodoncias. En el último mes presenta una herida en rodilla derecha con aspecto infeccioso. El paciente es ingresado por fiebre elevada con malestar general y leucopenia a pesar de tratamiento antibiótico. Es diagnosticado de EI sobre válvula mitral nativa con verruga visible en el ecocardiograma y en la tomografía. El hemocultivo es positivo para staphylococcus aureus meticilino sensible. Es intervenido quirúrgicamente realizándose resección de la verruga y reparación de la válvula mitral. A la semana de la cirugía comienza con dolor y tumefacción sobre gemelo de la pierna izquierda, empeoramiento de los reactantes de fase aguda y disminución del pulso poplíteo. Ante los antecedentes y la clínica del paciente, se realiza un PET-TAC y ecografía doppler color que confirma la presencia de aneurisma micótico en arteria peronea izquierda.

Resultados:

Se realizó el tratamiento con antibioterapia intravenosa específica durante seis semanas así como heparina a dosis anticoagulantes durante tres meses. Durante el seguimiento con ecografía doppler se apreció trombosis del aneurisma con posterior repermeabilización. Actualmente el paciente se encuentra asintomático.

Conclusiones:

Los aneurismas micóticos son complicaciones excepcionales de la EI. Ocurre por una diseminación hematológica de émbolos sépticos, siendo más común en pacientes con anomalías en las válvulas cardíacas. Los émbolos suelen afectar a las grandes arterias así como al sistema nervioso central con importantes consecuencias neurológicas. Se trata de lesiones potencialmente peligrosas e impredecibles por lo que requieren una vigilancia estricta con técnicas de imagen (TAC y/o Eco Doppler). La prevención y el diagnóstico temprano son esenciales para conseguir un manejo óptimo.

LESIÓN DEL TENDÓN EXTENSOR LARGO DEL HALLUX TRAS TRANSFERENCIA DEL TENDÓN TIBIAL ANTERIOR EN RECIDIVA DE PIE ZAMBO.

Autores:

1. Muñoz Núñez, L
2. García Martín, A -
3. Gamero Donis, R -
4. Martínez Serrano, AM -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

La técnica quirúrgica intenta restaurar el balance muscular, corregir la supinación dinámica y evitar la progresión desplazando el tendón tibial anterior lateralmente. Existen ciertas complicaciones asociadas como infección, sobrecorrección, inestabilidad, etc.

Objetivos:

Presentamos el caso excepcional de una lesión del tendón extensor largo del hallux tras realizar la transferencia del tendón tibial anterior.

Material y Métodos:

Paciente de siete años con microcefalia, lesión de la sustancia blanca periventricular y pie zambo bilateral tratado desde el nacimiento mediante el método Ponseti con yesos inguinopédicos semanales y tenotomía percutánea bilateral de tendón de Aquiles manteniendo la corrección con ortesis de abducción. Tras sufrir dos recidivas precoces y comenzar con nuevos yesos con tres años de edad se realiza transferencia de tibial anterior a tercera cuña bilateral según técnica quirúrgica habitual.

Resultados:

Tras localizar la base del primer metatarsiano y la tercera cuña se traspone el tendón tibial anterior de forma bilateral profundamente al retináculo extensor. Al año de la cirugía se observa parálisis flácida del primer dedo del pie izquierdo con déficit de extensión. Tras realizar ecografía que no muestra alteraciones, la resonancia magnética confirma la lesión del tendón extensor largo del hallux.

Conclusiones:

La cirugía extensa sobre partes blandas y hueso en el tratamiento de la recidiva del pie zambo conlleva a un pobre resultado así como a una rigidez importante y, aunque la transferencia del tendón tibial anterior constituye una técnica útil y consolidada y la morbilidad asociada a este procedimiento es baja, pueden existir complicaciones que debemos considerar.

FRACTURAS DE LA TRANSICIÓN COMPLEJAS.

Autores:

1. DOMENECH FERNANDEZ, P
2. BIBILONI , A -
3. GÓMEZ BARBERO, P -
4. SOLDADO CARRERA, F -
5. BARRERA OCHOA, S -
6. KNÖRR GIMÉNEZ, J -
10. Fernández , PEDR -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

Las fracturas de la transición (FT) ocurren durante el cierre de la fisis tibial .Son poco frecuentes y difíciles de evaluar con radiografías

Objetivos:

Analizar la configuración y resultados de las FT (triplanares y Tillaux) que han precisado de TC/RMN para su diagnóstico

Material y Métodos:

Estudio retrospectivo entre 2010-2016 de 46 fracturas pediátricas de tobillo con estudio TAC/RMN. Seguimiento mínimo 2 años. Criterios de exclusión: fisis cerradas, cirugías o patología de tobillo previa. Se clasificó según Salter-Harris y las fracturas de la transición en dos planos (Tillaux) o triplanar tipo I y II. Además, se subdividió en intra o extraarticulares, número fragmentos y localización. Evaluamos examen clínico, complicaciones, AOFAS y actividades deportivas antes y después.

Resultados:

El TC/RM diagnosticó 27 fracturas de Salter-Harris, 13 triplanares (28,3%) y 5 de Tillaux (10,9%). La edad media de la fracturas triplanares fue de 12,30 y de Tillaux 14,8 años. El tiempo medio de seguimiento: 38,41 meses. Tres de las fracturas de Tillaux asociaban fractura peroné distal. Dos de las fracturas triplanares asociaban fractura peroné y otras dos afectación diafisaria tibial. El 100% fueron triplanares tipo II. De ellas, 11 casos (84,6%) tenían afectación intra-articular, una extra-articularmente y otra intra como extra-articularmente. La mayoría tenían tres fragmentos (92,3%). La localización fue medial en 4 casos (30,8%), lateral en 8 (61,5%) y bilateral en uno (7,7%). Precisaron cirugía seis casos de fracturas triplanares(46,15%) y el 80% de las fracturas de Tillaux. No hubo

complicaciones mayores ni cierre fisario. Todos reanudaron sus actividades deportivas. En la escala AOFAS tras el seguimiento puntuaron 98.93.

Conclusiones:

las FT son menos frecuentes que las fracturas biplanares. La radiografía simple resulta insuficiente para evaluar el tipo, extensión y desplazamiento de la fractura, así como, el número de fragmentos. El TC complementario con reconstrucción multiplanar mejora el diagnóstico y el tratamiento. Las fracturas triplanas ocurren a una edad estadísticamente más joven que las fracturas de tillaux y el tipo más común es una fractura en tres fragmentos. Son raras las afectaciones del crecimiento fisario puesto que ocurren cerca de la madurez esquelética. Precisan de un manejo quirúrgico si existe un escalón < 2mm para conseguir una reducción anatómica.

QUISTE OSEO ANEURISMATICO SECUNDARIO A DISPLASIA FIBROSA

Autores:

1. Barberia Biurrún , A
2. Pardo Garcia , JM -
3. Ferrero Recasens , JL -
4. López López , S -
5. Luengo Alonso, G -
6. Calvo Calvo , S -
7. Cuarental Garcia , J -
8. Martí Ciruelos, R -
9. Viña Fernández, R -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

El quiste óseo aneurismático (QOA) es una entidad benigna relativamente rara que se presenta como una lesión multiquística con un patrón geográfico de destrucción ósea y trabeculación en su interior. Puede aparecer de novo o estar asociado a lesiones benignas como el tumor de células gigantes, el osteoblastoma, el condroblastoma, o la displasia fibrosa, así como a lesiones malignas como el osteosarcoma, el fibrosarcoma o el condrosarcoma.

Objetivos:

Presentamos un niño que desarrolló un quiste óseo aneurismático complicado en el contexto de una displasia fibrosa.

Material y Métodos:

El paciente, de 9 años y 8 meses debutó con una fractura patológica en tercio medio de húmero derecho sobre una lesión lítica al mismo nivel. En las pruebas de imagen (TAC y RM) se objetivó una lesión sin afectación de partes blandas, compatible con displasia fibrosa como primera posibilidad. Se realizó una biopsia abierta de la lesión cuya histología presentaba características intermedias entre displasia fibrosa y QOA sin poder excluir malignidad. Se realizó una segunda toma de biopsia, siendo la AP concluyente para displasia fibrosa. A los 17 meses de seguimiento se objetivó mediante RX un aumento de las zonas líticas y quísticas de la lesión con adelgazamiento de las corticales, por lo que se le intervino quirúrgicamente realizándose curetaje, fresado y relleno de la cavidad con fosfato

tricalcico. La AP fue concluyente para QOA. A las 3 semanas postoperatorias se produjo nueva fractura patológica sobre la lesión que se trató de manera ortopédica.

Resultados:

Actualmente se encuentra asintomático con una ortesis de protección, con signos radiológicos de consolidación de la fractura.

Conclusiones:

El QOA secundario suele presentar rasgos de la lesión a la que se asocia. La edad del paciente, localización del tumor y pruebas de imagen nos orientarán hacia un adecuado diagnóstico y tratamiento. Asociado a displasia fibrosa, suele localizarse en la diáfisis de huesos largos en adolescentes. En el caso de lesiones con características clínico-radiológicas ambiguas está recomendada una biopsia preoperatoria para descartar otros tipos de tumores óseos agresivos. Con el fin de disminuir la recurrencia local debe de considerarse terapia adyuvante durante la cirugía.

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

[Archivo adjunto 3](#)

FRACTURAS DIAFISARIAS DE FÉMUR PEDIÁTRICAS: COMPARACIÓN DEL TRATAMIENTO CON TRACCIÓN SEGUIDA DE YESO FRENTE A LA FIJACIÓN CON CLAVOS FLEXIBLES.

Autores:

1. Mills Gañan, S
2. Goez , C -
3. Moraleda Novo, L -
4. Gonzalez Moran, G -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

Aunque el tratamiento de las fracturas diafisarias de fémur pediátricas continua siendo controvertido, existe un incremento del tratamiento quirúrgico.

Objetivos:

Comparar el tratamiento con tracción seguida de yeso frente el tratamiento con clavos flexibles.

Material y Métodos:

Estudio retrospectivo de 133 pacientes pediátricos con una fractura diafisaria de fémur tratados con tracción 90°/90° (101 pacientes) o con clavos flexibles (32 pacientes). Se registraron datos demográficos, tiempo de quirófano, días de ingreso y complicaciones.

Resultados:

No hubo diferencias entre grupos respecto a localización ($p=0,482$), mecanismo ($p=0,337$), politraumatizado ($p=0,152$) o lesiones asociadas ($p=0,354$). El grupo tracción era más joven (6,5 vs 12; $p<0,001$). Patrón más frecuente: espiroideo en el grupo tracción (48%) y transverso en el grupo clavo (50%) ($p=0,057$). El grupo tracción presentó mayor tiempo de ingreso (19 vs. 9 días; $p<0,001$), mientras que el tiempo en quirófano fue mayor en el grupo clavo (107 vs 48 minutos; $p<0,001$). No hubo diferencias respecto al tiempo de consolidación ($p=0,198$). El grupo tracción presentó una mayor tendencia a la deformidad en varo (14° vs 8° ; $p=0,081$), antecurvatum ($13,5^\circ$ vs 6° ; $p=0,03$). Sin embargo, las diferencias no fueron clínicamente relevantes. No hubo diferencias respecto al acortamiento ($p=0,102$) o las complicaciones (6% vs 12,5%; $p=0,254$). El grupo clavo precisó una EMO en el 90%.

Conclusiones:

El tratamiento con tracción no conlleva un mayor riesgo de malunión relevante, aunque supone un mayor tiempo de ingreso. El tratamiento con clavos flexibles conlleva un mayor tiempo quirúrgico y la necesidad de una segunda cirugía (EMO).

COMPARACIÓN DE LOS CLAVOS FLEXIBLES FRENTE A LAS PLACAS EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS FRACTURAS DIAFISARIAS DE ANTEBRAZO EN ADOLESCENTES O PRE-ADOLESCENTES.

Autores:

1. Monfort Mira, M
2. Nuñez De Armas, J -
3. Stitzman , M -
4. Moraleda Novo, L -
5. Gimeno , N -
6. Martinez , P -
7. Lopez , S -
8. Coll , D -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

Existe controversia sobre el sistema de fijación interna para tratar quirúrgicamente las fracturas diafisarias de antebrazo en el adolescente o pre-adolescente.

Objetivos:

Comparar los resultados de la fijación con placas frente a clavos flexibles.

Material y Métodos:

Estudio retrospectivo de 55 pacientes adolescentes o pre-adolescentes tratados quirúrgicamente de una fractura diafisaria de antebrazo fijada con placas (28) o clavos flexibles (27). Se recogieron datos demográficos, datos relativos al tipo de fractura, al tratamiento, las complicaciones y el resultado obtenido.

Resultados:

El grupo placas presentó una mayor edad ($14,7\pm 1,7$ vs $10,5\pm 3,6$; $p<0,001$) y más fracturas abiertas ($p=0,005$). Sin embargo, ambos grupos eran comparables con respecto al sexo ($p=1$), mecanismo ($p=0,214$), localización ($p=0,734$), patrón de fractura ($p=0,668$), y grado de deformidad. El grupo clavos presentó menos reducción abierta ($p<0,001$), menor tiempo quirúrgico ($p<0,001$) y menor

tiempo de ingreso ($p < 0,001$). El grupo placas presentó menos necesidad de inmovilización ($p = 0,005$), menos tiempo de inmovilización ($p = 0,002$) y menos cirugía EMO ($p < 0,001$). Ambas técnicas lograron un resultado bueno o excelente en la mayoría ($p = 0,771$). No hubo diferencias en la tasa de complicaciones ($p = 0,725$). Los clavos flexibles se complicaron con malunion (4%), molestias por el material (4%), lesión neurológica (8%) y re-fractura tras la EMO (4%). Las placas se complicaron con fractura peri-implante (4,5%), infección superficial (4,5%) y lesión neurológica (14%).

Conclusiones:

Ambas técnicas de fijación obtienen buenos resultados. Sin embargo, los clavos flexibles, aunque precisan inmovilización postoperatoria, se asocian con una cirugía más corta, con menos necesidad de reducción abierta y con complicaciones menos graves.

CUBITO VARO: DEFORMIDAD ANGULAR O ROTACIONAL

Autores:

1. Moraleda Novo, L
2. Barco Laakso, R -
3. Nuñez De Armas, J -
4. Valencia Mora, M -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

Nuestra impresión es que los pacientes con cubito varo presentan una deformidad en rotación interna del húmero. Especulamos que la posición del antebrazo con respecto al tronco con el hombro en 90° de abducción y máxima rotación externa (versión humeral clínica) se correlaciona con la versión humeral.

Objetivos:

Investigar las consecuencias de una osteotomía de rotación interna del húmero distal en cadáver; e investigar si la versión clínica del humero en niños es simétrica.

Material y Métodos:

10 piezas de cadáver que incluía hemitorax, escapula y miembro superior. Se realizó una osteotomía de rotación interna a nivel supracondileo sin cambiar la angulación en el plano coronal. Medimos pre y post-osteotomía: ángulo de transporte, versión humeral, dinámica del N.Cubital, posición del tríceps y estabilidad varo/valgo. Se midió la versión humeral en 241 niños consecutivos sin lesión de los MMSS.

Resultados:

La rotación interna del humero distal provocó un cambio en versión humeral clínica; una disminución de 9,4° del ángulo de transporte ($p=0.005$) y de 7,5° del ángulo ulnohumeral radiológico ($p=0.005$); un cambio en la dinámica del N.Cubital con la flexo-extensión del codo; un desplazamiento medial del tríceps; y una leve inestabilidad en valgo del codo en extensión. Los 241 niños presentaron una versión humeral clínica simétrica (correlación 0.982; $p<0.001$).

Conclusiones:

La deformidad en rotación interna del humero distal puede jugar un rol importante en las consecuencias a largo plazo del cubito varo. El miembro superior contralateral puede usarse como referencia de la versión humeral clínica en el quirófano.

FACTORES ASOCIADOS CON LA CALIDAD DE REDUCCIÓN DE UNA FRACTURA SUPRACONDILEA DE HUMERO PEDIATRICA

Autores:

1. Moraleda Novo, L
2. Gonzalez Moran, G -
3. Diez Sebastian, J -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

Las complicaciones de las fracturas supracondileas de humero, como el cubito varo o el déficit de flexión, se relacionan con una malunion.

Objetivos:

Investigar los factores relacionados con la calidad de reducción de estas fracturas.

Material y Métodos:

Se revisaron 279 fracturas supracondileas tratadas quirúrgicamente. Se recogieron datos demográficos, relativos a la cirugía y las complicaciones. Se valoraron las radiografías pre y postoperatorias. Dos traumatólogos infantiles con experiencia clasificaron la reducción como correcta o incorrecta.

Resultados:

Las fracturas fueron 27% Garland II, 70% Gartland III, y 3% en flexión. El desplazamiento fue: posterior 20%, posteromedial 34,5%; posterolateral 41,5%; y anterior 4%. La cirugía se retrasó una media desde el ingreso de 5,7 horas; y su duración media fue 35 minutos. Reducción cerrada 90%. Configuración de agujas: divergentes 25%, paralelas 25%, convergentes 37% y cruzadas 13%. Error en la colocación de las agujas 45%: tipo A 3%, tipo B 14% and tipo C 28%. Complicación en el 33%. Variabilidad interobservador de la calidad de reducción buena (Kappa 0,606). La calidad de la reducción se asoció estadísticamente con el tipo de fractura ($p < 0,001$), la dirección de desplazamiento ($p = 0,015$), el retraso hasta la cirugía ($p = 0,035$), el número de agujas ($p = 0,039$), el error de las agujas ($p < 0,001$), y las complicaciones ($p = 0,007$). Un traumatólogo general tendía a obtener una peor reducción que un traumatólogo infantil ($p = 0,071$).

Conclusiones:

Un traumatólogo infantil debe operar estas fracturas si posible, evitando errores en la colocación de las agujas. Fracturas en flexión o fracturas con desplazamiento posterolateral obtienen peor reducción.

FRACTURAS DE FÉMUR EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Autores:

1. Goetz Sanz, C
2. Mills Gañan, S -
3. Moraleda Novo, L -
4. Gonzalez Moran, G -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

Las fracturas de fémur pediátricas son una causa frecuente de hospitalización e inmovilización prolongada.

Objetivos:

Conocer la epidemiología, el tratamiento y las complicaciones.

Material y Métodos:

Estudio retrospectivo de 336 pacientes menores de 14 años con fractura de fémur. Se registraron datos demográficos, mecanismo de lesión, lesiones asociadas, tratamiento y complicaciones.

Resultados:

Edad media 7 años (mediana 4), predominio en varones (1,8:1), traumatismo de alta energía en el 45%. Fracturas abiertas 2%, politraumatizado 18% y con lesiones asociadas 20%. Las fracturas diafisarias fueron las más frecuentes (76%), con predominio del tercio medio y del patrón espiroideo. Tratamiento: 30% yeso in situ, 45% tracción (media 18 días) seguida de yeso pelvipedico y 25% quirúrgico (10% clavos flexibles, 5% clavo rígido, 4,5% agujas K, 3,5% placa y 2% fijador externo). Las fracturas consolidaron con una media de 12° angulación AP, 14° angulación lateral (sobre todo varo y antecurvatum) y una discrepancia de longitud de 0,4±0,5cm. Hubo una malunión clínicamente relevante en el 6% sin relación con si el tratamiento fue o no quirúrgico ($p=0,507$) ni con el tiempo de tracción ($p=0,806$). Otras complicaciones: pseudoartrosis 2,5%, infección 0,5%, úlcera cutánea 1%, NAV 0,5%, rigidez de rodilla 0,5%. Las complicaciones fueron más frecuentes en las fracturas tratadas quirúrgicamente (20% vs 7%; $p=0,002$).

Conclusiones:

Las fracturas de fémur pediátricas afectan fundamentalmente a la diáfisis con predominio del tercio medio y del patrón espiroideo. El tratamiento conservador no se relaciona con una mayor tasa de malunion clínicamente relevante y, sin embargo, presenta menos complicaciones

FRACTURA DIAFISARIA DE ANTEBRAZO EN PACIENTES PRE-ADOLESCENTES Y ADOLESCENTES: COMPARACIÓN DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR FRENTE AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MEDIANTE REDUCCIÓN ABIERTA Y FIJACIÓN INTERNA CON PLACA.

Autores:

1. Núñez De Armas, J
2. Moraleda Novo, L -
3. Vaquero Picado, A -
4. González Morán, G -
5. Gil Garay, E -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

La reducción cerrada e inmovilización se ha considerado tradicionalmente el tratamiento de elección, sin embargo, existe un incremento del tratamiento quirúrgico.

Objetivos:

Comparar los resultados del tratamiento conservador frente a los del tratamiento quirúrgico en pacientes pre y adolescentes.

Material y Métodos:

Se han revisado de forma retrospectiva 54 pacientes pre-adolescentes y adolescentes tratados en nuestro centro de una fractura diafisaria de antebrazo. Se han recogido datos demográficos, acerca de la fractura, tipo de tratamiento, complicaciones y resultados.

Resultados:

27 pacientes fueron tratados de forma conservadora mientras que 23 fueron tratados mediante RAFI. Los pacientes tratados mediante RAFI presentaron una edad mayor (15 ± 1 vs 13 ± 2 ; $p 0,02$), una localización más proximal de la fractura ($p 0,01$), un patrón de fractura completo ($p 0,08$) y un mayor desplazamiento ($p 0,002$ y $p 0,02$). Los resultados fueron excelentes en el 78% de los pacientes tratados de forma conservadora y en el 100% de los tratados mediante RAFI ($p 0,11$). Los pacientes tratados de forma conservadora presentaron una mayor tasa de malunión ($p 0,01$) y refractura ($p 0,01$). El 30% de los pacientes tratados mediante RAFI presentaron complicaciones asociadas.

Conclusiones:

El tratamiento conservador es una opción válida para el tratamiento de las fracturas diafisarias de antebrazo en pre-adolescentes y adolescentes. alcanzándose unos resultados excelentes en la mayoría de los casos. El tratamiento quirúrgico está indicado en las fracturas que presentan una localización más proximal y un mayor desplazamiento.

INFECCIONES DE PIE Y TOBILLO EN NIÑOS: ESTUDIO RADIOLÓGICO MEDIANTE TAC Y RMN

Autores:

1. DOMENECH FERNANDEZ, P
2. FERREIRA , A -
3. GORMAZ TALAVERA, I -
4. DE BERGUA DOMINGO, JM -
5. BARRERA OCHOA, S -
6. SOLDADO CARRERA, F -
7. KNÖRR GIMENEZ, J -
10. Fernández , PEDR -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

Las infecciones de tobillo y pie en niños son poco frecuentes y a menudo presentan problemas diagnósticos

Objetivos:

Analizar las características de las infecciones del pie y el tobillo, la correlación clínico-radiológica y los factores determinantes de resultado.

Material y Métodos:

Entre 1118 TAC y RMN de pie y tobillo realizados consecutivamente en 2005-2015, 38 casos fueron diagnosticados como infección e incluidos en el estudio. La RMN fue el examen de elección (31 casos). El sexo masculino fue más afectado (22) que el femenino (16). Edad media de 7,47 años.

Resultados:

Las infecciones de partes blandas ocurrieron en 8 casos y las óseas en 30, siendo la tibia (distal) más afectada (14), seguida de las falanges (4), metatarsianos (4) y calcáneo (3). Nueve pacientes presentaban dolor y fiebre a la admisión y 5 presentaban alteraciones de la marcha. Cinco pacientes tuvieron un episodio traumático previo. El diagnóstico se realizó en los primeros 5 días solo en el 32,7% de los casos, 2/3 . Catorce pacientes presentaron fiebre y leucocitosis (36,8%); la PCR media a la admisión fue de 20,0 mg / L y la VS 17,68 mm / h. Se aisló un microorganismo en 13 casos (34,2%), siendo el *Staphylococcus aureus* el más frecuente (6 casos), coexistiendo con otro agente en 2 pacientes. La duración media de antibioterapia endovenosa fue de 12,7 días. El 73,7% de los pacientes no necesitó tratamiento quirúrgico.

Conclusiones:

Los lugares frecuentes de infección incluyen la metáfisis distal de la tibia, calcáneo y metatarsianos. La principal razón para el retraso del diagnóstico es la falta de especificidad clínica y analítica, en 2/3 de los pacientes, el diagnóstico fue tardío. Hay pocas referencias acerca de osteomielitis en el tarso. La manifestación más frecuente de osteomielitis aguda en la RMN es el edema focal de la médula, mostrando baja señal en T1 y señal elevada en las secuencias T2 / STIR. La TAC tiene una resolución ósea superior para mostrar destrucción cortical, reacciones periólicas y secuestrós.

LUXACIÓN CRÓNICA TRAUMÁTICA DE CABEZA RADIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

1. Gómez Cáceres, A
2. De Gálvez Aranda, I -
3. Gormaz Talavera, I -
4. López Rubia, E -
5. Carrera Luque, JD -
6. Díaz Gálvez, E -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

La luxación anterior de la cabeza radial puede presentarse aislada o en combinación con una fractura del cúbito (lesión de Monteggia). Numerosas clasificaciones han sido desarrolladas para esta lesión, siendo la clasificación de Bado la más útil y utilizada. La cronicidad de la lesión puede desarrollar graves complicaciones como son la deformación en valgo, afectación nerviosa, pérdida del rango de movilidad y cambios degenerativos. El tratamiento de la luxación crónica de la cabeza radial es controvertido ya que algunas técnicas quirúrgicas han obtenidos resultados insatisfactorios. Numerosas técnicas han sido publicadas para el tratamiento de este tipo de luxación que consiste en la reducción abierta y reconstrucción del ligamento anular (Bell Tawse 1965; Boyd and Boals 1969; Hurst and Dubrow 1983), osteotomía del cúbito (Kalamchi 1986; Hirayama et al 1987; Hertel, Bernard and Moazami-Goudarzi 1991) y reconstrucción ligamentosa combinada con osteotomía cuando es necesaria (Lloyd-Roberts and Bucknill 1977).

Objetivos:

El objetivo del estudio es presentar el resultado del tratamiento de una luxación crónica postraumática de cabeza radial mediante reducción abierta de la cabeza radial, reconstrucción del ligamento anular y estabilización de la misma con una aguja de Kirshner.

Material y Métodos:

Se presenta el caso clínico de un paciente de 5 años que acude a la urgencias por dolor, deformidad y tumoración en codo izquierdo. Refiere traumatismo previo 4 meses antes diagnosticado de artritis postraumática. Exploración: Se aprecia tumoración en zona anteroexterna del codo con disminución de flexo-extensión y bloqueo de la prono-supinación. Radiología: Luxación aislada de cabeza radial Diagnóstico: Luxación crónica postraumática aislada de cabeza radial Se propone intervención quirúrgica Técnica quirúrgica: Se coloca al paciente en decúbito supino con mesa de mano. Profilaxis antibiótica con cefazolina. Isquemia preventiva en raíz del miembro. Se realiza abordaje posterolateral

de codo, resección de fibrosis, reducción de luxación y estabilización con aguja de Kirshner, plastia tendinosa de tríceps fijada mediante implante transóseo con sutura. Cierre por planos. Férula braquial posterior con flexión de 90° y rotación neutra.

Resultados:

Al mes se extrae aguja de Kirshner y se comienza rehabilitación. A los 6 meses postoperatorios, el paciente presenta un rango de movilidad completo, sin dolor y con buena cicatrización de la herida. La radiología presenta buena reducción articular sin cambios degenerativos ni osificaciones heterotópicas. No se han presentado otras complicaciones.

Conclusiones:

La reducción abierta con reconstrucción del ligamento anular y estabilización de la reducción con aguja de kirschner es una opción válida de tratamiento en niños con luxación crónica postraumática de cabeza radial.

[Archivo adjunto 1](#)

[Archivo adjunto 2](#)

[Archivo adjunto 3](#)

ARTRITIS SÉPTICA DE CADERA: RESULTADOS FUNCIONALES Y RADIOLÓGICOS A LARGO PLAZO

Autores:

1. DOMENECH FERNANDEZ, P
2. FERREIRA , A -
3. GORMAZ TALAVERA, I -
4. DE BERGUA DOMINGO, JM -
5. SOLDADO CARRERA, F -
6. BARRERA OCHOA, S -
7. KNÖRR GIMENEZ, J -

Forma propuesta:

Poster

Introducción:

La artritis séptica de cadera (ASC) puede producir secuelas permanentes, incluyendo cierre precoz del cartílago trirradiado, displasia acetabular y femoral, disimetría epifisiodesis, necrosis ósea y cartilaginosa, pseudoartrosis y destrucción de la articulación. No existen estudios disponibles sobre la historia natural y las complicaciones a medio y largo plazo.

Objetivos:

Describir la evolución y los resultados funcionales y radiológicos de la ASC. Determinar los factores asociados con el pronóstico para prevenir secuelas y definir el mejor tratamiento.

Material y Métodos:

Estudio de cohortes de 105 enfermos con ASC tratados quirúrgicamente entre 2003 y 2013. 27 enfermos perdieron seguimiento a largo plazo, se incluyeron 78 casos. La evaluación clínica actual fue realizada a través de la escala de cadera de Oxford y radiológica usando la clasificación de Choi. Para el análisis estadístico fue utilizado el programa IBM SPSS 24.

Resultados:

39 varones y 39 féminas. 70.5% menores de 2 años. Estancia media hospitalaria de 10 días. Peso medio de 12,23 kgs (± 8.3). El tiempo medio de diagnóstico tras los síntomas fue de 3.24 días. El seguimiento medio fue de 9,79 años. La temperatura media era 38.3° ($\pm 0.7^{\circ}$), 25 casos (32%) no presentaban fiebre. Todos presentaban impotencia funcional. En 7 casos hubo infección previa el mes anterior. 85% de los casos presentaban una infección sistémica. La leucocitosis media fue de 15.81, 79% tenían más de 11,000 leucocitos. El valor medio de la VSG era de 36,9 mm/h y de la PCR

de 5,71 mg/l. Las hemocultivos fueron negativos en 54% de los casos; en los casos en que se aisló agente, el *S. aureus* fue el más común. Los cultivos intrarticulares fueron negativos en 23% de los casos. El tratamiento antibiótico intravenoso medio fue de 7.7 días. El score de Oxford fue de 12.6 (± 1.91), 80% presentaban el mejor score. La evaluación radiológica no mostraba deformidad residual (tipo IA) en 76% y ligera coxa magna (tipo IB) en 14%. Encontramos coxa brevis con una deformidad de cabeza (tipo IIA) en 2 casos y coxa vara o valga debida al cierre precoz del cartilago (IIB) en 2 casos; epifisiolisis femoral proximal con coxa vara o valgo severo (IIIA) en 3 casos. No hubo caso de destrucción de la cabeza femoral o pérdida completa de la articulación de la cadera (tipo IIIB y IV).

Conclusiones:

La mayoría permaneció dentro de la normalidad clínica y radiológica. Días de estancia ($p < 0.01$), leucocitosis ($p < 0.07$) y PCR al ingreso ($p < 0.01$) fueron predictores de peor resultado clínico y radiológico.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LAS FRACTURAS DIAFISARIAS DE TIBIA EN PACIENTES PRE-ADOLESCENTES Y ADOLESCENTES

Autores:

1. García-Mauriño Peñín, CéSA
2. Nuñez De Armas, J -
3. Vaquero Picado, A -
4. Moraleda Novo, L -
5. Gonzalez Moral, G -
10. García-Mauriño Peñín , CéSA -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

Las fracturas de tibia constituyen una de las lesiones musculoesqueléticas más frecuentes en niños y adolescentes. El manejo terapéutico de las mismas resulta aún controvertido.

Objetivos:

El objetivo del estudio es evaluar los resultados clínicos y radiológicos del tratamiento conservador de las fracturas diafisarias de tibia en pacientes pre-adolescentes y adolescentes.

Material y Métodos:

Se revisaron 150 pacientes tratados de fractura diafisaria de tibia en la Unidad de Ortopedia Infantil. Se excluyeron pacientes menores de 10 años y mayores de 16 años, y aquellos intervenidos quirúrgicamente. Se recogieron datos sobre edad, sexo y mecanismo lesional. Se clasificaron las fracturas según localización, patrón de fractura y existencia de fractura de peroné asociada. Se evaluó la angulación y desplazamiento en las radiografías realizadas en Urgencias. Se evaluó la angulación en las radiografías realizadas al final del seguimiento y las complicaciones asociadas.

Resultados:

62 pacientes de entre 10 y 14 años fueron tratados de una fractura diafisaria de tibia de forma conservadora. La edad media fue 12,6 años (DT 1,2). 25 casos (47,83%) fueron debido a caída accidental. En un 60,87% (14) la fractura se localizaba en el tercio medio de la diáfisis, siendo el patrón predominante la espiroidea (47,83%). El 47,83% presentó una fractura de peroné asociada. 3 pacientes presentaron una fractura abierta. La angulación media en los planos coronal y sagital pre-tratamiento fue 4,2° (DT 3,01) y 3,70° (DT 5,30). El 16% presentó un desplazamiento >50%. Todos los pacientes fueron inmovilizados con un yeso inguinopédico. El 59% de los pacientes requirieron una reducción cerrada. El tiempo medio de inmovilización fue de 60 días. El tiempo medio de

seguimiento fue de 48 semanas (DT 7,8). La angulación media en los planos coronal y sagital al final del seguimiento fue de $2,67^\circ$ (DT 1,86) y $4,70^\circ$ (DT 2,85). 3 pacientes presentaron un desplazamiento secundario. 1 paciente presentó una refractura. No hubo ningún caso de síndrome compartimental.

Conclusiones:

El tratamiento conservador de fracturas diafisarias de tibia en preadolescentes y adolescentes es una opción válida en fracturas que presentan un desplazamiento leve-moderado. El desplazamiento secundario es la complicación más frecuente.

INFECCION OSTEOARTICULAR TUBERCULOSA : LUCES Y SOMBRAS

Autores:

1. MORENO ROMO, DMR
2. Perez Lopez, LPL -
3. Torner Rubies, FTR -
4. Noguera Julian, ANJ -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

En nuestro medio la presencia de cuadros de infección tuberculosa es poco habitual dada la escasa incidencia (<10%). El debut en forma de infección osteoarticular presenta gran dificultad en cuanto a la sospecha clínica como a la hora de confirmar el diagnóstico.

Objetivos:

Valoramos los criterios diagnósticos de infección osteoarticular , las pruebas complementarias así como los criterios de confirmación tanto microbiológica como anatomopatológica.

Material y Métodos:

Se presentan dos casos clínicos de pacientes de corta edad (2 años) que presentaron artritis de evolución tórpida a nivel de la articulación de la cadera y de tobillo respectivamente, presentando este último paciente una afectación a nivel del astrágalo en forma de absceso subagudo. Ambos pacientes procedían de países endémicos y en ambos casos se obtuvo una prueba de tuberculina positiva. Ante la sospecha clínica se realizó un artroscopia para la obtención de muestras para valoración microbiológica y anatomopatológica , añadiendo en el caso de la osteoartritis de tobillo el desbordamiento de la lesión del astrágalo.

Resultados:

En el caso de la artritis de cadera se aisló Mycobacteria Tuberculosis en granulomas articulares mientras que la paciente con artritis de tobillo fue aislada en jugo gástrico. A pesar de que en ambos casos el diagnóstico de infección osteoarticular fue tardío , la evolución fue satisfactoria tras completar el tratamiento anti tuberculostático habitual. Asimismo se detectó la presencia de enfermedad tuberculosa no diagnosticada en el entorno familiar próximo de los pacientes.

Conclusiones:

Al no tratarse de un proceso habitual en nuestro medio la infección osteoarticular presenta importantes dificultades para su detección que acostumbra a ser tardía. Es importante el diagnóstico y el cumplimiento del tratamiento ante las graves secuelas a nivel sintético que pueden derivarse del mal control de la misma.

APOEPIFISIODESIS DEL TROCANTER MAYOR EN ENFERMEDAD DE PERTHES

Autores:

1. Abril Martín, JC
2. Montero Díaz, M -
3. Ramírez , A -

Forma propuesta:

Oral

Introducción:

El sobrecrecimiento relativo del trocánter mayor como secuela infravalorada en la enfermedad de Perthes puede producir cojera por insuficiencia glútea o artrosis por lesión labral. El tratamiento preventivo es la apoepifisiodesis temprana.

Objetivos:

Nuestro objetivo ha sido poner en relevancia nuevas y mejoradas estrategias de tratamiento.

Material y Métodos:

Estudio retrospectivo de 652 casos propios durante un periodo de 20 años de radiografías simples, 153 tratados por seis cirujanos con apofisiodesis con/sin osteosíntesis; Edad media a la cirugía 8,7años (5-14), Clasificación del sobrecrecimiento trocánter en tres tipos: I. ATD positiva; II. ATD +/2mm; III. ATD negativa.

Resultados:

Hubo 136 casos de cirugías percutánea sin osteosíntesis, de las cuales 14 fueron Trocánter III (10,2%). 17 casos de cirugía abierta con osteosíntesis de los cuales hubo 7 Trocánter III (41,1%) $p < 0.05$. 108 casos Trocánter Final Tipo I, edad media 8a.; Tipo II: 24, edad media 9,55a.; Tipo III: 21, edad media 10a.

Conclusiones:

La apoepifisiodesis clásica transfixia el trocánter mayor con osteosíntesis mediante tornillos o grapas, y en el tratamiento del sobrecrecimiento no controlado se transfiere distalmente el trocánter mayor a la edad de cierre fisario siendo una técnica cruenta. El brocado percutáneo preventivo mínimamente invasivo sin osteosíntesis podría ser la técnica de elección. La Apoepifisiodesis más efectiva y eficiente se muestra en niños menores de 8 años mediante técnica percutánea sin material de osteosíntesis.

